

REGISTROS DE ENFERMAGEM

v1 – 14/05/2025

O **prontuário** é um documento legal para usuários e equipe assistencial. Suas informações devem ser claras, completas e retratar a realidade. Os registros de enfermagem tem como finalidade: Comunicação da equipe multiprofissional e ser fonte de subsídios para a avaliação da assistência em saúde contida no prontuário.

Os registros devem ser única e exclusivamente relativos ao usuário e a assistência a ele prestada.

O Código de Ética de Enfermagem, artigo 36: “Registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras.”

Os registros feitos pela equipe de enfermagem são essenciais no processo de cuidar, pois, como integrante do processo de Enfermagem, além de documentar a assistência prestada e refletir a qualidade desta, configura-se como instrumento para ações de ensino, pesquisa, esclarecimento de processos éticos e judiciais. Cabe reforçar que legalmente o prontuário é documento do paciente, portanto, destinado exclusivamente a registros relativos ao usuário e assistência a ele prestada.

No que tange a assistência de enfermagem, algumas etapas estão compreendidas nos registros, afim de que seja documentada de forma legal e completa a assistência a que têm direito. Nesse sentido, segue sugestão dos registros a serem realizados pela equipe de enfermagem em diferentes situações.

PROCESSO DE ENFERMAGEM

A documentação do Processo de Enfermagem deve ser realizada pelos membros da equipe formalmente no prontuário do paciente, físico ou eletrônico, cabendo ao Enfermeiro o registro de todas as suas etapas, e aos membros da equipe de enfermagem a Anotação de Enfermagem, a checagem da prescrição e a documentação de outros registros próprios da enfermagem.

Ao **ENFERMEIRO**, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, no processo de enfermagem cabe-lhe privativamente o **Diagnóstico de Enfermagem e a Prescrição de Enfermagem**. A **consulta de Enfermagem**, é realizada pelo **enfermeiro**, e deve ser organizada e registrada conforme as etapas do Processo de Enfermagem.

Os **TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM**, em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, participam do Processo de Enfermagem, com **Anotações de Enfermagem, bem como na implementação dos cuidados** prescritos e sua checagem, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas, descritas a seguir:

1. Avaliação de Enfermagem – compreende a coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico)
2. Diagnóstico de Enfermagem – compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde ([CIAP](#))
3. Planejamento de Enfermagem – compreende o desenvolvimento de um plano assistencial
4. Implementação de Enfermagem – compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, pela equipe de enfermagem
5. Evolução de Enfermagem – compreende a avaliação dos resultados alcançados de enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade e grupos especiais.

Os registros devem ser realizados considerando a [Instrução Normativa sobre registros no sistema prontuário e-saúde](#).

HÁBITOS DE VIDA

CONDIÇÕES CLÍNICAS

ACOLHIMENTO

VISITA DOMICILIAR

AVALIAÇÃO DE
DEPENDÊNCIA[OSTOMIAS](#)[AVALIAÇÃO DE FERIDAS](#)[TUBERCULOSE](#)[HANSENÍASE](#)[PRÉ NATAL - VINCULAÇÃO](#)[PRÉ NATAL – 1º TRIMESTRE](#)[PRÉ NATAL – 2º TRIMESTRE](#)[PRÉ NATAL – 3º TRIMESTRE](#)[PUERPERAL – PARTO
NORMAL](#)[PUERPERAL – PARTO
CESÁREA](#)[EXAMES DAS MAMAS E
CITOPATOLÓGICO](#)[PLANEJAMENTO
REPRODUTIVO](#)[PUERICULTURA](#)[SÍFILIS](#)[TESTE RÁPIDO IST](#)[DIABETES INSULINO
DEPENDENTE](#)[DIABETES NÃO INSULINO
DEPENDENTE](#)[AVALIAÇÃO DOS PÉS](#)[HIPERTENSÃO](#)[DENGUE](#)[TABAGISMO](#)[SINTOMÁTICO
RESPIRATÓRIO](#)[AVALIAÇÃO DE PELE](#)

REGISTROS DE ENFERMAGEM

v1 – 14/05/2025

SUGESTÃO PARA ROTEIRO DE REGISTROS

HÁBITOS DE VIDA

Hábitos de vida:

Refere ou nega tabagismo (se sim, quantidade narguile/ vape/ cigarros), etilismo (se sim, descrever qual tipo de bebida, frequência e quantidade), refere ou nega uso de drogas (se sim, qual tipo de droga e frequência).

Refere ou nega realizar atividade física (qual e frequência), alimentação adequada (ou não), ingesta hídrica (copos/dia), eliminações XXXX e sono/repouso XXXX.

CONDIÇÕES CLÍNICAS

Registrar em campo adequado: sinais vitais, peso e altura, IMC.

***Antecedentes familiares:** (doenças e grau de parentesco).

***Antecedentes clínicos:** Cirurgias; doenças prévias; alergias; internamentos; acompanhamentos/atendimentos regulares de saúde; local de atendimento; data da última consulta (local e motivo); exames laboratoriais atualizados (data do último, alterações nos exames), medicamentos em uso. Em acompanhamento em especialidades XXX; exames laboratoriais atualizados (data do último).

* **Se mulher em idade fértil:** registrar a data da última menstruação (DUM) e o método contraceptivo. Se GESTANTE registrar a Idade gestacional e DPP.

ACOLHIMENTO – QUEIXAS GERAIS

Registrar em campo adequado: sinais vitais, peso e altura.

1. Hábitos de vida, comorbidades e exames anteriores: XXX (HAS, DM, outras)

2. Medicamentos de uso contínuo: (sim/não- se sim, quais medicamentos)

3. Condições clínicas atuais: Higiene, estado nutricional, coloração da pele, dispositivos em uso. Se MULHER em idade fértil registrar a DUM e método contraceptivo. Se gestante, registrar a idade gestacional.

4. Queixa principal: XXX (início dos sintomas), tomou medicamento (sim/não /com melhora ou não), passou por atendimento anterior recente pela mesma queixa (sim/não), sinais de alerta.

5. Conduta/orientações: Agendamentos de consulta – profissional / data, encaminhamentos. Orientar sobre: fluxo administrativo, autocuidado, vacinação, planejamento reprodutivo.

VISITA DOMICILIAR

Motivo da visita domiciliar (endereço caso fora do domicílio); equipe da visita.

* **Condições do ambiente** que possam impactar nas condições de saúde do paciente e no atendimento (moradores da residência, cuidador principal se houver, condições de higiene e saneamento, outros XXX);

* **Dados da anamnese** do paciente (**hábitos de vida, condições clínicas**, exame físico geral, higiene, sinais vitais, observações e achados clínicos).

* **Acompanhamento de Saúde na US ou outro local** (qual).

* **Acompanhamento com especialidade ou SAD;** com retorno agendado (data); Exames atualizados (data e resultados).

* **Em uso de medicamentos**, com apoio do cuidador (ou não);

* **Internamento:** (quando, por quanto tempo e motivo)

* **Queixas/ sinais e sintomas** (início e evolução, sinais de alerta).

* **Interações interpessoais** no momento da visita entre paciente e familiares/acompanhantes, se for o caso;

* **Avaliação de Dependência**, se necessário;

* **Comunicação:** (comunica-se sem dificuldades, uso de aparelhos ou outros)

* **Nutrição:** (nutrido, desnutrido); refeições por dia: (quantidade, qualidade e por quem é preparada); come diariamente, em uso de dispositivos (sondas ou outros)

* **Hidratação/dia:** hidratado/desidratado (ingesta hídrica - quantidade);

* **Alterações respiratórias:** eupneico, em uso de O₂;

* **Alteração cardiovascular:** em uso de dispositivos (se sim, especificar quais);

* **Cuidados corporais:** higiene bucal, denteição; roupas; sono; apetite; eliminação intestinal, eliminação vesical.

* **Medicamentos/procedimentos** realizados pelo profissional e possíveis intercorrências;

* **Orientações** ao paciente e aos demais moradores ou presentes;

* **Condutas/encaminhamentos:** Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Atividades comunitárias, Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), etc.

REGISTROS DE ENFERMAGEM

v1 – 14/05/2025

AVALIAÇÃO DE DEPENDÊNCIA

- * **Estado cognitivo:** preservado ou não preservado (pode aplicar mini exame do estado mental)
- * **Consciência:** consciente, orientado, torporoso, sonolento, outros.
- * **Mobilidade:** alterações, limitações, uso de dispositivos e ou auxílio.
- * **Medicação:** em uso de medicação contínua (toma com ou sem auxílio/limitações)
- * **Atividades básicas de vida diária:** dependente / independente (se dependência, detalhar. Pode-se aplicar a Escala de Katz (pontuação))
- * **Atividades Instrumentais:** dependente/ independente (pode-se aplicar a Escala de Lawton - pontuação = independência ou dependência, sendo leve, moderada ou grave. Se dependente, detalhar quais)
- * **Comunicação:** (comunica-se sem dificuldades, uso de aparelhos ou outros)
- * **Nutrição:** (nutrido, desnutrido); refeições por dia: (quantidade, qualidade e por quem é preparada); come diariamente, em uso de dispositivos (sondas ou outros)
- * **Hidratação/dia:** hidratado/desidratado (ingesta hídrica - quantidade);
- * **Alterações respiratórias:** Dispneia, taquipneia, uso de dispositivo de oxigênio, etc.
- * **Alteração cardiovascular:** em uso de dispositivos;
- * **Cuidados corporais:** higiene bucal, dentição; roupas; sono; apetite; eliminação intestinal, eliminação vesical.
- * **Medicamentos/procedimentos** realizados pelo profissional e possíveis intercorrências;
- * **Orientações** ao paciente e aos demais moradores ou presentes;
- * **Condutas/encaminhamentos:** (UPA, SAMU, Atividades comunitárias, SAD etc).

Orientações e escalas: [Caderno de Atenção Básica nº 19](#)

OSTOMIAS

- * Registrar em campo adequado: sinais vitais, peso e altura.
- * Se **visita domiciliar**, registrar dados.
- 1. Hábitos de vida, comorbidades e exames anteriores:** (antecedentes familiares e antecedentes clínicos).
- 2. Condições clínicas atuais:**
 - * Diagnóstico;
 - * Local de inserção do estoma;
 - * Tipo de estomia: colostomia; ileostomia; urostomia; traqueostomia; gastrostomia; cistostomia.
 - * Tempo de permanência: temporário; definitivo;
- 3. Queixas/ sinais e sintomas (com início e evolução)**
- 4. Exame físico**
 - * Característica do estoma: coloração avermelhada; umidade; lesão periestoma;
 - * Altura do estoma: protuso; plano; retraído; prolapso;
 - * Ângulo de drenagem: centralizado; lateralizado;
 - * Forma do estoma: redondo; oval; irregular;
 - * Efluente: líquido; pastoso; consistência normal;
 - * Abdômen: globoso; flácido;
 - * Complicações da estomia: hérnia periestoma, etc.
 - * Se o paciente já estiver usando coletores: duas peças; uma peça; tamanho; convexa; plana; adaptação ao coletor.
- 5. Conduta realizada e orientações.**

Orientações: [Manual de Assistência ao Usuário Ostomizado](#)

REGISTROS DE ENFERMAGEM

v1 – 14/05/2025

AVALIAÇÃO DE FERIDAS

* Registrar em campo adequado: sinais vitais, peso e altura.

* Se **visita domiciliar**, registrar dados.

1. Hábitos de vida, comorbidades e exames anteriores: (antecedentes familiares e antecedentes clínicos, condições emocionais).

2. Medicamentos em uso/tratamento

* Adesão ao tratamento: (realização de troca secundária, comparecimento aos retornos, cuidados com a higiene)

3. Condições clínicas atuais

* **Tipo da ferida:** (aguda, crônica, lesão neuropática, úlcera em membro inferior não classificada, úlcera venosa, úlcera arterial, lesão por pressão – grau **XX**, outra).

4. Queixas/ sinais e sintomas (com início e evolução).

5. Exame físico

* **Localização anatômica:** **XXX**

* **Leito da ferida:**

• Tamanho da ferida: comprimento XXX cm, largura XXX cm, profundidade XXX cm;

• Tipo de tecido: necrótico, esfacelo, granulação, epitelização.

• Exsudato em pouca quantidade, média ou alta quantidade; fino/aquoso, espesso, turvo, purulento (amarelo/marrom/verde); rosa/vermelho.

• Sinais de infecção: dor, eritema, edema, calor local, exsudato em grande quantidade, cicatrização demorada, sangramento/tecido de granulação friável, odor, tecido de granulação irregular, celulite, mal-estar geral;

* **Borda da ferida:** (maceração, desidratação, descolamento, enrolada)

* **Pele perilesão:** (Maceração, escoriação, ressecamento, hiperqueratose, calos, eczema)

* **Intercorrências/ providências adotadas:** **XX**

6. Conduta realizada e orientações: **XX**

* **Prescrição da cobertura:** **XX**

Orientações: [Manual de Assistência ao usuários com feridas - Curativo Grau II](#)

TUBERCULOSE

* Registrar em campo adequado PA, TC, SpO2, FC, FR, **PESO** e altura.

* Se **visita domiciliar**, registrar dados.

1. Hábitos de vida, comorbidades e exames anteriores (Prática de atividade física, nutrição, higiene, mobilidade, fatores sociais, antecedentes familiares e antecedente clínicos - DM, DPOC, HAS, tabagismo, dependência química etc).

2. Medicamentos em uso/ tratamento

* **Tratamento atual:** início (data); medicação (qual, dosagem, toma comprimidos em jejum, TDO presencial ou via digital); efeitos colaterais (quais/início).

3. Condições clínicas atuais

* **Caso confirmado:** Forma da tuberculose (pulmonar, pleural, ganglionar, neuroTB etc); Peso inicial: XXkg; Peso atual: XXkg;

* **Caso novo ou recidiva:** (data da recidiva)

* **Interrompeu o tratamento alguma vez?** (sim/não - data e motivo).

* **Histórico de internamento** (data, local, período)

* **Registro de exames realizados:** BAAR, exame de imagem (datas e resultados), exame anti-HIV.

* **Situação de vulnerabilidade** (está em situação de rua, é imigrante ou é egresso de sistema prisional); profissão; afastamento do trabalho (tempo)

* **Se mulher**, em uso método contraceptivo: (tipo)

* **Acompanha com especialidades:** (Local do acompanhamento especialista e/ou rede privada).

* Resultados BAAR controle 30/60/90/120/150/180 dias.

* **Levantamento dos contatos:** sintomático ou assintomático (nominal, verificar se foram avaliados, perguntar sobre presença de sintomas).

4. Queixas: **XX** (início, evolução, sinais de alerta)

5. Exame físico

6. Condutas e orientações: Solicitar/ verificar resultado de exames, agendar consulta, encaminhamentos, se mulher verificar/prescrever método contraceptivo. Orientar quanto a nutrição adequada e quanto ao vale apoio nutricional (oferecer ou manter); Orientar quanto aos cuidados; medicamentos: como tomar e efeitos; alimentação adequada; cuidados para evitar transmissão; importância da avaliação dos contatos; importância do tratamento adequado com medicamentos e exames; outros.

* **Data da próxima coleta de escarro e das consultas:** **XX**

Orientações: [Fluxo de Atendimento - Tuberculose v.6 - 30/04/2024](#)

REGISTROS DE ENFERMAGEM

v1 – 14/05/2025

HANSENIASE

- * Registrar em campo adequado: Sinais vitais, peso e altura.
- * Se **visita domiciliar**, registrar dados.
- 1. Hábitos de vida, comorbidades e exames anteriores** (Prática de atividade física, nutrição, higiene, mobilidade, fatores sociais, antecedentes familiares e antecedente clínicos - DM, DPOC, HAS, tabagismo, dependência química etc).
- 2. Medicamentos em uso/ tratamento**
 - * **Início do tratamento de Hansen:** (data)
 - * **Medicamentos em uso:** XXX
- 3. Condições clínicas atuais**
 - * **PPD (D/C):** (data do exame e qual o resultado)
 - * **Descrever contatos e se realizaram avaliação:** XXX
- 4. * Queixas/ Sinais e sintomas** (com início e evolução, se houve melhora ou não);
- 5. Exame físico**
 - * **Lesões em pele:** sim/não (Se sim, características (localização, coloração). Placas eritematosas, nódulos ou caroços. Apresenta ou não alterações à palpação de nervos XXX ou alterações em mão ou pés.
 - * **Realizado teste de sensibilidade e temperatura** (descrever alterações.)
 - * **Conduta realizada e orientações**

Orientações: [Fluxo de Atendimento - Hanseníase v.2 - 30/04/2024](#)

REGISTROS DE ENFERMAGEM

v1 – 14/05/2025

PRÉ NATAL VINCULAÇÃO

* **Registrar em campo adequado:** Sinais vitais, peso e altura.

* Acompanhante; Resultado Beta HCG positivo (data e laboratório, se externo); Planejamento da gestação (planejada ou não planejada); Estado civil; Situação habitacional; Com quem vive; Escolaridade; Profissão; Profissão do parceiro; Gesta XX Para XX Cesárea XX Aborto XX; DUM; Idade gestacional (iG); Data Provável do parto (DPP).

1. Hábitos de vida, comorbidades e exames anteriores (Tabagismo, etilismo, uso de substâncias ilícitas, prática de atividade física, alimentação, antecedentes familiares e clínicos) * **Comorbidades:** (HAS; DM; Cardiopatia; Doença Renal Crônica; Anemias e deficiências alimentares; Desvios nutricionais; epilepsias, endocrinopatia, Doenças neurológicas e psiquiátricas)

2. Medicamentos em uso: sim/não (quais) - * **Alergias:** sim/não (quais)

3 Condições clínicas atuais

* **Reações/comportamentos:** Como se sente frente a gestação (medo; agressividade; ansiedade; frustração; aflita/chorosa; agitada; incapacidade; tranquila)

* **Antecedentes gineco-obstétricos:** contracepção; menarca; sexarca; último preventivo; tratamento para fertilidade/esterilidade; Cirurgias ginecológicas; Idade da 1ª gestação; Intervalo entre as gestações; IG dos partos anteriores; Isoimunização Rh; complicações no recém-nascido; aborto (quando ocorreu, complicações em gestações anteriores); Nº de RN: prematuros/ baixo peso/ natimortos ou morte neonatal anteriores; Complicações com recém-nascido.

* **Antecedentes pessoais:** (alergias, comorbidades, uso de medicamento contínuo, cirurgias anteriores; Anemias; Doenças da tireoide e outras endocrinopatias; Virose – rubéola e hepatite; Hanseníase, Tuberculose ou outras; Doenças infecciosas; Infecção pelo HIV - se sim, em uso de retrovirais? Quais?; Sífilis – realizou tratamento?; Infecção do trato urinário; Doenças neurológicas e psiquiátricas e medicação utilizada; Cirurgias, Transfusões de sangue)

* **Antecedentes familiares:** (HAS; DM; Cardiopatia; Doença Renal Crônica; Doenças congênitas; Gemelaridade; Câncer de mama ou de colo; Hanseníase; Contato de paciente com Tuberculose e outros domiciliares - anotar doença e grau de parentesco).

4. Queixas atuais: sim/ não (quais, início, evolução, sinais de alerta - Náusea; dor (grau de dor); dismenorreia; leucorreia; sangramento; queixas urinárias relacionadas a eliminações ou outras).

5. Exame físico: Estado Geral, corada, hidratada, comunicativa/ apática/ depressiva; Inspeção de pele e mucosas; palpação de pescoço, região cervical e axilar; ausculta cardiopulmonar; mamas: Tipo de mamilo (hipertrofico; protuso; semi-protuso; plano; invertido); Abdome: (inalterado; distendido), Ausculta, BCF (acima de 16 semanas), AU (anotar no gráfico da carteirinha); palpação obstétrica; exame especular: vulva, períneo, parede vaginal e colo uterino (descrever alterações, presença de condilomas, se houver; características da secreção - quantidade, coloração, odor e aspecto); teste de amina (positivo/negativo); urina: (normal; alterado; não sabe informar); eliminação Intestinal: (Diária; Irregular; dias sem evacuar); higiene corporal (boa; precária; péssima); edema (presentes; ausentes; Especificar); varizes (presentes; ausentes; especificar).

* **Verificar situação vacinal e orientar:** vacina hepatite B, dt/dTpa, influenza, COVID.

* **Testes rápidos:** HIV, sífilis, hepatite B e C (anotar resultados).

* **Classificação de risco:** habitual/ médio/ alto risco (motivo, conforme o protocolo).

6. Conduta: Testes rápidos realizados, exame especular e citopatológico, solicitar exames de vinculação e ultrassonografia, prescrever sulfato ferroso e ácido fólico, tratamento para vaginose/candidíase (se necessário). Orientar sobre a importância do acompanhamento pré natal regular, hábitos de vida melhorados/mantidos (alimentação - cuidados com higiene de alimentos e ingesta hídrica, cuidados toxoplasmose, prática de atividade física regular leve), auto cuidado.

Encaminhamentos (avaliação de risco obstétrico e/ou equipe e-multi para acompanhamento integral, se necessário).

Conduzir até odontologia e orientar quanto esquema de vacinação da gestante, procura de atendimento na maternidade de referência se queixas de risco relacionadas a gestação (sangramento intenso, dor pélvica aguda ou outros sinais de alerta).

Orientar sobre oficina de gestante. Leitura e assinatura do termo de pré-natal seguro. Agendar exames laboratoriais e retorno para resultados em XX dias.

Orientações: [Pré-natal e puerpério na Atenção Primária 2024 - Rede Mãe Curitibana Vale a Vida](#)

REGISTROS DE ENFERMAGEM

v1 – 14/05/2025

PRÉ NATAL - 1ºTRIMESTRE

* **Registrar em campo adequado:** Sinais vitais, peso e altura.

* **Gestante, Estratificação do risco:** IG: IG ECOGRÁFICA: DUM: Gesta: DPP:

1. Hábitos de vida, comorbidades e exames anteriores: (Tabagismo, etilismo, uso de substâncias ilícitas, prática de atividade física, alimentação, antecedentes familiares e clínicos). * **Comorbidades:** (HAS; DM; Cardiopatia; Doença Renal Crônica; Anemias e deficiências alimentares; Desvios nutricionais; epilepsias, endocrinopatia, Doenças neurológicas e psiquiátricas)

2. Medicamentos em uso: sim/não (quais)

3. Condições clínicas atuais

* **Reações/comportamentos:** (medo; agressividade; ansiedade; frustração; aflição/chorosa; agitada; incapacidade; tranquila)

4. Queixas gerais e obstétricas: sim/ não (quais, início, evolução, sinais de alerta - Náusea; dor (grau de dor); dismenorréia; leucorreia; sangramento; queixas urinárias relacionadas a eliminações ou outras).

5. Exame físico: Estado geral, corada, hidratada, comunicativa/ apática/ depressiva/ mamas (flácidas/firmes; simétrica/ assimétrica, mamilos protusos/planos/invertidos; pele íntegra, sem nódulos a palpação). Abdome flácido, indolor a palpação, AU (altura uterina - também anotar no gráfico da carteirinha), BCF (também anotar na carteirinha); MMII (edema, varizes/varicoses), Movimentos fetais.

* **Exame especular e coleta de citopatológico (Obrigatório no 1º trimestre)** Vulva, períneo, parede vaginal e colo uterino: descrever lesões, se presença de condilomas, características da secreção (quantidade, coloração, odor e aspecto). Teste de amina (positivo/negativo).

* **Exames:** Ultrassonografia Obstétrica (resultado e data). Exames laboratoriais alterados: XXXX

6. Orientações e conduta: Orientar importância de sempre estar com a carteira de pré natal, oficinas de gestantes, procurar imediatamente atendimento médico conforme sinais de alerta da caderneta de pré-natal. Cuidados com a toxoplasmose. Cuidados com a pele, uso de repelente, sobre a higiene íntima, alimentação adequada e ingesta hídrica suficiente. Orientar sobre aleitamento materno. Orientar sobre a maternidade e paternidade responsável (uso de drogas, fumo e medicamentos na gestação etc.); trabalho com redução de danos. Esclarecer sobre a importância da participação do pai durante a gestação e o parto. Orientar quanto a atividade sexual, incluindo prevenção das ISTs. * **Condutas:** Encaminhar para vacinação conforme calendário do pré-natal, encaminhar para equipe e-multi se necessário (profissional/data). Permanecer com suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico. Condutas quando exames alterados: XXXX. Outros encaminhamentos: XXXX. Agendar retorno.

Orientações: [Pré-natal e puerpério na Atenção Primária 2024 - Rede Mãe Curitibana Vale a Vida](#)

REGISTROS DE ENFERMAGEM

v1 – 14/05/2025

PRÉ NATAL 2º TRIMESTRE

* **Registrar em campo adequado:** Sinais vitais, peso e altura.

* **Gestante, Estratificação do risco:** IG: IG ECOGRÁFICA: DUM: Gesta: DPP:

1. Hábitos de vida, comorbidades e exames anteriores: (Tabagismo, etilismo, uso de substâncias ilícitas, prática de atividade física, alimentação, antecedentes familiares e clínicos). * **Comorbidades:** (HAS; DM; Cardiopatia; Doença Renal Crônica; Anemias e deficiências alimentares; Desvios nutricionais; epilepsias, endocrinopatia, Doenças neurológicas e psiquiátricas)

2. Medicamentos em uso: sim/não (quais)

3. Condições clínicas atuais:

* **Reações/comportamentos:** (medo; agressividade; ansiedade; frustração; aflita/chorosa; agitada; incapacidade; tranquila)

4. Queixas gerais e obstétricas: sim/ não (quais, início, evolução, sinais de alerta - Náusea; dor (grau de dor); dismenorréia; leucorreia; sangramento; queixas urinárias relacionadas a eliminações ou outras).

5. Exame físico: Estado geral, corada, hidratada, comunicativa/ apática/ depressiva/ mamas (flácidas/firmes; simétrica/ assimétrica, mamilos protusos/planos/invertidos; pele íntegra, sem nódulos a palpação). Abdome flácido, indolor a palpação, AU (altura uterina - também anotar no gráfico da carteirinha), BCF (também anotar na carteirinha); MMII (edema, varizes/varicoses), Movimentos fetais. Exame especular e KOH (se queixas).

* **Exames:** Resultado Ultrassonografia Obstétrica: XXX percentil XXX data XXXX. Exames laboratoriais alterados: XX

6. Orientações e conduta: Orientar importância de sempre estar com a carteira de pré natal, oficinas de gestantes, procurar imediatamente atendimento médico conforme sinais de alerta da caderneta de pré-natal. Cuidados com a toxoplasmose.

Cuidados com a pele, uso de repelente, sobre a higiene íntima, alimentação adequada e ingesta hídrica suficiente. Orientar sobre aleitamento Materno. * **Orientações específicas 2º trimestre:** Orientar sobre coleta TOTG; cuidados na prevenção de queda devido a mudança do eixo gravitacional durante a gestação. Orientar sobre a importância do controle de estresse e ansiedade na gestação para saúde materno fetal; Exercícios respiratórios na gestação e parto; sinais de alerta na gestação; sensibilização sobre a importância do aleitamento materno para mãe e o bebê. * **Condutas:** Encaminhar para vacinação conforme calendário do pré-natal, encaminhar para equipe e-multi se necessário (profissional/data). Permanecer com suplementação de sulfato ferroso ácido fólico. Condutas quando exames alterados: XXXX. Outros encaminhamentos: XXXX. Agendar retorno para: XXX ((mensal- até 28 sem/ quinzenal-28-36sem/ semanal- +36). Solicitar exames (rotina 2º trimestre- até 28sem/ rotina 3 trimestre- até 34 sem/ GBS 35-37sem); Verificar *check list* junto com a gestante estimulando seu autocuidado e checando se todos os procedimentos conforme protocolo foram realizados.

Orientações: [Pré-natal e puerpério na Atenção Primária 2024 - Rede Mãe Curitibana Vale a Vida](#)

REGISTROS DE ENFERMAGEM

v1 – 14/05/2025

PRÉ NATAL - 3º TRIMESTRE

* **Registrar em campo adequado:** Sinais vitais, peso e altura.

* **Gestante, Estratificação do risco:** IG: IG ECOGRÁFICA: DUM: Gesta: DPP:

1. Hábitos de vida, comorbidades e exames anteriores (Tabagismo, etilismo, uso de substâncias ilícitas, prática de atividade física, alimentação, antecedentes familiares e clínicos). * **Comorbidades:** (HAS; DM; Cardiopatia; Doença Renal Crônica; Anemias e deficiências alimentares; Desvios nutricionais; epilepsias, endocrinopatia, Doenças neurológicas e psiquiátricas)

2. Medicamentos em uso: sim/não (quais)

3. Condições clínicas atuais

* **Reações/comportamentos:** (medo; agressividade; ansiedade; frustração; aflita/chorosa; agitada; incapacidade; tranquila)

4. Queixas gerais e obstétricas: sim/ não (quais, início, evolução, sinais de alerta - Náusea; dor (grau de dor); dismenorréia; leucorreia; sangramento; queixas urinárias relacionadas a eliminações ou outras).

5. Exame físico: Estado geral; aspectos gerais; mamas (flácidas/firmes; simétrica/ assimétrica, mamilos protusos/planos/invertidos; pele íntegra, sem nódulos a palpação). Apresentação (cefálico ou pélvico), situação: longitudinal, transversa ou oblíqua, Dorso a direita ou esquerda, AU (altura uterina - também anotar no gráfico da carteirinha), BCF (também anotar na carteirinha); MMII (edema, varizes/varicoses), Movimentos fetais XXX. Exame especular e KOH: vulva, períneo, parede vaginal e colo uterino: descrever lesões, se presença de condilomas, características da secreção (quantidade, coloração, odor e aspecto). teste de amina (positivo/negativo).

* **Exames:** Resultado Ultrassonografia Obstétrica: XXX percentil XXX data XXXX. Exames laboratoriais alterados: XXX (data)

6. Orientações e conduta: Importância de sempre estar com a carteira de pré natal, oficinas de gestantes, procurar imediatamente atendimento médico conforme sinais de alerta da caderneta de pré-natal. Cuidados com a toxoplasmose. Cuidados com a pele, uso de repelente, sobre a higiene íntima, alimentação adequada e ingestão hídrica suficiente. Orientações sobre aleitamento Materno. * **Orientações específicas 3º trimestre:** Orientar quanto aos sinais de alerta e como proceder nessas situações, sinais e sintomas do parto. Orientar quando procurar a maternidade; Orientar sobre o parto normal, seus benefícios e sobre as boas práticas; Orientar sobre cuidados pós-parto imediato e no puerpério, tais como: higiene íntima, cuidados com a mama, sinais de alerta de complicação no pós-parto e atividade sexual; Ressaltar a importância do planejamento reprodutivo e das consultas puerperais. Orientar sobre os cuidados com o recém-nascido, importância do acompanhamento na unidade de saúde e das medidas preventivas como vacinação; manejo do aleitamento materno e informações sobre o fluxo Saúde Já 3350-9000 que também faz apoio ao aleitamento materno. * **Condutas:** Solicitar USG 3º trimestre, exames laboratoriais e exame GBS a partir das 35 semanas, orientar sobre a coleta do exame. Checagem de vacinação conforme calendário do pré-natal. Permanece com suplementação de sulfato ferroso ácido fólico. Orientar sobre realização do mobilograma após 34º semanas em gestantes. Condutas quando exames alterados: XXXX. Orientar sobre o método de anticoncepção após o parto. Outros encaminhamentos: XXXX. Verificar *check list* junto com a gestante estimulando seu autocuidado e checar se todos os procedimentos conforme protocolo foram realizados. Agendar retorno.

Orientações: [Pré-natal e puerpério na Atenção Primária 2024 - Rede Mãe Curitibana Vale a Vida](#)

REGISTROS DE ENFERMAGEM

v1 – 14/05/2025

CONSULTA PUERPERAL - PARTO NORMAL

* **Registrar em campo adequado:** Sinais vitais, peso e altura.

* **Dias pós parto:** XX

* **Intercorrências durante parto:** Se houver, descrever (Parto prematuro, indução, internamentos, tratamentos realizados, laceração – se sim descrever o grau, outros). Acompanhante durante o processo de TP.

* **Maternidade:** XX. Experiência na maternidade: XXX

* **Risco na gestação** (habitual; intermediário; alto por...). * **Uso de medicações durante gestação:** (levotiroxina/ aas + cálcio/ metildopa/ insulina). *Medicações em uso: atual (sulfato ferroso, metildopa, outros). * **Tratamento de sífilis durante gestação:** (sim/não; adequado/inadequado); parceiro tratou (sim/não; adequado/inadequado).

RN: sexo; nome; data de nascimento; peso; comprimento; APGAR. Após nascimento: RN foi direto para o colo materno; mamou na primeira hora de vida: prática de alojamento conjunto. Verificar se foi avaliado aniquiloglossia na maternidade.

* Queixas: sim/ não (quais, início, evolução, sinais de alerta).

* Aleitamento: (exclusivo ou não; dificuldade inicial/persistente).

* Alimentação:

* Rede de apoio: (parceiro, mãe, sogra, outro familiar, amigas)

MÃE: Aspectos gerais; mamas; mamilo; abdome; ferida operatória em períneo, útero contraído XX cm abaixo da linha da cicatriz umbilical, lóquios fisiológicos (quantidade/ odor); edemas em MMII. Estado emocional: (medo; agressividade; ansiedade; frustração; aflita/chorosa; agitada; incapacidade; tranquila)

Orientações e condutas: Orientar cuidados com RN (Cuidados com coto umbilical, vacinas, aleitamento, morte súbita, etc). Orientar sobre cuidados com as mamas (pega correta, apoioadura, massagem e ordenha, uso de sutiã de alças largas, uso do próprio leite para auxílio de cicatrização), observação da amamentação (e correção da pega, se necessário), orientar sobre contraindicação de bicos artificiais devido aos impactos na amamentação. Orientar quanto à ingesta hídrica, alimentação adequada e sinais de alerta. Cuidados com o períneo (troca de absorvente, higiene íntima). Abordagem e prescrição de método contraceptivo conforme desejo da paciente e protocolo. Solicitar exames de controle (se necessário). Manter sulfato ferroso. Encaminhar OU Realizar cadastro do RN, vacinação e agendamento de consulta de puericultura. Retirar do programa da gestante. Agendar retorno com 40 dias pós parto.

Orientações: [Pré-natal e puerpério na Atenção Primária 2024 - Rede Mãe Curitiba Vale a Vida](#)

CONSULTA PUERPERAL - PARTO CESÁREA

* **Registrar em campo adequado:** Sinais vitais, peso e altura.

* **Dias pós parto:** XX

* **Intercorrências durante parto:** Se houver, descrever (Parto prematuro, indução, internamentos, tratamentos realizados, outros). Acompanhante durante o processo de TP. Informar se cesárea foi agendada ou trabalho de parto e qual IG.

* **Maternidade:** XX. Experiência na maternidade: XXX

* **Risco na gestação** (habitual; intermediário; alto por...). * **Uso de medicações durante gestação:** (levotiroxina/ aas + cálcio/ metildopa/ insulina). *Medicações em uso: atual (sulfato ferroso, metildopa, outros). * **Tratamento de sífilis durante gestação:** (sim/não; adequado/inadequado); parceiro tratou (sim/não; adequado/inadequado).

RN: sexo; nome; data de nascimento; peso; comprimento; APGAR. Após nascimento: RN foi direto para o colo materno; mamou na primeira hora de vida: prática de alojamento conjunto.

* Estado emocional: (medo; agressividade; ansiedade; frustração; aflita/chorosa; agitada; incapacidade; tranquila)

* Queixas: sim/ não (quais, início, evolução, sinais de alerta).

* Aleitamento: (exclusivo ou não; dificuldade inicial/persistente).

* Alimentação:

* Rede de apoio: (parceiro, mãe, sogra, outro familiar, amigas)

MÃE: Aspectos gerais; mamas; mamilo; abdome; ferida operatória (características, sinais flogísticos), útero contraído XX cm abaixo da linha da cicatriz umbilical, lóquios fisiológicos (quantidade/ odor); edemas em MMII

Orientações e condutas: Orientar cuidados com RN (Cuidados com coto umbilical, vacinas, aleitamento, morte súbita, etc). Orientar sobre cuidados com as mamas (pega correta, apoioadura, massagem e ordenha, uso de sutiã de alças largas, uso do próprio leite para auxílio de cicatrização), observar amamentação (e correção da pega, se necessário). Orientar quanto à ingesta hídrica, alimentação adequada e sinais de alerta. Realizar retirada de pontos de ferida operatória/agendamento de retirada de pontos. Abordar e prescrever método contraceptivo conforme desejo da paciente e protocolo. Solicitar exames de controle (se necessário). Manter sulfato ferroso. Encaminhar OU Realizar cadastro do RN, vacinação e agendar consulta de puericultura. Retirar do programa da gestante. Agendar retorno com 40 dias pós parto.

Orientações: [Pré-natal e puerpério na Atenção Primária 2024 - Rede Mãe Curitiba Vale a Vida](#)

REGISTROS DE ENFERMAGEM

v1 – 14/05/2025

SAÚDE DA MULHER – EXAME DAS MAMAS E CITOPATOLÓGICO

* **Registrar em campo adequado:** Sinais vitais, peso e altura.

1. Hábitos de vida, comorbidades e exames anteriores: (Tabagismo, etilismo, uso de substâncias ilícitas, prática de atividade física, alimentação, antecedentes familiares e clínicos). Comorbidades. Estado civil.

* **Antecedentes gineco-obstétricos:** G P C A , contracepção; menarca (idade); sexarca (idade); último preventivo (data); Cirurgias ginecológicas (quais/data); ciclo menstrual (regular/irregular/ fluxo).

2. Medicamentos em uso: sim/não (quais).

3. Condições clínicas atuais:

* **Em aleitamento materno:** (sim/não)

* **Vida sexual** (ativa ou não); **Parceiro** (fixo ou não).

* **Método contraceptivo atual:** (qual/ queixas).

* **Tratamentos ginecológicos prévios:** (data)

4. Queixas: sim/ não (quais, início, evolução, sinais de alerta). Leucorreia (descrever), dispareunia, sangramento durante ou após a relação, amenorreia, aumento do fluxo menstrual, prurido vaginal ou outros).

5. Exame físico: aspecto geral. Mamas (tamanho, simetria), aréolas (disposição/ simetria), mamilos (protrusos, plano, invertido...), presença/ausência de descarga papilar espontânea, pele íntegra/com lesão, com/sem estrias, presença/ausência de retrações ou abaulamentos, presença/ausência de nódulo a palpação (clavicular, axilar) presença/ausência de nódulo à palpação em mama (E/D, tamanho, consistência, localização - quadrante). Região externa da vulva, vagina e períneo em boas condições de higiene e presença/ausência de lesões aparentes; colo do útero visualizado: íntegro, ausência/presença de ectopia; ausência/presença de leucorreia (quantidade, coloração, odor, aspecto).

6. Condutas: Orientar sobre resultado de citopatológico em 30 dias, exame anual e/ou conforme resultado (seguir protocolo). Prescrever e orientar tratamento para vaginose (se necessário), orientar planejamento reprodutivo.

Orientações: [Saúde da Mulher - Linha de Cuidado do Câncer de Mama 2024](#) / [Saúde da Mulher - Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero 2024](#)

SAÚDE DA MULHER – PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

* **Registrar em campo adequado:** Sinais vitais, peso e altura.

1. Hábitos de vida, comorbidades, exames anteriores: (Tabagismo, etilismo, uso de substâncias ilícitas, prática de atividade física, alimentação, antecedentes familiares e clínicos). Comorbidades. Estado civil.

* **Antecedentes gineco-obstétricos:** G P C A , contracepção; menarca (idade); sexarca (idade); último preventivo (data); Cirurgias ginecológicas (quais/data); ciclo menstrual (regular/irregular/ fluxo).

2. Medicamentos em uso: sim/não (quais).

3. Condições clínicas atuais:

* **Em aleitamento materno:** (sim/não)

* **Vida sexual** (ativa ou não); **Parceiro** (fixo ou não).

* **Método contraceptivo atual:** (qual/ queixas).

* **Tratamentos ginecológicos prévios:** (data)

* **História atual/prévia de TVP:** (data)

* **História atual ou prévia de enxaqueca:** (com ou sem aura)

4. Queixas: sim/ não (quais, início, evolução, sinais de alerta). Leucorreia (descrever), dispareunia, sangramento durante ou após a relação, amenorreia, aumento do fluxo menstrual, prurido vaginal ou outros).

Orientar sobre métodos contraceptivos, experiências anteriores da paciente e preferências. De acordo com critério de elegibilidade, conforme protocolo, disponibilidade e escolha da paciente prescrição de XX ANTICONCEPCIONAL. Orientar ao iniciar o uso, associar método de apoio durante primeiro mês; Orientar sobre o uso de preservativo para prevenção de ISTs.

5. Exame físico

6. Conduta e orientações

* **Se anticoncepcional VO:** Orientar sobre a importância do uso correto e utilização do preservativo em casos de esquecimento, diarreia ou vômitos. Orientar início no primeiro dia do ciclo menstrual.

* **Se DIU/Laqueadura/Implante:** Orientar sobre fluxo.

* **Orientações:** [Protocolo Saúde Reprodutiva](#)

REGISTROS DE ENFERMAGEM

v1 – 14/05/2025

PUERICULTURA

- * **Registrar em campo adequado:** Sinais vitais, peso e altura
- * **RN** XX (dias)
- * **Tipo de parto:** (PN ou Cesária); Estratificação de risco (alto/intermediário/habitual).
- * **Consultas realizadas:** *IG:
- * **Maternidade que realizou o parto:**
- * **Data da alta da maternidade:**
- * **Peso do nascimento** XX; **Peso da alta:** XX
- * **Índice de Apgar:** XX
- * **Testes de triagem neonatal:** (Coração, pezinho, orelhinha, linguinha, ortolani) realizados com ou sem alterações.
- * Período de internamento; se necessitou de UTI Neonatal e quanto tempo. * **Exames realizados:** (Sífilis; Toxoplasmose)
- * **Encaminhamentos solicitados pela maternidade:** (qual maternidade); Tratamentos (Sífilis, Toxoplasmose, HIV, outros)
- * **Vacinação Hepatite B e BCG:** (data e maternidade/US)
- * **Aleitamento:** (materno exclusivo; complemento; fórmula infantil, dificuldades)
- * **Exame físico:** Peso; comprimento; Perímetro cefálico; Cabeça e pescoço; Desenvolvimento neuropsicomotor; Perímetro torácico; Ausculta pulmonar; Ausculta cardíaca; Reflexos do RN (Moro, preensão plantar; sucção, marcha, babinski) presentes e normais; tórax; abdome; coto umbilical (aspecto/ sinais flogísticos); MMSS; Genitália; MMII; Higiene; sono; Eliminações fisiológicas.
- * Registro de Alerta/Plano de Cuidado.
- * Orientar e informar sobre Caderneta da Criança, importância do aleitamento materno exclusivo até 6 meses (orientações e contraindicações), Higiene: coto umbilical (queda, características, aspecto), banho, troca fraldas, prevenção de acidentes: ambiente seguro, prevenção da morte súbita. Prescrever e orientar sobre Vitamina A+D: (2 gotas/dia) e sulfato ferroso – conforme protocolo. Orientar sobre a importância da vacinação e agendamento da vacina BCG (data do agendamento). Cadastrar no Programa da Criança conforme risco e agendar consulta de retorno (data).

Orientações: [Saúde da Criança v.9 - 12/08/2024](#) / [Caderneta de Saúde da Criança Curitibana - Feminino 2021](#) / [Caderneta de Saúde da Criança Curitibana - Masculino 2021](#)

SÍFILIS

- * **Registrar em campo adequado:** Sinais vitais, peso e altura
- 1. **Hábitos de vida, comorbidades e exames anteriores** (Tabagismo, etilismo, uso de substâncias ilícitas, prática de atividade física, alimentação, antecedentes familiares e clínicos).
- * **Histórico de tratamento prévio:** (data e registro completo em prontuário)
- * **Resultado dos exames realizados** (Avaliar titulação)
- * Parceiro(a) sexual realizou exame de rastreamento ISTs sim/não. Se não realizou, orientar sobre importância.
- 2. **Medicamentos em uso:** sim/não
- 3. **Queixas:** (descrever sinais e sintomas, início, tempo de evolução, uso de medicamentos).
- 4. **Conduta e orientações:** Orientar sobre resultado do exame, prescrever e orientar sobre a importância do tratamento adequado e controle pós tratamento, manter o uso de preservativo afim de evitar o risco de recontaminação. Orientar sobre planejamento reprodutivo.

TESTE RÁPIDO HIV E SÍFILIS

- * **Registrar em campo adequado:** Sinais vitais, peso e altura
- 1. **Hábitos de vida, comorbidades e exames anteriores** (Tabagismo, etilismo, uso de substâncias ilícitas, prática de atividade física, alimentação, antecedentes familiares e clínicos).
- 2. **Medicamentos em uso:** sim/não
- 3. **Condições clínicas atuais**
- * Desejo da testagem é pela PREP/ PEP; Relação desprotegida (tempo).
- * Se mulher, DUM e antecedentes gineco-obstétricos.
- * **Parceira sexual:** (fixo ou não)
- 4. **Queixas:** (descrever sinais e sintomas, início, tempo de evolução, uso de medicamentos).
- 5. **Conduta:** Orientar sobre resultado do exame, prescrever e Orientar sobre a importância do tratamento adequado e controle pós tratamento, manter o uso de preservativo a fim de evitar o risco de recontaminação. Orientar sobre planejamento reprodutivo. Se positivo: realizado T2, T2 positivo, solicitar CD4/Quantificação, Orientar sobre tratamento, acolhimento, consulta XX. Se negativo: Orientar sobre janela imunológica, Orientar sobre o COA, importância do uso de preservativo. Orientar prescrição de PEP/pílula emergencial conforme protocolo.

Orientações: [Fluxo de Teste Rápido de HIV v.3 - 30/04/2024](#)

REGISTROS DE ENFERMAGEM

v1 – 14/05/2025

DIABETES INSULINO DEPENDENTE

* Registrar em campo adequado: sinais vitais, peso e altura, circunferência abdominal.

1. Hábitos de vida, comorbidades e exames anteriores (antecedentes familiares e antecedente clínicos). * **Comorbidades:** (Doença vascular periférica, acuidade visual, nefropatia diabética, descontrole glicêmico).

2. Medicamentos em uso/ tratamento (usa insulina, realiza monitoramento, autocuidado)

* Adesão à terapêutica: (adesão a insulinoterapia, aplicação e cuidados com a insulina, adesão ao automonitoramento)

3. Condições clínicas atuais

* **Monitoramento glicêmico:** (quantas vezes realiza automonitoramento ao dia, dificuldades, como está o controle (avaliar dashboard), se faz auto ajuste da dose de insulina)

* **Exames realizados** (conforme periodicidade do protocolo); Última consulta com oftalmologia (data); Último ECG (data).

* Verificar se o usuário está cadastrado corretamente no “Programa do diabético” e realizar o registro do resultado da HbA1c em campo adequado.

4. Queixas/ Sinais e sintomas (com início e evolução);

5. Exame físico

* **Avaliação dos Pés:** [Avaliação e Manejo dos Pés das Pessoas com Diabetes](#)

6. Condutas e orientações: Solicitar de exames, agendar consultas (médico/equipe e-multi/ odonto), encaminhamentos (oftalmologia, outros), prescrever automonitoramento conforme protocolo, vacinas. * **Orientações:** Orientar sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física moderada, manter peso saudável baseado nos índices de IMC; Orientar sobre autocuidado, sinais de alerta, cuidados com hiperglicemia e hipoglicemia; Orientar quanto ao tratamento, exames e controle da glicemia; Orientar quanto aos cuidados de armazenamento, validade e aplicação da insulina, automonitoramento e auto ajuste da dose de insulina ([Recomendações para Insulinização no DM2 – Usuário](#)); Orientar quanto a necessidade de avaliação oftalmológica anual, avaliação odontológica e cuidados com os pés; Para fumantes: abordagem mínima para cessação do tabagismo e encaminhar para abordagem e tratamento intensivo; Se mulher: Orientar sobre risco gestacional, planejamento reprodutivo e prescrever método contraceptivo.

Orientações: [Fluxo de Atenção à pessoa com Diabetes Mellitus](#) / [Fluxo de Atenção à Pessoa com Diabetes de Alto Risco - 60 anos ou menos](#) / [Organização da Atenção ao DM2](#) / [Recomendações para Automonitoramento da Glicemia Capilar \(AMGC\)](#) / [Recomendações para Insulinização no DM2 – Usuário](#) / [Fornecimento de Insumos para pessoas com DM em automonitoramento de glicemia capilar \(AMGC\)](#)

DIABETES NÃO INSULIZADO

* Registrar em campo adequado: sinais vitais, peso e altura, circunferência abdominal.

1. Hábitos de vida, comorbidades e exames anteriores: (antecedentes familiares e antecedente clínicos). * **Comorbidades:** (Doença vascular periférica, acuidade visual, nefropatia diabética, descontrole glicêmico). * **Exames realizados** (conforme periodicidade do protocolo); Última consulta com oftalmologia (data); Último ECG (data).

2. Medicamentos em uso/ tratamento: (quais/ toma corretamente, dificuldades). Adesão ao tratamento: (uso de medicamentos, autocuidado).

* Verificar se o usuário está cadastrado corretamente no “Programa do diabético” e realizar o registro do resultado da HbA1c em campo adequado

3. Condições clínicas atuais

4. Queixas/ Sinais e sintomas (com início e evolução);

5. Exame físico

* **Avaliação dos Pés:** [Avaliação e Manejo dos Pés das Pessoas com Diabetes](#)

6. Condutas e orientações: Solicitar exames, agendar consultas (médico/equipe e-multi/ odonto), encaminhamentos (oftalmologia, outros), vacinas. Orientar sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física moderada, manter peso saudável baseado nos índices de IMC; Orientar sobre autocuidado, sinais de alerta, quanto ao tratamento, exames e controle da glicemia; Orientar quanto a necessidade de avaliação oftalmológica anual, avaliação odontológica e cuidados com os pés; Para fumantes: abordagem mínima para cessação do tabagismo e encaminhar para abordagem e tratamento intensivo; Se mulher: Orientar sobre risco gestacional, planejamento reprodutivo e prescrever método contraceptivo.

Orientações: [Fluxo de Atenção à pessoa com Diabetes Mellitus](#) / [Fluxo de Atenção à Pessoa com Diabetes de Alto Risco - 60 anos ou menos](#) / [Organização da Atenção ao DM2](#)

REGISTROS DE ENFERMAGEM

v1 – 14/05/2023

AVALIAÇÃO DOS PÉS

* Registrar em campo adequado: sinais vitais, peso e altura, circunferência abdominal.

1. Hábitos de vida, comorbidades e exames anteriores: (antecedentes familiares e antecedente clínicos). * **Comorbidades:** (Doença vascular periférica, acuidade visual, nefropatia diabética, descontrole glicêmico).

2. Medicamentos em uso/ tratamento: (quais/ toma corretamente, dificuldades). * **Adesão ao tratamento:** (uso de medicamentos, autocuidado)

3. Condições clínicas

* **Antecedentes:** (sim/não - data): úlceras, bolhas, amputação não traumática, doença arterial periférica com procedimento vascular no pé, retinopatia, doença renal crônica

* **Cuidado com os pés:** (sim/não) faz autoexame diário dos pés e calçados, anda descalço ou com meias em casa ou outro local, cuidados como hidratação, corte de unhas, etc.

4. Queixas/ Sinais e sintomas (com início e evolução): claudicação, dormência, formigamento, queimação, choques elétricos, fadiga e/ou dor em pontada em pernas e/ou pés

5. Exame físico

Observar alterações (sim/não): Marcha, mobilidade articular, pés descalços; Meias apertadas, com costuras ou desgastes, marcas de drenagem sanguinolenta ou purulenta; Calçados apertados ou frouxos, desgaste em palmilhas e solas (mais gastas de um lado)

Inspecção (Sim/não – características, início, evolução): pele (íntegra/ não íntegra/ hidratada ou pele seca, características quanto a temperatura, coloração e ou palidez), úlceras, bolhas, Calos e calosidades, pontos de hemorragia nos calos, rachaduras em áreas como calcâneo, maceração entre os dedos, intertrigo, diminuição de pêlos, eritema, descoloração, infecção ou necrose; Unhas: Padrão de corte das unhas, higiene, unhas encravadas, descoloridas, infecção fúngica; Deformidades: Cabeça de metatarsos proeminentes, dedos em garra ou em martelo, hálux valgo, amputações parciais, pé de Charcot.

Avaliação de sensibilidade: com/ sem perda de sensibilidade protetora plantar com monofilamento; com/ sem perda de sensibilidade vibratória com diapasão 128 Hz. **Avaliação vascular:** Palpação dos pulsos pediosos e tibiais posteriores (diminuídos/ausentes). Edema (presente/ ausente), alteração de temperatura.

6. Condutas e orientações: Agendar consulta (data); encaminhamento, solicitar exames. Orientar sobre os achados durante a avaliação, importância da autoavaliação diária dos pés; procurar a equipe de saúde na presença de edema, fissuras, unhas encravadas, calos, micose, dor, alterações na coloração da pele, bolhas, úlceras, infecções, calor local e formigamento (parestesia); Orientar quanto ao uso de meias folgadas e de algodão, uso de calçados fechados e confortáveis, verificar calçados antes de colocar para verificar presença de corpos estranhos, secagem completa dos pés após o banho, hidratação regular dos pés, evitar creme entre os dedos; corte de unhas em formato quadrado; Orientar quanto aos cuidados com feridas e curativos.

***Orientações:** [Avaliação e Manejo dos Pés das Pessoas com Diabetes](#)

HIPERTENSÃO

* Registrar em campo adequado: sinais vitais, peso e altura, circunferência abdominal.

1. Hábitos de vida, comorbidade e exames anteriores: (antecedentes familiares e antecedente clínicos - Tabagismo).

***Comorbidades:** sim/não (Diabetes, obesidade, histórico de infarto do miocárdio, angina, revascularização miocárdica ou intervenção coronariana, insuficiência cardíaca, fibrilação atrial, aneurisma de aorta, doença renal crônica, AVC, AIT, doença arterial periférica obstrutiva sintomática). Questionar **antecedentes familiares** (História de infarto ou AVC em pai/irmãos antes dos 55 anos e/ou mãe/irmãs antes dos 65 anos). * **Exames anteriores:** (conforme periodicidade do protocolo); último ECG (data) – se exames externos registrar resultados.

2. Medicamentos em uso contínuo/ tratamento.

* **Adesão à terapêutica:** (verificar dificuldades com o seguimento do tratamento farmacológico e não farmacológico)

3. Condições clínicas atuais

* **Controle da PA em domicílio** – verificar média da PA realizada

4. Queixas/ Sinais e sintomas (com início e evolução);

5. Exame físico: Avaliação da pele; frequência cardíaca e respiratória; palpação de pulsos (radial, carotídeo, pedioso); edema periférico; distensão jugular; ausculta cardíaca (ritmo, sopros); ausculta pulmonar.

6. Conduta e orientações: Estratificar o risco conforme protocolo; Solicitar exames laboratoriais e de ECG; solicitar controle da PA em domicílio (durante 7 dias, duas vezes ao dia - antes do café da manhã e antes do jantar) OU na UBS (2 medidas com intervalo de 1 minuto entre elas); Agendar consulta (data), exames e encaminhamentos. Orientar sobre hábitos alimentares; risco do uso de álcool e/ou drogas; prática regular de atividade física; terapias farmacológicas; realização de exames periódicos; prevenção de complicações e atividades de educação em saúde; autocuidado apoiado.

Orientações: [Fluxo de Atenção à pessoa com Hipertensão estratificado como baixo risco - v.1](#)

REGISTROS DE ENFERMAGEM

v1 – 14/05/2025

DENGUE

* Registrar em campo adequado: sinais vitais, peso e altura, circunferência abdominal.

1. Hábitos de vida, comorbidades e exames anteriores: (HAS, DM, trombose), **Condições clínicas especiais** (antecedentes familiares e antecedente clínicos);

2. Medicamentos de uso contínuo.

3. Queixas (descrever sinais e sintomas, início, tempo de evolução): febre, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retroorbital, náuseas, vômitos, fraqueza/astenia, exantema, petéquias, prova do laço positiva e/ou leucopenia.

4. Condições clínicas atuais

* História de viagem recente (local/ data da viagem) ou contato com pessoas com dengue.

Sinais de alerta: sim/não (quais, início e evolução).

Sinais de gravidade: sim/não (quais, início e evolução).

* **Estadiamento da doença:** Grupo A, B, C ou D.

5. Exame físico: PA sentado (XXXmmHg); PA em pé (XXmmHg)

• Estado geral, estado de consciência (irritabilidade, sonolência, inquietação, letargia), corado/ hipocorado, sinais de desidratação (quais), esforço respiratório (eupneico/ taquipneico), enchimento capilar (< ou > 2s), avaliação das extremidades (frias, cianose) volume de pulso (fraco/forte, filiforme), taquicardia, pele (coloração e manifestações hemorrágicas). Ausculta pulmonar (sem ruídos adventícios ou descrever alterações); Ausculta cardíaca; Abdome (forma, ruídos hidro aéreos, ascite, timpanismo, dor / indolor a palpação, outras alterações). Metrorragia, hematêmese, melema e hematúria (sim/não).

* **Prova do Laço** positiva/ negativa

6. Conduta e orientações: Realizar teste rápido da Dengue (Solicitação, resultado), prescrever e iniciar hidratação oral (conforme [Atendimento de Enfermagem na APS - Suspeita de Dengue](#)), encaminhar para consulta médica e ou acionamento SAMU (se sinais de alerta ou gravidade), solicitar exames conforme [Fluxo Dengue SMS/Curitiba](#), notificar, acionar equipe para Bloqueio conforme [Orientação para bloqueio na APS](#). Orientar sobre hidratação oral, não tomar AAS ou outros anti-inflamatórios (ibuprofeno, diclofenaco, nimesulida, etc.), usar repelente e mosquiteiro durante os primeiros 7 dias de doença para não transmitir o vírus, usar calça comprida e camisa manga longa para evitar picada de mosquito, aleitamento materno deve ser mantido, fazer repouso evitando atividade física durante o período agudo da doença. Manter o domicílio livre de recipientes que possam acumular água e se tornarem criadouros de mosquito. Orientação quanto ao acompanhamento (retorno na US data XX), retorno à Unidade de Saúde no primeiro dia SEM febre (possível início da fase crítica da dengue), se a febre persistir, retornar no quinto dia da doença (contados a partir do dia de início dos sintomas). Outras dúvidas, telefonar para a CENTRAL SAÚDE JÁ 3350-9000. Orientações para procurar a UPA imediatamente se aparecimento dos sinais de alarme ou sangramentos.

Orientações: [Fluxo Dengue SMS/Curitiba - v.9 - 15/05/2024](#) / [Atendimento de Enfermagem na APS - Suspeita de Dengue - v.4 - 06/09/2024](#) / [Orientação para bloqueio na APS - v.1 - 07/03/2024](#) / [Orientação para realização de teste rápido da dengue na APS - v. 1 - 07/03/2024](#)

ABORDAGEM TABAGISMO

* Registrar em campo adequado: sinais vitais, peso e altura.

* (PARA TODOS OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE): Usuário fumante, por xxx anos, fumando xx cigarros por dia, geralmente fuma o primeiro cigarro xx horas / minutos depois que acorda. Tem ou não interesse em parar de fumar. Já tentou parar de fumar por (quantas vezes, 1 a 3 vezes, mais de 3 vezes, tentou mas nunca conseguiu ou nunca tentou. Prefere participar do grupo presencial ou virtual.

* (PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR)

* **Histórico:** XXXXX, XX anos, escolaridade, reside com..., as pessoas do convívio fumam ou não... Começou a fumar aos XX anos. Atualmente faz consumo de até XX cigarros ao dia, usuário do cigarro tradicional da marca XXX. Refere que começou a fumar por influência... Geralmente fuma quando... Considera que o cigarro traz sentimento de... Tentou parar de fumar por XX vezes, com ajuda de XXX. Chegou a permanecer em abstinência pelo período de XX. Relata que (ex. não tem medo de engordar ao parar de fumar, entende que o tabaco está afetando sua saúde, está motivado a parar e já tem dia D). Preocupa-se com... (cheiro da nicotina, com a aparência envelhecida, dentes amarelados)

* **TESTE DE FAGERSTROM:** Acende o seu primeiro cigarro dentro de xxx minutos após acordar; não ou sente dificuldade em não fumar em locais proibidos; o primeiro cigarro da manhã não ou é o mais prazeroso; fuma com mais frequência no período da xxxxx e mantém o vício mesmo quando está doente, demonstrando xxx (baixo, moderador, alto ou muito alto) grau de dependência (FAGERSTROM 0 a 10).

* **FATORES DE RISCO** XXXXXX prótese dentária e feridas orais. Nega HAS, DM, problemas cardíacos, problemas respiratórios ou outras comorbidades. É sedentária, não faz uso de bebidas alcoólicas.

* **ESTÁGIO EMOCIONAL:** Encontra-se motivada a parar, mas ambivalente, sem ou com data estipulada nos próximos dias.

* **Medicamentos em uso:** XXX

* **Condutas:** Agendamentos , encaminhamentos.

* **Orientações:** Orientar sobre o fluxo dos grupos de cessação do tabagismo.

Orientações: [Fluxo de Acesso do Usuário ao Programa de Cessação do Tabagismo v.1 31/01/2024](#)

REGISTROS DE ENFERMAGEM

v1 – 14/05/2025

SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO

* Registrar em campo: PA, TEMPERATURA, FC, FR, SpO2, peso e altura

1. Hábitos de vida, comorbidades e exames anteriores: (HAS, DM, outros), **Condições clínicas especiais** (antecedentes familiares e antecedente clínicos);

2. Medicamentos de uso contínuo

3. Queixas (descrever sinais e sintomas, início, tempo de evolução): Relata ou nega tosse, coriza/congestão nasal, dor de garganta, perda de olfato/paladar, falta de ar, Febre, outros. Fez uso de medicamentos (quais), atendimentos anteriores (data e conduta).

4. Exame físico: Estado geral, estado de consciência (irritabilidade, sonolência, inquietação, letargia), corado/hipocorado, sinais de desidratação (quais), apresenta ou não esforço respiratório (eupneico/taquipneico/tiragem intercostal), enchimento capilar (< ou > 2s), avaliação das extremidades (frias, cianose) volume de pulso (fraco/forte, filiforme), taquicardia. Ausculta pulmonar (murmúrios vesiculares sem ruídos adventícios, roncos, sibilos, estridor, estertores bolhosos), Ausculta cardíaca (ritmo cardíaco, bulhas, ruídos anormais). Outras alterações. Sinais de alerta/gravidade (quais e evolução).

5. Conduta e orientações: Realizar o teste rápido da Covid (Solicitação, resultado), encaminhar ou agendar consulta médica e ou acionar SAMU (se sinais de alerta ou gravidade), prescrever medicamentos e emitir isolamento domiciliar. Orientar sobre repouso, hidratação, medicação sintomática, isolamento, uso de máscara, cuidados para prevenção do contágio. Orientar procurar a UPA se SINAIS DE ALERTA (quais são os sinais de alerta).

Orientações: [Vigilância de A a Z - Covid](#)

AVALIAÇÃO DE PELE

* Registrar em campo adequado: sinais vitais, peso e altura

1. Hábitos de vida, comorbidades e exames anteriores (antecedentes familiares e antecedente clínicos).

2. Queixas: (descrever sinais e sintomas, início, tempo de evolução)

3. Exame físico

* **Inspecção de pele:** Couro cabeludo: lêndeas ou parasitas; Alterações ou não: lesões, manchas, erupções ou descamações em axilas, espaços interdigitais das mãos e nos punhos, região torácica e periumbilical, região inguinal e coxas, pés e espaços interdigitais e região plantar. Unhas não apresentam descolamentos de lâminas ungueais, aspecto branco amarelado, má-formação. Não apresenta OU apresenta lesões e ou alterações na presente data.

4. Conduta e orientações: Fornecer formulário preenchido para uso de piscina coletiva pública. Orientar sobre cuidados com a pele e lesões, autocuidado.

ANEXOS

Anexo 1: CIAP https://sisaps.saude.gov.br/esus/upload/docs/CIAP2_sumario_correcao_W84.pdf

Anexo 2: Escala de Katz [CAB IDOSO 2007 FINAL.pmd \(saude.gov.br\)](#) página 151

Anexo 3: Escala de Lawton [CAB IDOSO 2007 FINAL.pmd \(saude.gov.br\)](#) página 153