

PROTOCOLO SMS Nº 003/2023

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ENFERMAGEM DE PAULO FRONTIN

OBJETIVO: Este protocolo tem por finalidade nortear os profissionais de enfermagem na prática cotidiana dos serviços de saúde, contribuirá para facilitar a implementação de iniciativas simples e resolutivas que se encaixam nas carências da saúde, podendo o enfermeiro realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares prescrever medicações, previamente estabelecidos nos manuais dos programas de saúde pública.

DAS ATRIBUIÇÕES:

ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SEGUNDO A LEI Nº 7.498/1986 E DECRETO Nº 94.406/1987.

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

Art. 11 – I – Privativamente:

- a. Direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- b. Organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c. Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;
- d. Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;
- e. Consulta de Enfermagem;
- f. Prescrição da assistência de Enfermagem;
- g. Cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

h. Cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

COMO INTEGRANTE DA EQUIPE DE SAÚDE:

- a. Participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b. Participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c. Prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d. Participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e. Prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;
- f. Participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de Enfermagem;
- g. Participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
- h. Assistência de Enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;
- i. Acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- j. Execução do parto sem distocia;
- k. Participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;
- l. Participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;
- m. Participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;

- n. Participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contrarreferência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde;
- o. Participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;
- p. Participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de Enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

ATRIBUIÇÕES DOS TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM

Art. 12 – O Técnico de Enfermagem exerce as atividades de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- a. Participar da programação da assistência de Enfermagem;
- b. Executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro;
- c. Participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar;
- d. Participar da equipe de saúde.

Art. 13 – O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- a. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- b. Executar ações de tratamentos simples;
- c. Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- d. Participar da equipe de saúde;

ATRIBUIÇÕES DOS TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM SEGUNDO O DECRETO 94.406/1987:

Art. 10 – O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

I – Assistir o Enfermeiro:

- a. No planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem;
- b. Na prestação de cuidados diretos de Enfermagem a pacientes em estado grave;
- c. Na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;
- d. Na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar;
- e. Na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;

II - Executar atividades de assistência de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro e as referidas no Art. 9º deste Decreto:

III - Integrar a equipe de saúde.

Art. 11 – O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

I – Preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;

II – Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;

III – Executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de Enfermagem, tais como:

- a. Ministrando medicamentos por via oral e parenteral;
- b. Realizar controle hídrico;
- c. Fazer curativos;
- d. Aplicar oxigenoterapia, nebulização, enteroclistma, enema e calor ou frio;
- e. Executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;

f. Efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;

g. Realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico;

h. Colher material para exames laboratoriais;

i. Prestar cuidados de Enfermagem pré e pós-operatórios;

j. Circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;

k. Executar atividades de desinfecção e esterilização;

IV – Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:

a. Alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;

b. Zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependência de unidades de saúde;

V– Integrar a equipe de saúde;

VI– Participar de atividades de educação em saúde, inclusive:

- Orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de Enfermagem e médicas. Auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;

VII- Executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes;

VIII - Participar dos procedimentos pós-morte.

ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SEGUNDO A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA.

ENFERMEIRO

I. Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), em todos os ciclos de vida;

- II. Realizar consulta de Enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- III. Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
- IV. Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- V. Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
- VI. Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VII. Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
- VIII. Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados à sua área de competência na UBS;
- IX. Exercer outras atribuições conforme legislação profissional e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM

- I. Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- II. Realizar procedimentos de Enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo Enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação;

III. Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

PROCEDIMENTOS:

DO ACOLHIMENTO E TRIAGEM:

Na perspectiva de se garantir acesso aos usuários e aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde preconiza o Acolhimento à demanda espontânea nas unidades como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso, dispositivo de reorganização do processo de trabalho da equipe em função das reais necessidades do seu território, além de promover a vinculação e responsabilização das equipes para com seus usuários. “Inclui a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário” (Brasil, 2004). Todos os profissionais têm por atribuição participar do acolhimento desde que se garanta a escuta qualificada das necessidades de saúde com uma primeira avaliação, observando o risco e vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos dos usuários que procurem a unidade de saúde.

A triagem caracteriza uma ação pontual, focada no evento clínico (na queixa-clínica), o foco está na doença, e, neste caso, a coordenação do cuidado, a vinculação e a responsabilização das equipes pelo acompanhamento contínuo do usuário nos diferentes momentos do processo saúde-doença-cuidado não se constitui como base do trabalho. Conforme regulamentação do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), o estabelecimento dos protocolos de triagem e classificação de risco é atividade exclusiva do profissional Enfermeiro.

CONSULTA DE ENFERMAGEM:

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa e prestada pelo enfermeiro, na qual são identificados problemas de saúde e prescritas e implementadas medidas de enfermagem com o objetivo de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente.

Durante a consulta, o profissional de enfermagem presta serviços de escuta qualificada, avaliação do paciente e recomendações visando à promoção da saúde.

Durante a consulta o(a) enfermeiro(a) poderá executar atribuições conferidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), assim como assim como realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas junto aos demais membros da equipe; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal; realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local, observadas as disposições legais da profissão. A Resolução COFEN nº 195/1997 garante ao enfermeiro a solicitação de exames complementares, embasar a prescrição de medicações definidas em protocolos de saúde, atribuição implantada pelo SUS desde 2006 pela Portaria MS/GM nº 648, Portaria nº 2.488/2011 e atualizada pela Portaria MS/GM nº 2436/2017.

Consulta de enfermagem deve ser realizada seguindo estas 5 etapas básicas:

- 1. Histórico de enfermagem:** realização de entrevista com o paciente, a fim de captar dados além da queixa principal, como histórico familiar, estilo de vida entre outros;
- 2. Exame físico:** o profissional de enfermagem verifica a temperatura corporal, pressão arterial, saturação de oxigênio e outros sinais importantes para avaliar a condição clínica. Na consulta, o enfermeiro soma a essa dinâmica a observação de manchas, alergias, problemas para se movimentar, dores, etc;
- 3. Diagnóstico de enfermagem:** Com base nas informações coletadas durante o histórico e exame físico, o enfermeiro levanta e investiga diferentes suspeitas clínicas. Nessa fase, ele avalia exames anteriores, doenças preexistentes e, se for preciso, pede auxílio a colegas para construir um diagnóstico assertivo.
- 4. Prescrição e implementação da assistência:** Considerando o diagnóstico, o enfermeiro faz as primeiras recomendações terapêuticas. Elas serão aperfeiçoadas com o suporte de uma equipe de enfermagem e/ou multidisciplinar. Mas, ao longo da consulta, é possível administrar um medicamento para aliviar dores ou solicitar testes complementares.

5. Evolução de enfermagem: Realização do registro das informações no prontuário do paciente para que possam ser consultadas posteriormente. Essa etapa é fundamental para o controle de qualidade e melhoria contínua do padrão da consulta, a fim de corrigir falhas e aprimorar o processo.

Cabe ao enfermeiro, segundo Resolução COFEN nº195/1997, dentro da consulta de enfermagem:

- **Solicitar exames laboratoriais:**

- Para detecção da gravidez – Beta HCG e TIG
- Exames de rotina do pré-natal como: Tipagem sanguínea + Fator Rh; Glicemia jejum; Hemograma; Parcial de Urina (Antibiograma + urocultura); VDRL; Parasitológico Fezes; Toxoplasmose IgG/ IgM; HIV, (Elisa 1 e 2); TSH; TOTG; AntiHbsAg; Rubéola; eletrofore de hemoglobina; Ultrassom obstétrico.
- Exames de Rotina do Programa Hipertensão como: Colesterol Total e Frações, triglicerídeos, creatinina, uréia, glicemia jejum, pós prandial, curva glicêmica, hemoglobina glicada, hemograma;
- Exames de Rotina para colposcopia: VDRL e HIV. Após encaminhar para avaliação médica quando necessário e conforme rotina de enfermagem.
- Exames de rotina programa de Tuberculose: Rx de tórax e BK de escarro
- Exames de rotina Saúde de Homem: PSA, Glicemia, Colesterol Total e F, Hemograma, triglicerídeos.
- Exames de controle anual ou semestral, que não constem nesta descrição porém, já tenham sido solicitados por médico anteriormente, para avaliar e conduzir tratamento.
- Exames Complementares e Encaminhamentos: Em caso de urgência/emergência e na ausência de profissional médico na unidade o enfermeiro poderá solicitar de RX em caso de suspeita de fratura para posterior encaminhamento à referência, bem como demais exames de emergência. Nos casos em que o enfermeiro se deparar com situações não previstas no protocolo, conforme orientação do COREN-PR, este poderá referenciar o paciente para outro profissional ou unidade mais habilitada, visando sempre a agilidade no processo de atendimento ao paciente.

- **Prescrição de medicamentos em casos específicos, segundo tabela a seguir:**



MEDICAMENTOS	GRUPO	POSOLOGIA	SITUAÇÃO
1. Adtil	Vitamina A e D	2 gotas ao dia	Hipovitaminoses
2. Albendazol	Anti-helmíntico	400 mg (dose única) repetir em 1 semana	Verminoses > 2 anos
3. Anticoncepcional oral	contraceptivo	-21 dias, intervalo -7 dias + orientações	Planejamento Familiar
4. Anticoncepcional oral	contraceptivo	Na lactação até o sexto mês	Planejamento Familiar
5. Anticoncepcional Injetável	contraceptivo	Mensal e trimestral	Planejamento Familiar
6. Benzoato de Benzila, Permetrina	Anti-parasitário	Aplicação tópica +orientação	Pediculose e Escabiose
7. Metronidazol via oral e creme vaginal	Anti-protozoário	-Via oral: 2 gr (dose única) -Creme vaginal: 1 tubete à noite durante 7 dias	Gardnerella vaginalis Trichomonas vaginalis
8. Miconazol creme vaginal	Anti-micótico	1 tubete à noite durante 7 dias	Candidíase vaginal
9. Nistatina creme vaginal	Anti-micótico	1 tubete à noite de 7 a 14 dias	Candidíase vaginal
10. Nistatina Suspensão	Anti-micótico	1 gota em cada lesão	Candidíase oral
11. Paracetamol/ Ibuprofeno	Analgésico Antitérmico	1 gt/kg 1 cp 8/8h	Reação Vacinal, Febre
12. Sulfato Ferroso	Anti-anêmico	1 comprimido meia hora antes das 3 principais refeições do dia	Anemia ferropriva em gestantes
13. TRO	Hidratante oral	1 pacote em 1 litro de água fervida	Desidratação Diarréia
14. Ácido fólico	Vitamina	1 comprimido ao dia	Gestantação ou pré gestação
15. Captopril	Anti Hipertensivo	Conforme prescrição anterior do médico	HIPERDIA
16. Enalapril (5, 10 e 20 mg)	Anti Hipertensivo	Conforme prescrição anterior do médico	HIPERDIA
17. Losartana potássica	Anti Hipertensivo	Conforme prescrição anterior do médico	HIPERDIA



18. Propranolol	Anti Hipertensivo	Conforme prescrição anterior do médico	HIPERDIA
19. Atenolol	Anti Hipertensivo	Conforme prescrição anterior do médico	HIPERDIA
20 Hidroclorotiazida	Diurético	Conforme prescrição anterior do médico	HIPERDIA
21 Furosemida	Diurético	Conforme prescrição anterior do médico	HIPERDIA
22 Metformina	hipoglicemiante	Conforme prescrição anterior do médico	HIPERDIA
23 Glibenclamida	hipoglicemiante	Conforme prescrição anterior do médico	HIPERDIA
24 Sinvastatina	Dislipdemias	Conforme prescrição anterior do médico	HIPERDIA
25 Carvedilol	Anti Hipertensivo	Conforme prescrição anterior do médico	HIPERDIA
26. Isossorbida	Vasodilatador	Conforme prescrição anterior do médico	HIPERDIA
27 Espironolactona	Diurético	Conforme prescrição anterior do médico	HIPERDIA
28 Omeprazol	Protetor gástrico	Conforme prescrição anterior do médico	HIPERDIA
29 Metildopa	Anti Hipertensivo	Conforme prescrição anterior do médico	HIPERDIA

Validade das prescrições medicamentosas realizadas pelo Enfermeiro

As receitas prescritas pelo Enfermeiro terão validade de noventa (90) dias.

VISITAS DOMICILIARES

A visita domiciliar permite avaliar uma série de condições que não são invisíveis no consultório e às vezes discordantes da impressão que temos do paciente durante a consulta, situações estas que possam estar contribuindo para o desencadeamento ou manutenção de uma doença, como por exemplo: más condições de moradia e saneamento, falta de higiene, ociosidade, solidão, abandono, maus tratos, crenças e tabus. A visita deve ser obrigatoriamente norteada por um objetivo específico, que deve ficar bem claro para o cliente e sua família. Também deve ser realizado visita a pacientes-alvo de programas (nascidos vivos, gestantes, pacientes acamados, hipertensos faltosos ou que não seguem as orientações propostas), visitas às mães de crianças desnutridas ou vítimas de agressão, visitas de esclarecimento sobre o funcionamento da Unidade de Saúde.

COORDENAÇÃO DO CUIDADO:

Trata-se da elaboração, acompanhamento e geração de projetos terapêuticos singulares, bem como o acompanhamento e organização do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Para que seja implementada a coordenação do cuidado são necessários a incorporação de ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera para consultas especializadas, procedimentos e exames, prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, entre outros.

PROGRAMAS

- SAÚDE DA CRIANÇA

PUERICULTURA

A puericultura se dedica ao estudo do desenvolvimento global das crianças e tem como objetivo desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, além de dar orientações educativas garantindo um atendimento de qualidade. A atuação do enfermeiro na atenção à saúde da criança visa à proteção, à promoção e à recuperação da saúde da criança, conforme as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

A avaliação adequada do crescimento e desenvolvimento da criança é fundamental para os profissionais que atuam na atenção básica. Neste sentido, ressalta-se a importância de saber identificar os fatores de riscos e adotar as condutas necessárias.

Na saúde da criança sobretudo, a atuação da enfermagem visa promover o aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento adequados, o aumento da cobertura vacinal e trabalhar no controle das situações de risco à saúde, visando o não comprometimento do potencial de cada criança.

QUADRO 1 - Síntese da condução da consulta de puericultura

Etapas da Consulta	Conduta
Acolhimento com escuta qualificada para identificar os motivos do contato da família com a criança	Encaminhar para o atendimento necessário
Entrevista	<p>Verificar:</p> <p>Caderneta da Criança;</p> <p>Caderneta de pré-natal da mãe;</p> <p>Resumo de alta hospitalar;</p> <p>Classificar ou confirmar estratificação de risco (conforme Linha Guia);</p> <p>Testes de triagem neonatal (orelhinha, olhinho, coraçãozinho, pezinho);</p> <p>Presença de sintomas e queixas;</p> <p>Planejamento reprodutivo;</p> <p>Rede familiar e social;</p> <p>Condições de moradia e exposições ambientais;</p> <p>História nutricional;</p> <p>Antecedentes clínicos;</p> <p>Imunização;</p> <p>Saúde bucal;</p> <p>Alimentação;</p>



	Eliminações; Sono e repouso; Antecedentes familiares.
Exames físicos geral e específico	Verificar: Medidas antropométricas; Desenvolvimento da criança; Estado Nutricional; Tônus muscular; Alinhamento e simetria corporal; Cabeça e fontanelas (lambdoide: fechamento média 8 semanas e bregmática: 9 a 18 meses); Olhos; Ouvidos; Nariz; Boca e garganta; Pescoço; Tórax (sistema respiratório e cardiovascular); Abdome (sistema gastrointestinal); Pelve (sistema geniturinário, rastrear criptorquidia); Membros (sistema musculoesquelético, rastrear luxação congênita do quadril, braquicefalia, luxação congênita do pescoço/lesão plexo braquial); Pele e anexos (observar icterícia, dermatites, hidratação).
Exames de Rotina	Solicitação de exames conforme necessidade: Hemograma VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) Colesterol Triglicerídeos Glicemia
Avaliação/Diagnóstico	De acordo com os dados obtidos nas etapas



Orientação	<p>anteriores e:</p> <ul style="list-style-type: none">• A condição de saúde da criança, esclarecendo o diagnóstico à mãe ou responsável, em linguagem de fácil compreensão;• A importância do aleitamento materno exclusivo;• Explicar sobre a imunização e mostrar no cartão da criança o calendário das vacinas, realizar a imunização com a vacina BCG, se ainda não foi feita na maternidade;• Orientar cuidados com a higiene, sono e desenvolvimento normal da criança;• Sinais de alerta e, se presentes, procurar a Unidade de Saúde;• Importância do acompanhamento de puericultura no 1º ano de vida da criança;• Estimulação adequada, quando necessária, para obtenção dos marcos de desenvolvimento;• Cuidados na prevenção de acidentes;• Importância da construção do vínculo afetivo mãe/cuidador(a) com a criança.
Registrar	<p>As informações obtidas na anamnese e no exame físico, orientações e tratamento no prontuário da criança e na Carteira de Saúde, inclusive os gráficos de crescimento.</p>
Retorno	<p>De acordo com a avaliação e/ou de acordo com o calendário de puericultura da APS.</p>
Consultas subsequentes	<p>Avaliar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Intercorrências;• Alimentação;• Diurese e hábito intestinal;• Higiene física / mental;• Situação vacinal;



- Exame físico;
 - Aquisições neuropsicomotoras;
 - Uso de vitamina e/ou outras medidas terapêuticas instituídas anteriormente;
 - Presença de risco evolutivo.
- Orientar:**
- Medidas terapêuticas necessárias;
 - Conduta alimentar;
 - Cuidados de higiene;
 - Imunização;
 - Estimulação para o desenvolvimento neuropsicomotor;
 - Prevenção de acidentes.
- Registrar:**
- As informações obtidas na anamnese e exame físico, orientações e tratamento no prontuário da criança na sua Carteira de Saúde, inclusive os gráficos de crescimento.

Fonte: BRASIL (2017); PARANÁ (s/d).

GRÁFICOS DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Estatura para a idade

Este indicador pode ajudar a identificar as crianças que estão abaixo da estatura ideal devido à desnutrição prolongada ou a repetidos episódios de doença. Crianças que são altas para a sua idade também podem ser identificadas, mas uma altura elevada raramente é um problema, a menos que seja excessiva, podendo refletir desordens endócrinas incomuns.

Peso para a idade

O peso para a idade reflete o peso corporal em relação à idade da criança em um determinado dia. Este indicador é usado para avaliar se uma criança está com baixo ou muito baixo peso, mas não pode ser utilizado, de forma isolada, para

classificar uma criança como estando com sobrepeso ou obesidade. É importante notar também que uma criança pode ter baixo peso, quer por um baixo comprimento ou estatura (nanismo), quer por magreza, ou por ambos.

Por altura

Este índice expressa a harmonia entre as dimensões de peso e altura. É sensível para o diagnóstico de excesso de peso, necessitando medidas complementares para o diagnóstico preciso de sobrepeso e obesidade.

Índice de Massa Corporal (IMC)

- a. Deve ser calculado em toda consulta de puericultura;
- b. $\text{Peso}/[(\text{Altura}) \times (\text{Altura})]$;
- c. É um indicador especialmente útil para a triagem de sobrepeso e obesidade. Os gráficos de IMC para a idade e de peso para estatura/comprimento mostram resultados muito similares;
- d. Pontos de corte de IMC:
 - Menor que percentil 3 – Baixo IMC;
 - Maior ou igual a 3 e inferior a 85 – IMC adequado ou eutrófico;
 - Maior ou igual ao percentil 85 e menor que 97 – sobrepeso;
 - Maior ou igual ao percentil 97 – obesidade.

São fundamentais para o acompanhamento do crescimento da criança as medidas antropométricas de peso e altura, assim como a relação entre elas, peso em relação altura, e o índice de massa corpórea. Tais indicadores de crescimento, embora numéricos, são extremamente sensíveis do ponto de vista socioeconômico, remetendo-nos a importantes questões envolvidas no desenvolvimento infantil, como as condições de saúde e de vida da família.

CONDUTAS PARA AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

A avaliação é baseada nas curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS), cujos gráficos de crescimento e desenvolvimento permitem acompanhar a antropometria e o desenvolvimento motor, social e cognitivo das

mesmas. Os gráficos encontram--se nas carteiras de vacina para registro e orientação do seguimento da criança e família. O desenho da curva de crescimento (ascendente, retilínea ou descendente) orienta a conduta a ser tomada em cada caso. No Quadro 2, a seguir, estão descritas as condutas para avaliação do crescimento.

Quadro 2 - Condutas diante do crescimento da criança

Posição na curva do crescimento por score-z	Impressão Diagnóstica	Diagnóstico Nutricional (IMC)	Conduta
Entre -2 e +2 e curva ascendente.	Peso/altura adequado para a idade.	Eutrófico $Z \geq -2$ e $+1$	Seguir rotina de consultas conforme calendário.
Entre $Z \geq -3$ e < -2 $Z < -3$	Peso/altura baixo para a idade	Magreza Magreza acentuada	<p>Em menores de 2 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Investigar possíveis causas: desmame precoce, alimentação complementar inadequada para a idade, intercorrências clínicas; Orientar sobre e avaliar a amamentação e a introdução complementar de alimentos; No período de seguimento, se a criança não ganhar peso (curva reta ou descendente), solicitar avaliação e acompanhamento de outros



			<p>profissionais da equipe (médico, nutricionista);</p> <p>Agendar o retorno da criança no intervalo máximo de 15 dias. Em maiores de 2 anos: • Investigar possíveis causas, com atenção especial para a alimentação, intercorrências infecciosas, cuidados com a higiene física e mental da criança (principalmente o afeto e a higiene); • Tratar as intercorrências clínicas, se houver; • Solicitar o acompanhamento multiprofissional se for o caso (curva reta ou descendente); • Agendar nova consulta em intervalo máximo de 15 dias.</p>
Entre +2 e +3 Escore z > +3	Peso/altura acima do esperado para a idade	Obesidade (acima de 5 anos) e sobrepeso (de 0 a 5 anos). Obesidade grave (acima de 5 anos) e obesidade (de 0 a 5 anos).	<ul style="list-style-type: none">• Verificar erros alimentares;• Identificar a dieta da família;• Realizar avaliação clínica da criança (atentar para circunferência abdominal, pressão arterial e solicitar avaliação de perfil lipídico e glicêmico);• Orientar a mãe ou o



			<p>cuidador sobre a alimentação adequada;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar as atividades de lazer das crianças, o tempo em frente às telas e os games; • Estimular as atividades físicas; • Encaminhar para acompanhamento multiprofissional se for o caso; • Se curva descendente em direção à zona de normalidade (entre -2 e 2), manter acompanhamento e condutas ofertadas.
--	--	--	---

Fonte: BRASIL (2012).

Quadro 3 - Avaliação do desenvolvimento: orientação para tomada de decisão

Dados de avaliação	Impressão Diagnóstica	Conduta
Perímetro cefálico < -2 escores Z ou >+2 escores Z. Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas ou ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior.	Provável atraso no desenvolvimento.	Referir para avaliação neuropsicomotora.
Ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento para a sua faixa etária.	Alerta para o desenvolvimento	Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança. Marcar consulta de retorno em 30 dias.
Todos os marcos para o desenvolvimento estão presentes, mas existem um ou mais fatores de risco	Desenvolvimento normal com fatores de risco.	Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta.
Todos os marcos para a faixa	Desenvolvimento normal.	Elogiar a mãe/cuidador. Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança.



etária estão presentes.

Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta.

Fonte: BRASIL (2012).

CALENDÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DAS CRIANÇAS:

- Realizar visita domiciliar nos primeiros 7 dias após a alta;
- Recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano devida, sendo intercaladas entre medico e enfermeiro (1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês);
- Realizar no mínimo, 2 consultas individuais no segundo ano de vida;
- Realizar no mínimo, 1 consulta individual do terceiro ao quinto ano de vida;

Para crianças de risco intermediário e alto risco, recomenda-se que as consultas de puericultura sejam mais frequentes em relação as crianças de baixo risco, devendo seguir o calendário abaixo:

Tabela 1: Calendário de consultas de puericultura na APS.

ER	1ª sem	1º m	2º m	3º m	4º m	5º m	6º m	7º m	8º m	9º m	10º m	11º m	12º m	15º m	18º m	21º m	24º m
RH	X	X	X		X		X			X			X		X		X
RI	X	X	X	X	X	X	X		X		X		X	X	X	X	X
AR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

As crianças de alto risco devem ser estratificadas seguindo as recomendações da Linha de Cuidado materno Infantil – PR e Estratificação de Risco de Criança no paraná (Aprovada na CIB/PR em 28/04/2021) e vinculadas ao ambulatório de alto risco do Consórcio Intermunicipal de Saúde Vale do Iguaçu- CISVALI.

CONSULTA DE ENFERMAGEM

- Realizar anamnese e exame clínico;
- Avaliar presença de fatores de risco;
- Avaliar: crescimento, desenvolvimento e estado nutricional;
- Avaliar e orientar quanto  imunização;

- Preencher: gráfico de peso, estatura e perímetro cefálico, Cartão da Criança e prontuário.

- Orientar sobre as doenças e intercorrências.

- Orientar: alimentação e higiene.

-Exame físico:

- Verificar peso, altura e perímetro cefálico;
- Verificar presença de má-formações;
- Palpar fontanelas;
- Fazer avaliação céfalo-podálico;
- Realizar os reflexos primitivos
- Observar se a pega na mama está satisfatória;
- Avaliar esquema vacinal.

-Cabeça e fontanelas:

- Cabeça: Observar e registrar formato e simetria do crânio, da face e integridade do couro cabeludo.
- Fontanelas: a fontanela anterior (bregmática) mede ao nascer de 4 a 6 cm e fecha entre 4 a 26 meses. A posterior (lambidóide), mede de 1 a 2 cm e fecha por volta de 2 meses.

- Olhos, visão e ouvidos:

- Olhos: avaliar presença e aspecto de secreção, lacrimejamento, fotofobia, anisocoria, exoftalmia, microftalmia, cor da esclerótica, estrabismo, entre outros.
- Visão: avaliar aspecto e simetria dos olhos, presença da visão através da observação dos reflexos visuais.
- Ouvidos: observar a forma, alterações, implantação das orelhas.

- Pescoço e coluna vertebral:

- Pescoço: inspeção e palpação de gânglios cervicais, submandibulares e retroarticulares. Descrever características: tamanho, consistência, dor, mobilidade, aderência, avaliar rigidez da nuca.
- Coluna vertebral: examine toda a coluna em especial a área lombosacra, percorrendo a linha média.

-Tórax, pulmão e coração:

- Tórax: observar forma, simetria, sinais de raquitismo e mamas.
- Pulmão: observar a presença de tiragem, tipo respiratório, ritmo, expansibilidade torácica e uso de músculos acessórios.



- Coração: observar a presença de cianose labial, de extremidades e edema.

- Abdômen:

Observar alterações globais de forma, volume e abaulamento localizado, presença de hérnias umbilicais. As hérnias costumam fechar espontaneamente até 2 anos de idade. Examinar o coto umbilical observando a presença de secreção e hiperemia. A mumificação completa ocorre aproximadamente entre o 6º e 10º dia de vida.

- Genitália e reto:

- Meninos: Observar e registrar a presença de alterações (fimose, testículos ectópicos, hidrocele, posicionamento anômalo da uretra). Rastreamento para criptorquidia: Se os testículos não forem palpáveis na primeira consulta ou forem retráteis, o rastreamento deve ser realizado nas visitas rotineiras de puericultura.
- Meninas: Observar e registrar a presença de alterações (sinéquia, imperfuração de hímen, leucorreias e etc..) Obs: A presença de secreção vaginal, mucoide ou sanguinolenta pode ocorrer nos primeiros dias de vida.

- Ânus e reto:

Verifique a permeabilidade anal.

- Pés:

- Identifique a provável presença de pé torto, polidactilia e sindactilia.

MARCOS IMPORTANTES NO DESENVOLVIMENTO DO LACTENTE

Idade	Avaliação do Crescimento					Dados vitais	Avaliação do DNPM		
	Peso	Est	imc	PC	CA		Reflexos		Marcos
1ª semana	X	X	X	X	X	FC,FR,T	Sucção palmar e plantar, Pupilar	Preensão	É característico dormir de 18 a 20 horas ao dia
30 dias	X	X	X	X	X	FC,FR,T	Sucção palmar e plantar, Pupilar, Marcha Reflexa	Preensão Moro,	Percepção melhor de um rosto, medida com base na distância entre o bebê e o seio materno.
2 meses	X	X	X	X	X	Se necessário	Sucção palmar e plantar, Pupilar, Moro, Busca, Babinski.	Preensão	Sorriso social; ampliação do campo de visão.



3 meses	X	X	X	X	X	FC,FR,T	Sucção Preensão palmar e plantar, Pupilar, Moro, Propulsão.	Fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros; visualiza e segue objetos com o olhar.
4 meses	X	X	X	X	X	Se necessário	Preensão plantar, Pupilar, Propulsão.	Vira a cabeça na direção de uma voz ou de um objeto sonoro. Início da lateralização.
5 meses	X	X	X	X	X	Se necessário	Preensão plantar, Pupilar, Propulsão.	Segura e troca o objeto de mão. Vira de um lado para o outro.
6 meses	X	X	X	X	X	FC,FR,T	Preensão plantar, Pupilar, Propulsão, Paraquedas.	Senta-se com apoio. Desloca- -se em superfície lisa.
9 meses	X	X	X	X	X	FC,FR,T	Ações voluntárias.	Entre 6 e 9 meses: o bebê arrasta-se, engatinha. Entre 6 e 8 meses: o bebê apresenta reações a pessoas estranhas. Movimento de pinça.
12 meses	X	X	X	X	X	FC,FR,T	Ações voluntárias	Entre 9 meses e 1 ano: o bebê engatinha ou anda com apoio. Em torno do 10º mês: o bebê fica em pé sem apoio. Possui a acuidade visual de um adulto.
18 meses	X	X	X	X	X	FC,FR,T	Ações voluntárias	Anda sozinho. Pode correr ou subir degraus baixos.
24 meses	X	X	X	X	X	FC,FR,T	Ações voluntárias	Diz seu próprio nome e nomeia objetos como seus. Reconhece-se no espelho e brinca de faz de conta. Início do controle de esfíncter. Executa



								atividades sem perder o equilíbrio.
3 anos	X	X	X	X	X	FC,FR,T, PA	Ações voluntárias	Veste-se com auxílio. Dança, amontoa objetos, reproduz um círculo. Pergunta e compreende a maior parte das palavras e frases. Usa o não.
4 anos	X	X	X	-	X	FC,FR,T, PA	Ações voluntárias	Conta ou inventa pequenas histórias. O comportamento da criança é predominantemente egocêntrico; porém, com o passar do tempo, outras crianças começam a se tornar importantes. Anda na ponta dos pés. Realiza tarefas simples. Imita uma cruz e desenha um boneco com cabeça e tronco. Reconhece três cores. Pergunta os porquês.
5 anos	X	X	X	-	X	FC,FR,T, PA	Ações voluntárias	Fala de modo inteligível, sabe a idade e sexo, desenvolvimento motor completo, desenha um boneco completo, copia quadrado e triângulo, conta nos dedos. Adquire motricidade fina. Aparecem os medos. Início da lateralização e compreensão de tempo e espaço.

Legenda: Est. – estatura; IMC – Índice de Massa Corporal; PC – Perímetro Cefálico; CA- Circunferência Abdominal; DNPM – Desenvolvimento neuropsicomotor; FC – Frequência cardíaca; FR – Frequência Respiratória; T - Temperatura; PA – Pressão Arterial. Fonte: (BRASIL, 2012; PARANÁ, s/d).

O Quadro 9, a seguir, descrevem-se as principais queixas clínicas durante a consulta na infância e as condutas sugeridas.

Achados Clínicos	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Prescrição de Medicamentos
Alergia dermatológica com prurido e/ou inflamação de pele.	Alergia a picada de inseto. Miliária (Brotoeja).	Orientar para não coçar; Controle da alergia; Manter unhas curtas; Orientar quanto ao uso de mosquiteiro e repelente; Evitar agasalhar a criança em excesso, dar banho para refrescar, aplicar compressas de chá de camomila na pele.	Betametasona creme, uma vez ao dia, no local da picada por, no máximo uma semana.
Presença de Assaduras.	Dermatite de Fraldas ou Amoniacal.	Orientar o cuidador quanto à higiene e banhos, à troca frequente de fraldas e, caso use fraldas de tecidos, os cuidados com lavagem e secagem das mesmas;	Óxido de zinco + vitaminas A e D pomada, a cada troca de fraldas.



		<p>Secar bem a região após o banho e a cada troca de fraldas;</p> <p>Evitar o uso de calças plásticas;</p> <p>Expor o períneo ao sol durante o banho de sol diário;</p> <p>Orientar quanto ao uso de sabão neutro em substituição ao uso de amaciantes e sabão em pó.</p>	
Introdução alimentar e suplementação vitamínica.	<p>Alteração na dieta de somente leite (materno ou artificial) para complementação da dieta com outros alimentos.</p>	<p>Orientar o cuidador para o preparo adequado dos alimentos conforme idade da criança;</p> <p>Orientar o cuidador no preparo de um prato colorido (alimentos);</p> <p>Orientar o cuidador a preparar um ambiente de refeições agradável;</p> <p>Orientar a criação de rotina para alimentação em família;</p> <p>Orientar a suplementação de vitaminas.</p>	<p>Vitamina A (somente para crianças cujo polivitamínico não contenha vitamina A):</p> <p>Crianças: 6 – 11 meses/100.000 UI/1 dose</p> <p>Crianças: 12 – 59 meses/200.000 UI/ Uma vez a cada 6 meses</p> <p>Administrar de 200 a 400UI/dia de vitamina D a crianças que apresentam os seguintes fatores de risco: prematuridade, pele escura,</p>



			<p>exposição inadequada à luz solar e filhos de mães vegetarianas estritas que estejam sendo amamentados.</p> <p>Ferro:</p> <p>RN a termo, Peso adequado p/ IG, em aleitamento materno: 1mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 6º mês (ou da introdução de outros alimentos) até o 24º mês de vida.</p> <p>Em fórmula infantil > 500 mL/dia: não recomendado RN prematuro e/ou de baixo peso até 1.500 g: 2mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 30º dia até 1 ano.</p> <p>Após, 1 mg/kg/dia até 2 anos.</p>
Cólica	Cólica Dor aguda	Pegar o bebê no colo, enrolar a criança em uma posição de conforto com uma	Para bebês amamentados: probiótico Lactobacillus reuteri



		<p>manta; flexionar as coxas do bebê sobre a barriga (movimento de pedalar bicicleta lentamente); dar um banho morno ou aplicar compressas na barriga; reduzir estímulos para o bebê (muito barulho ou excesso de pessoas); estabelecer uma rotina para banho, sono, passeio e outras atividades; não utilizar chás; não trocar marcas de leite em caso de alimentar com fórmulas; não usar medicamentos por conta própria; pesquisar alimentação da mãe se aleitamento exclusivo, orientar a mãe a observar aumento na presença de cólicas após a ingestão de determinado alimento e a evitá-lo, principalmente a ingestão de leite e</p>	<p>(cepa DSM 17938), 5 gotas ao dia. A ingestão de 5 gotas fornece 108 UFC(100.000.000 de Unidades Formadoras de Colônia) de Lactobacillus reuteri DSM 17938 vivos. Misturar em leite materno em temperatura ambiente. Não misturar Lactobacillus reuteri com líquidos quentes, pois poderá danificar o Lactobacilo. Para bebês alimentados com fórmula: mudar para uma fórmula hidrolisada.</p>
--	--	--	--



		seus derivados.	
Constipação ou Defecação prejudicada.	Obstipação: Quando há ≤ 2 evacuações por semana; ao menos um episódio de incontinência fecal por semana; história de postura retentiva ou retenção fecal voluntária excessiva; história de movimentos intestinais dolorosos; presença de extensa massa fecal no canal retal; história de fezes calibrosas que podem obstruir o vaso sanitário.	Para crianças em alimentação complementar: Orientar dieta rica em fibra, fruta laxativa, verdura crua e cereal integral; Orientar o cuidador sobre o aumento da ingesta hídrica da criança e evitar o consumo de alimentos fermentativos; Estimular a deambulação e a prática de atividades físicas, dentro dos limites de tolerância; Orientar o cuidador a avaliar o acesso da criança ao banheiro, bem como sua privacidade; Orientar o cuidador para estimular a criança criar o hábito intestinal (rotina)	Supositório de glicerina 1x ao dia, caso as medidas orientadas não deem resultado, Para descompactação de fezes acumuladas. Para prevenção de novas retenções: Polietilenoglicol (PEG) 0,5g/Kg/dia e Lactulose 1mL/Kg/dia.
Coriza	Secreção nasal. Congestão	Orientar o cuidador quanto a higienizar as narinas com lenços	Solução nasal de soro fisiológico, 3 a 4 vezes ao dia.



	nasal.	descartáveis ou papel higiênico macio.	
Limpeza do Coto umbilical.	Padrão de Higiene do coto umbilical comprometida Granuloma umbilical Integridade cutaneomucosa .	Orientar a mãe/cuidador sobre a higiene. Avaliar sinais de infecção. Examinar e palpar periferia do coto. Encaminhar para avaliação médica se presença de hérnia. Supervisionar queda do coto.	Álcool a 70% no local a cada troca de fraldas. Realizar na unidade de saúde, diariamente, a cauterização com nitrato de prata bastão, se granuloma.
Calendário vacinal incompleto.	Calendário vacinal incompleto. Estado vacinal atrasado.	Avaliar o calendário vacinal e registrar as vacinas faltantes. Relatar reações adversas anteriores. Orientar a mãe/cuidador sobre a importância do calendário vacinal em dia.	Prescrever os imunobiológicos incompletos e encaminhar à sala de vacinas.
Gengiva grossa e/ou coceira na gengiva.	Dentição decídua.	Orientar o cuidador a massagear a gengiva com gaze umedecida com soro fisiológico frio. Orientar uso de mordedor frio. Encaminhar a criança para atendimento	Soro Fisiológico.



		odontológico.	
Febre	Hipertermia	<p>Orientar mãe ou cuidador para:</p> <p>Ventilar o ambiente.</p> <p>Vestir roupas leves;</p> <p>Usar compressas mornas a frias na região axilar e inguinal;</p> <p>Verificar a temperatura após aplicar as compressas;</p> <p>Orientar banho morno de imersão por dez minutos;</p> <p>Orientar o cuidador para monitorar quanto o aumento da ingestão de líquidos;</p> <p>Orientar o cuidador a verificar temperatura corporal de seis em seis horas ou quando necessário;</p> <p>Orientar o cuidador para observar o surgimento de sinais e sintomas de alerta;</p> <p>Orientar retorno em 24 horas se a febre persistir.</p>	<p>Dipirona 500mg 1 gota por quilo de peso ou</p> <p>Paracetamol 200mg 1 gota por quilo de peso, via oral, até de 6/6hs.</p>
Mucosa oral	Candidíase oral	Orientar limpeza da	Nistatina via oral, 1 a



alterada		<p>cavidade oral da criança com gaze úmida com água, principalmente após a amamentação e antes de administrar a nistatina.</p> <p>Orientar a limpeza das mãos da mãe/cuidador antes de alimentar a criança.</p> <p>Orientar para enxaguar os mamilos e secá-los ao ar após as mamadas.</p> <p>Expor os mamilos à luz por, pelo menos, alguns minutos ao dia.</p> <p>Orientar a limpeza de objetos que podem ser levados a boca pela criança.</p> <p>Eliminar o uso de chupetas e bicos de mamadeira ou fervê-los por 20 minutos pelo menos uma vez ao dia, quando não for possível a sua retirada.</p>	<p>2 mL, 3 vezes ao dia, por duas semanas.</p> <p>Podem ser usados também clotrimazol, miconazol ou cetoconazol por duas semanas.</p> <p>Em crianças amamentadas ao seio materno, a mãe também deve receber tratamento tópico na mama.</p> <p>Violeta de genciana a 0,5% pode ser usada nos mamilos da mãe e nas aréolas e na boca da criança uma vez por dia por 3 a 4 dias.</p>
-----------------	--	--	---

Fonte: Brasil (2012); Brasil (2013); Brasil (2014); Jeremy et al. (2015); Biagioli et al. (2016); Viera et al.(2015); Paraná (2011-2017); Vaz et al. (2017); Fernandes (2019).

SAÚDE DA MULHER

O Ministério da Saúde com a finalidade de organizar a rede assistencial normatizou as práticas de saúde através da criação de vários programas, entre eles o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, que introduz a perspectiva da atenção à mulher em todas as fases de sua vida (desde a adolescência até a terceira idade), objetivando a assistência integral a saúde da mulher, considerando sua individualidade, necessidades e direitos.

PRÉ-NATAL

Prestar assistência Pré-Natal adequada e eficaz com acesso facilitado, possibilitando a detecção precoce e acompanhamento de qualquer agravo que comprometa o binômio mãe-filho.

O acesso à assistência pré-natal é um indicador importante do prognóstico ao nascimento, sendo recomendadas consultas mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo.

O acompanhamento pré-natal de baixo risco pelo enfermeiro na rede básica de saúde é respaldado pelo MS e a Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87. Dentre as atribuições do enfermeiro nas equipes de Atenção Básica (AB), são preconizadas a assistência humanizada à mulher desde o início de sua gravidez, a solicitação de exames complementares e testes rápidos e a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e de rotina aprovada pela instituição de saúde.

CONSULTA PRÉ-NATAL:

O enfermeiro tem papel fundamental na captação precoce das gestantes para o pré-natal. Preferencialmente, o pré-natal deve ser iniciado até a 12ª semana de gestação com acolhimento e classificação de risco, observando-se as singularidades e vulnerabilidade das gestantes para encaminhamentos, caso necessário, à equipe multiprofissional. Dentre as atribuições do enfermeiro nas equipes de AB, está incluído o atendimento ao pré-natal. É preconizada a assistência de forma humanizada, com a realização de consultas de enfermagem,

solicitação de exames, realização de testes rápidos e prescrição de medicamentos, previamente estabelecidos nas políticas de saúde e protocolos instituídos pela gestão municipal.

A Primeira consulta de pré-natal deverá ser realizada pelo enfermeiro, onde este deverá:

- Realizado o cadastro da gestante no sistema;
- Fornecer cartão da gestante com o máximo de informações possíveis;
- Solicitar exames laboratoriais do primeiro trimestre de gestação (hemograma, glicemia, grupo sanguíneo e Fator Rh, Toxoplasmose IgM, IgG, antiHbsAg, parcial de urina, urocultura com antibiograma, VDRL, TSH, parasitológico de fezes).
- Solicitar USG transvaginal obstétrica (até 12 semanas de gestação), ou USG Obstétrica (a partir de 12 semanas de gestação);
- Realizar testes rápidos de HIV, Sífilis, Hepatites B e C;
- Coletar exame de eletroforese de hemoglobina;
- Encaminhar para ambulatório de alto risco e para atenção secundária/terciária quando necessário.
- Verificar comprovante de vacinação antitetânica. Na ausência de história vacinal, iniciar esquema. Quando incompleta, completar esquema de até 3 doses. Aplicar 1 dose de reforço quando a última dose de vacina foi há mais de 5 anos, segundo calendário vacinal.
- Verificar comprovante de vacinação contra Hepatite B. Na ausência de história vacinal, iniciar esquema. Quando incompleta, completar esquema de até 3 doses.
- Agendar para 30 semana a vacina DTPa;
- Prescrever e orientar o uso de sulfato ferroso e ácido fólico;
- Se necessário realizar coleta de exame citopatológico;

Também durante o pré-natal cabe ao profissional enfermeiro:

- Assegurar a contracepção no puerpério, com anticoncepcional oral ou injetável que não interfira no aleitamento materno.
- Realizar quadrimestralmente grupos de gestantes com reunião para orientações das transformações da gravidez, parto, cuidados com o recém nato e importância no aleitamento materno.
- Registrar no prontuário eletrônico qualquer intercorrência com a gestante ou gestação.

- Fazer visita domiciliar para orientações ou busca ativa quando faltosa há agendamentos.

REALIZAR EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO NO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

EXAME FÍSICO GERAL:

- Medir e monitorar peso para avaliar o estado nutricional da gestante;
- Medir estatura;
- Calcular Índice de Massa Corporal - IMC mensalmente;
- Monitorar pressão arterial;
- Monitorar frequência cardíaca, se necessário;
- Medir temperatura axilar, se necessário;
- Inspeccionar pele e mucosas;
- Palpar tireóide;
- Realizar ausculta cardiopulmonar;
- Palpar gânglios axilares e inguinais;
- Monitorar presença de edemas (face, tronco, membros);

EXAME FÍSICO ESPECÍFICO:

- Examinar mamas e incentivar aleitamento materno;
- Medir a altura do fundo uterino e comparar com a IG;
- Auscultar e monitorar batimentos cardíofetais;
- Realizar palpação obstétrica;
- Inspeccionar os genitais externos;
- Realizar exame especular, quando necessário.

O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma:

- Até 28ª semana – mensalmente;
- Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;
- Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

As consultas podem, também, serem agendadas conforme necessidade médica ou do enfermeiro.

PUERPÉRIO:

VISITA DOMICILIAR:

Até sete dias após da alta hospitalar realizar visita domiciliar, preferencialmente até 5º dia, para o RN e puérpera, verificando o vínculo mãe/RN, aceitação, apoio familiar, amamentação, as condições de moradia, se há local adequado para o RN, condições de higiene, saneamento básico, e demais condições que interfiram nos cuidados com o RN priorizando aqueles de maior vulnerabilidade.

- Consulta puerperal:

A 2º consulta deve ser realizada em até 42 dias após o parto:

- Verificar no cartão de Pré-Natal e da criança:
- Acompanhamento pré-natal (condições da gestação);
- Atendimento ao parto e ao RN;
- Avaliar a situação das sorologias para sífilis e HIV;
- Verificar uso de suplementação vitamínica e/ou outros medicamentos;
- Dados do parto: data, tipo de parto, indicação de parto operatório, intercorrências no trabalho de parto, parto e pós-parto como febre, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização Rh.
- Anamnese:
 - Identificar as principais queixas.
 - Avaliar o aleitamento materno, alimentação, sono e atividades físicas.
 - Observar Situações de vulnerabilidade social e condições psicoemocionais, atenção para alterações emocionais.
 - Dor, fluxo vaginal, sangramentos, queixas urinárias e febre.
- Abordar planejamento da vida sexual e reprodutiva (orientar sobre DIU e anticoncepcionais orais/injetáveis), prescrevendo o método mais adequado.
- Avaliação clínica-ginecológica:
 - Estado geral: estado de consciência, situação psicológica, pele, edema;
 - Exame abdominal: atentar para avaliar a involução uterina e dor à palpação, e incisão cirúrgica se cesárea;
 - Exame ginecológico: observar loquiação, lacerações, equimoses, edemas, episiotomia na vagina, vulva e períneo.
 - Avaliar sinais vitais, mucosas, mamas, MMII (varizes, edema, sinais de flebite);
 - Observar vínculo mãe – RN;
 - Anotar os dados da consulta no prontuário e no cartão da gestante;

- Encaminhamentos: avaliar a situação vacinal;
- Orientar retornos de rotina.
- Encerrar o PRE NATAL.

PLANEJAMENTO FAMILIAR

As ações de planejamento reprodutivo são voltadas para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos e se baseiam em ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações e dos meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade. O planejamento reprodutivo deve ser orientado à mulher e parceiro durante a consulta pelo enfermeiro.

A assistência em anticoncepção pressupõe a oferta de todas as alternativas de métodos anticoncepcionais disponíveis na atenção básica, bem como o conhecimento de suas indicações, contra-indicações e implicações de uso, garantindo à mulher ou ao casal os elementos necessários para a opção livre e consciente do método que a eles melhor se adapte.

O profissional enfermeiro deve:

- Realizar consulta de enfermagem para avaliação e indicação do método contraceptivo;
- Pesquisar o uso de método contraceptivo em toda mulher em idade fértil;
- Escolher um local apropriado, de maneira a não expor o usuário a nenhum tipo de constrangimento;
- Orientar quanto aos cuidados com o uso, indicações e contra indicações de cada método;
- Encaminhar toda a paciente para coleta de citopatológico, segundo rotinas da unidade de saúde;
- Fornecer cartão de Planejamento Familiar.

Oferecer todos os métodos disponíveis na U.S.

- **Naturais** – Temperatura, tabela, Billings. Devem ser indicados se houver, claro, entendimento por parte da paciente e se a mesma sujeitar-se ao período de abstinência. É fundamental a colaboração do companheiro.
- Barreira** – Fornecer preservativos.
- Orientar que retornem sempre que necessário.

- **Hormonais** – Pílulas anticoncepcionais e injetáveis.
- Indicar inicialmente pílulas de baixa dosagem, ou na impossibilidade desta, alta dosagem.
- Inscrever a paciente no programa de Planejamento Familiar.
- Observar sempre as contra indicações do contraceptivo oral e injetável.
- Se puérpera, em aleitamento materno exclusivo, fornecer Micronor ou Norestin.

RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

EXAME CITOPATOLÓGICO

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero, é passível de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente e realizada intervenção oportuna.

O início da coleta deve ser aos 25 anos para as mulheres que já iniciaram atividade sexual. Os exames periódicos devem seguir até os 64 anos. Após dois exames consecutivos anuais normais, considerar o tempo máximo para coleta de três anos e o mínimo de 1 ano. O exame citológico cérvico-vaginal somente deve ser realizado em mulheres que já tiveram ou tenham atividade sexual.

A equipe de enfermagem deve:

1. Estimular todas as mulheres, especialmente as de vida sexualmente ativa, que vierem à Unidade de Saúde por qualquer motivo, para coleta do citopatológico, orientando sobre a importância do exame.
 2. Agendar o exame para o médico, enfermeira;
 3. Durante a consulta atender para os antecedentes gineco-obstétricos e método contraceptivo usado. Encaminhar para planejamento familiar se necessário.
 4. Se houver sintomatologia importante ou o exame físico for conclusivo para alguma patologia específica, tratar segundo o protocolo do Ministério da Saúde. Caso contrário, aguardar o resultado.
- H.P.V., AGUS, ASCUS, NIC I, NIC II, NIC III, Ca “in situ”, Ca “Invasivo”, encaminhar para CISVALI, via TFD;
5. Fazer busca ativa de toda paciente com resultado de exame alterado. Em caso de alteração da colposcopia, segue como rotina protocolo de atendimento de média complexidade.

6 . Solicitar exame de mamografia e US de mamas, se necessário.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

- Usuárias com transtorno mental e menor de idade: solicitar presença de um membro da família;
- Histerectomia subtotal: rotina normal;
- Mulheres com IST: devem ser submetidas à citopatologia mais frequentemente pelo seu maior risco de serem portadoras do câncer do colo do útero ou de seus percussores. Já as mulheres com condilomas em genitália externa não necessitam de coletas mais frequentes do que as demais, salvo em mulheres imunossuprimidas.
- Mulheres com mais de 64 anos que nunca se submeteram ao exame de citopatológico, devem-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos, se ambos os exames forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas dos exames adicionais.

RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

O enfermeiro tem importante papel na promoção da saúde da mulher e prevenção do câncer de mama, por meio de orientações e encaminhamentos. Conforme a Nota Técnica do Instituto Nacional de Câncer de 2009, o enfermeiro tem autonomia para solicitação da mamografia de rastreamento.

O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento do câncer de mama através da mamografia, em mulheres com idades entre 50 e 69 anos, com periodicidade bienal.

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Alterações sugestivas de câncer de mama:

- Qualquer nódulo mamário: a descrição de nódulos deve incluir informações quanto ao tamanho, consistência, contorno, superfície, mobilidade e localização.
- Alteração unilateral na pele da mama, como: eczema, edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea, distorções ou ulcerações do mamilo.
- Descarga papilar sanguinolenta, aquosa ou serosanguinolenta unilateral e espontânea: secreções poliductais, bilaterais e que são eliminadas com a expressão mamilar, são associadas às condições benignas.
- O autoexame das mamas não é indicado como estratégia para redução da mortalidade, mas a paciente precisa ser orientada pelo profissional quanto a

ocorrência de sinais sugestivos de câncer de mama, como: nódulo ou espessamento que pareçam diferentes do tecido das mamas; mudança no contorno das mamas (retração, abaulamento); mudanças no mamilo (retração e desvio); secreção espontânea pelo mamilo (principalmente se for unilateral).

- O enfermeiro poderá solicitar mamografia de rastreamento e aproveitar a oportunidade de coleta do exame de rastreamento do câncer de colo do útero para realizar exame clínico das mamas.

INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns no Brasil e em todo o mundo, sendo atualmente considerado o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV. Algumas IST's quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até mesmo para o óbito.

A abordagem sindrômica é adotada pelo Ministério da Saúde, pois classifica os principais agentes etiológicos, segundo as síndromes clínicas por eles causados; utiliza fluxogramas que ajudam o profissional a identificar as causas de uma determinada síndrome; indica o tratamento para os agentes etiológicos mais frequentes na síndrome; inclui atenção dos parceiros, o aconselhamento e a educação sobre redução de risco, a adesão ao tratamento e o fornecimento e orientação para utilização adequada de preservativos, além da oferta da sorologia para sífilis, hepatites e para o HIV.

Abordagem às pessoas com IST

A anamnese, a identificação das diferentes vulnerabilidades e o exame físico devem constituir importantes elementos diagnósticos das IST. Os profissionais de saúde necessitam conhecer a anatomia e a fisiologia do trato masculino e feminino. Durante o exame físico procede-se, quando indicado, à coleta de material biológico para exame laboratorial. Sempre que disponíveis, devem ser realizados exames para triagem de gonorreia, clamídia, sífilis, HIV e hepatites B e C, precedidos de uma abordagem profissional adequada. A notificação compulsória dessas infecções deve fazer parte da atenção às pessoas com IST.

Incluiu em sua lista de doenças passíveis de notificação as seguintes: Cancro mole, Candidíase, Donovanose, Herpes genital, HPV/condiloma acuminado, HTLV,

Infecção por clamídia, Sífilis primária, Sífilis secundária, Sífilis latente recente, Tricomoníase, Vaginose bacteriana. Os quadros sem definição etiológica poderão ser notificados pelo SINAN por meio das síndromes clínicas listadas abaixo: Síndrome de úlcera genital, Síndrome de corrimento uretral, Síndrome de corrimento vaginal, Síndrome de corrimento cervical, Síndrome de dor pélvica.

É necessário estabelecer uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a pessoa com IST para garantir a qualidade do atendimento e a adesão ao tratamento. Para tanto, deve-se promover informação/educação em saúde e assegurar um ambiente de privacidade, tempo e disponibilidade do profissional para o diálogo, garantindo a confidencialidade das informações.

Oferta de Preservativos

Os preservativos masculinos ou femininos devem ser oferecidos às pessoas sexualmente ativas como um método eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis, além de evitar gravidez. As orientações adequadas para a conservação e o uso correto e regular dos preservativos masculino e feminino devem fazer parte da abordagem.

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA(HAS)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Consulta de Enfermagem:

A consulta de enfermagem está ligada ao processo educativo e deve motivar a pessoa em relação aos cuidados necessários para a manutenção de sua saúde. Na prática, representa importante instrumento de estímulo à adesão às ações na Atenção Básica e tem sido fundamental no acompanhamento de pessoas com pressão arterial limítrofe e HAS, sensibilizando-as sobre a sua condição de saúde e pactuando com elas metas e planos de como seguir o cuidado. As medidas são

equivalentes às propostas para tratamento não medicamentoso da HAS, também chamadas de promoção de mudança no estilo de vida (MEV).

Modificações de estilo de vida para manejo da HAS.

Modificação	Recomendação	Redução da PA em mmHg
Redução do peso	Manter IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m ²	5 a 20
Alimentação Saudável	Rica em frutas e vegetais. Pobre em gordura total e saturada.	8 a 14
Atividade Física	Atividade aeróbica, por 30 minutos pelo menos, na maioria dos dias da semana.	4 a 9
Moderação no consumo do álcool	Aconselhável evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Quando não for possível, recomenda-se que consumo de álcool não ultrapasse 30ml de etanol/dia (90ml de destilados, ou 300ml de vinho ou 720ml de cerveja), para homens e, 15ml de etanol/dia para mulheres e indivíduos de baixo peso.	2 a 4

A consulta de enfermagem para pessoas com pressão arterial limítrofe tem o objetivo de trabalhar o processo de educação em Saúde para a prevenção primária da doença, por meio do estímulo à adoção de hábitos saudáveis de vida e também de avaliar e estratificar o risco para doenças cardiovasculares. De acordo com as necessidades e os resultados do acompanhamento da pessoa, esta poderá ser encaminhada para avaliação com nutricionista, psicólogo e/ou assistente social.

Coleta de dados

Coleta de informações referente à pessoa, à família e à comunidade, com o propósito de identificar suas necessidades, problemas, preocupações ou reações. O profissional deverá estar atento para:

- Identificação da pessoa (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade, lazer, religião, rede familiar, vulnerabilidades e potencial para o autocuidado);
- Antecedentes familiares e pessoais (agravos à saúde).
- Queixas atuais, principalmente as indicativas de lesão de órgão-alvo, tais como: tontura, cefaleia, alterações visuais, dor precordial, dispneia, parestesia, parestesias e edema e lesões de membros inferiores.
- Percepção da pessoa diante da patologia, do tratamento e do autocuidado.
- Medicamentos em uso e presença de efeitos colaterais.
- Hábitos de vida: alimentação; sono e repouso; atividade física, higiene; funções fisiológicas.
- Identificação de fatores de risco (diabetes, tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo e estresse).
- Presença de lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares: Doenças cardíacas: hipertrofia de ventrículo esquerdo; angina ou infarto prévio do miocárdio; revascularização miocárdica prévia; insuficiência cardíaca, Episódio isquêmico ou acidente vascular encefálico, Nefropatia, Doença vascular arterial periférica, Retinopatia hipertensiva.

Exame Físico:

- Altura, peso, circunferência abdominal e IMC;
- Pressão arterial;
- Frequência cardíaca e respiratória;
- Alterações de visão;
- Pele (integridade, turgor, coloração e manchas);
- Cavidade oral (dentes, prótese, queixas, dores, desconfortos, data do último exame odontológico);
- Tórax (ausculta cardiopulmonar) e abdômen;
- Membros superiores e inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas); pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas).

Estratificação do Risco Cardiovascular

Na consulta de enfermagem para a estratificação de risco cardiovascular, conforme Linha Guia do Paraná. A estratificação tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. Essa estimativa se baseia na presença de múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, níveis de HDLc e LDLc. A partir da estratificação de risco, selecionam-se indivíduos com maior probabilidade de complicações, os quais se beneficiarão de intervenções mais intensas.

Através da estratificação classifica os indivíduos por meio de pontuação nos seguintes graus de risco cardiovascular e auxilia na definição de condutas:

- **Baixo Risco:** quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser anual após orientá-los sobre o estilo de vida saudável.
- **Risco Intermediário:** quando existir 10%-20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser semestral após orientações sobre o estilo de vida saudável e, se disponível na unidade de saúde ou comunidade e se desejo da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em saúde.
- **Alto Risco:** quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo, tais como IAM, AVC/AIT, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e nefropatia. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe de alto risco poderá ser trimestral após orientações sobre o estilo de vida saudável e encaminhamento para o Ambulatório da Rede Cardiovascular no Cisvali.

O enfermeiro poderá renovar a receita de medicamentos anti-hipertensivos contanto que:

- A última receita tenha sido emitida por médico da atenção primária do município;
- A última receita apresentada pelo usuário (ou existente no prontuário) não esteja vencida há mais de 6 meses;
- Os critérios específicos para cada conjunto de medicamentos sejam observados e cumpridos;
- O paciente não apresente sintomas ou demandas que exijam avaliação médica imediata;
- O paciente não tenha recebido atendimento de urgência por quadro relacionado a HAS/DM, desde a última avaliação médica na unidade.

- O enfermeiro, conjuntamente à renovação da receita de medicamentos, realize o agendamento da próxima consulta para a reavaliação médica;
- O enfermeiro, no momento da consulta, cheque a adesão e os conhecimentos do usuário sobre o uso dos medicamentos prescritos e reforce as orientações de uso correto dos mesmos, incluindo orientações sobre dose, frequência de uso, interações medicamentosas e com alimentos, e possíveis efeitos colaterais;
- O enfermeiro, no momento da consulta ou outra atividade relacionada, oriente e incentive mudanças de estilo de vida;
- O paciente esteja presente à consulta;
- O paciente seja maior de 18 anos;
- Se o paciente possuir problemas cognitivos (mesmo que em decorrência de idade avançada), que o mesmo esteja acompanhado por responsável/cuidador;
- O paciente esteja com a pressão arterial controlada.

ATENÇÃO: O enfermeiro NUNCA deve iniciar tratamento para pessoas com hipertensão e diabetes; só poderá, na consulta de enfermagem, manter uma prescrição iniciada pelo médico.

DIABETE MELLITUS

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas, resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros.

Classificação Diabetes Mellitus

- **Diabetes tipo 1:** A apresentação do diabetes tipo 1 é em geral abrupta, acometendo principalmente crianças e adolescentes sem excesso de peso. Na maioria dos casos, a hiperglicemia é acentuada, evoluindo rapidamente para cetoacidose, especialmente na presença de infecção ou outra forma de estresse. Assim, o traço clínico que mais define o tipo 1 é a tendência à hiperglicemia grave e cetoacidose.
- **Diabetes tipo 2:** O DM tipo 2 costuma ter início insidioso e sintomas mais brandos. Manifesta-se, em geral, em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de DM tipo 2. No entanto, com a epidemia de obesidade

atingindo crianças, observa-se um aumento na incidência de diabetes em jovens, até mesmo em crianças e adolescentes.

Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos

Excesso de peso (IMC >25 kg/m²) e um dos seguintes fatores de risco:

- História de pai ou mãe com diabetes;
- Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos);
- História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg;
- Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL);
- Exame prévio de HbA1c ≥5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;
- Obesidade severa, acanthosis nigricans;
- Síndrome de ovários policísticos;
- História de doença cardiovascular;
- Inatividade física;

Consulta de enfermagem para acompanhamento do usuário com DM

A consulta de enfermagem ao portador de diabetes deve:

- Acolher e estabelecer vínculo de confiança com usuário/ família/cuidador;
- Avaliar a adesão ao tratamento e do alcance das metas instituídas;
- Investigar situação vacinal;
- Estimular o autocuidado;
- Monitorar as intercorrências;
- Verificar PA, peso e altura;
- Medir a circunferência abdominal;
- Estimular estratégias para o alcance das metas do tratamento;
- Estimular mudanças no estilo de vida e tratamento não medicamentoso;
- Orientar sobre o tratamento medicamentoso já prescrito prescrever subsequente;
- Orientar sobre a técnica de aplicação de insulina;
- Incentivar a participação nas atividades educativas e físicas;
- Incentivar a participação em atividades antitabagismo e desintoxicação alcoólica, se necessário.

Exame Físico:

- Avaliação céfalo caudal (atentar cavidade oral, integridade da pele, membros inferiores e pés);

- Peso, altura, circunferência abdominal, IMC (Índice de Massa Corporal);
- Sinais vitais;
- Sensibilidade de extremidades.

PÉ DIABÉTICO

A Síndrome do Pé diabético é consequência da insuficiência vascular (macro e microangiopatias) e neuropatias periféricas.

Fatores que predisõem ao dano tecidual do pé diabético

- Amputação prévia;
- Úlcera nos pés no passado;
- Neuropatia periférica;
- Deformidade nos pés;
- Doença vascular periférica;
- Nefropatia diabética (especialmente em diálise);
- Mau controle glicêmico;
- Tabagismo.

É recomendado que toda pessoa com DM realize o exame dos pés anualmente, identificando fatores de risco para úlcera e amputação. A consulta de acompanhamento de pessoas com DM deverá incluir uma rotina sistemática de avaliação da sensibilidade e da integridade dos pés com vistas a prevenir danos. Várias condições contribuem para a ulceração nos pés da pessoa com DM, das quais a neuropatia geralmente é o evento inicial mais importante, levando à formação de úlceras. Além da neuropatia, a pressão plantar excessiva e o trauma repetitivo também são causas de úlcera nos pés.

Consulta dos pés:

- Investigar sintomas neuropáticos positivos (dor em queimação ou em agulhada, sensação de choque) e negativos (dormência, controle glicêmico e complicações). Com o paciente descalço deve ser feita a avaliação dos calçados, se são apropriados, confortáveis e ajustados ao pé. É importante também observar seis características do calçado: estilo, modelo, largura, comprimento, material e redução das áreas de pressão.
- Orienta o uso de sapato tenha cano alto, couro macio que permita a transpiração dos pés, alargamento da lateral para acomodar as deformidades como artelhos em garra e hálux valgus e caso tenha salto, é recomendado que seja no estilo Anabela.

Calçados desgastados, com palmilhas deformadas, muito curtos ou apertados podem provocar vermelhidão, bolhas ou calosidades.

- Observar a higiene dos pés e corte das unhas, pele ressecada e/ou descamativa, unhas espessadas e/ou onicomicose, intertígio micótico, pesquisando-se a presença de bolhas, ulceração ou áreas de eritema. Diferenças na temperatura de todo o pé ou parte dele, em relação ao outro pé, podem indicar doença vascular ou ulceração.
- A palpação dos pulsos pedioso e tibial posterior deve ser registrada como presente ou ausente. Além do pulso é importante observar a temperatura, os pelos, o estado da pele e dos músculos. Ao verificar-se a ausência ou diminuição importante de pulso periférico, atrofia da pele e músculos, rarefação dos pelos, deve-se avaliar a necessidade de encaminhar a pessoa ao cirurgião vascular.
- Teste de sensibilidade protetora com monofilamento 10 g: a perda da sensação de pressão usando o monofilamento de 10 g é altamente preditiva de ulceração futura. Qualquer área insensível indica PSP. Recomenda-se que quatro regiões sejam pesquisadas: hálux (superfície plantar da falange distal) e as 1º, 3º e 5º cabeças dos metatarsos de cada pé, determinando uma sensibilidade de 90% e especificidade de 80%.

Exames a serem solicitados aos portadores de DM:

Os exames a seguir são necessários para o atendimento inicial e acompanhamento da pessoa com DM. A periodicidade destes exames dependerá do acompanhamento individual de cada paciente, considerando o alto risco cardiovascular para a pessoa com DM, o controle metabólico, as metas de cuidado e as complicações existentes.

- Glicemia de jejum e hemoglobina glicada;
- Colesterol total (CT), HDL e triglicérides (TG);
- Creatinina sérica;
- Exame de urina tipo 1 e, se necessário, microalbuminúria ou relação albumina/creatinina.

A glicemia de jejum e hemoglobina glicada sejam realizados duas vezes ao ano, nas situações em que a pessoa encontra-se dentro da meta glicêmica estabelecida e, a cada três meses, se acima da meta pactuada. Os demais exames poderão ser solicitados uma vez ao ano, considerando sempre as necessidades individuais.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

O enfermeiro poderá renovar as receitas de medicamentos por um período de seis meses, quer seja através de uma receita com duração deste tempo, ou através de múltiplas receitas com durações menores (contanto que a soma não ultrapasse os seis meses).

O enfermeiro não deve remover da receita uma medicação prescrita pelo profissional médico, ou alterar a dose/posologia das medicações prescritas. Pacientes que fazem uso de insulinas devem passar por consulta médica.

O enfermeiro poderá renovar a receita de medicamentos hipoglicemiantes contanto que:

- A última receita tenha sido emitida por médico da atenção primária do município;
- A última receita apresentada pelo usuário (ou existente no prontuário) não esteja vencida há mais de 6 meses;
- Os critérios específicos para cada conjunto de medicamentos sejam observados e cumpridos;
- O paciente não apresente sintomas ou demandas que exijam avaliação médica imediata;
- O paciente não tenha recebido atendimento de urgência por quadro relacionado a HAS/DM, desde a última avaliação médica na unidade.
- O enfermeiro, conjuntamente à renovação da receita de medicamentos, realize o agendamento da próxima consulta para a reavaliação médica;
- O enfermeiro, no momento da consulta, cheque a adesão e os conhecimentos do usuário sobre o uso dos medicamentos prescritos e reforce as orientações de uso correto dos mesmos, incluindo orientações sobre dose, frequência de uso, interações medicamentosas e com alimentos, e possíveis efeitos colaterais;
- O enfermeiro, no momento da consulta ou outra atividade relacionada, oriente e incentive medidas não medicamentosas (exercício, dieta, cessação do tabagismo, etc.) para o controle da doença de base, quando pertinente;
- O paciente esteja presente à consulta;
- O paciente seja maior de 18 anos;
- Se o paciente possuir problemas cognitivos (mesmo que em decorrência de idade avançada), que o mesmo esteja acompanhado por responsável/cuidador;
- O paciente apresente o cartão de monitoramento da glicemia em diferentes horários do dia;
- O paciente esteja com a glicemia controlada.

ATENÇÃO: O enfermeiro não poderá iniciar tratamento para pessoas com hipertensão e diabetes; e sim renovação da receita na consulta de enfermagem.

CONTROLE DA TUBERCULOSE

Doença infecciosa transmitida causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch, transmitida por via respiratória, através da inalação de aerossóis produzidos pela tosse, fala ou espirro de um doente que apresente tuberculose pulmonar ou laringea.

Consulta de enfermagem ao usuário com suspeita de tuberculose ou tuberculose confirmada:

- Anamnese e Exame físico;
- Solicitação de baciloscopia (BAAR), Raio X, aconselhamento e testagem anti- HIV;
- Orientação quanto à coleta de escarro;
- Iniciar tratamento segundo Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose,
- Notificar o caso;
- Avaliação de Contatos;
- Educação em Saúde.

CONTROLE DA HANSENÍASE

HANSENÍASE

A hanseníase representa um importante problema de saúde pública, devido a sua alta prevalência, bem como evolução crônica, capacidade de provocar lesões incapacitantes ou deformantes e facilidade de proliferação de focos de infecção. O potencial incapacitante está relacionado às deformidades físicas, sendo este um dos fatores que contribui para a manutenção do estigma e preconceito sobre a doença. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado permitem a cura sem deixar sequelas.

Definição de caso

Considera-se caso de hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais, a qual necessita de tratamento com poliquimioterapia (PQT):

- a) lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ ou dolorosa e/ou tátil; ou
- b) espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; ou
- c) presença de bacilos *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biopsia de pele.

Classificação

- Paucibacilares - PB: casos com até cinco lesões de pele;
- Multibacilares - MB: casos com mais de 05 lesões de pele

Teste de sensibilidade

Monofilamentos de Semmes-Weinten (Estesiômetro): Embora a sensibilidade tátil seja frequentemente a última a ser perdida, deve-se buscar as diferenças de sensibilidade sobre a área a ser examinada e a pele normal circunvizinha, utilizando-se o monofilamento roxo do kit estesiométrico. O estesiômetro é utilizado para auxiliar no diagnóstico precoce e monitorar a solução da lesão nervosa periférica.

Consulta de enfermagem caso suspeito de hanseníase:

Primeira Consulta:

- Diagnóstico de enfermagem (anamnese, histórico psicossocial, exame físico e dermatoneurológico,);
- Agendamento e/ou avaliação dos contatos intradomiciliares.
- Educação em saúde.

Consultas subsequentes:

- Anamnese e exame físico com avaliação dermatoneurológica em todas as consultas e registro na ficha de avaliação neurológica simplificada na 1ª, 3ª e 6ª doses para paucibacilares e 1ª, 6ª e 12ª doses para os multibacilares;
- Investigar reação hansênica;
- Encaminhar imediatamente para nível secundário em caso de reação hansênica;
- Supervisionar a tomada da dose mensal da PQT;
- Orientações para o auto-cuidados e educação em Saúde;
- Monitorar o comparecimento do paciente e proceder à busca de casos faltosos;
- Retorno ao nível secundário de acordo com a avaliação inicial

Consulta na última dose da PQT:

- Anamnese e exame físico com avaliação dermatoneurológica;
- Agendar consulta no nível secundário para avaliação de alta após término das doses. PB – 6 cartelas em até 9 meses MB – 12 cartelas em até 18 meses
- Educação em saúde

Rastreamento dos contatos

Os contatos sem diagnóstico de hanseníase devem receber informações sobre a doença, sobre a possibilidade de terem sido contaminados e sobre a necessidade de ficarem atentos ao aparecimento de sinais e sintomas da hanseníase, devendo neste caso procurar a Unidade de Saúde.

Os contatos com diagnóstico confirmado devem receber tratamento específico. O exame dos contatos deve ser feito imediatamente após o diagnóstico e no mínimo uma vez por ano, por cinco anos, pelo menos, com avaliação dermatoneurológica.

Vigilância Epidemiológica

O setor de Vigilância Epidemiológica reúne os seguintes sistemas de informação:

- * SINASC: Sistema de Informação de Nascimentos
- * SIM: Sistema de Informação de Mortalidade
- * SINAN: Sistema de Informação de Agravos Notificáveis
- * SI-PNI: Programa Nacional de Imunização
- * SISLOG LAB –
- * SISVAN
- * TUBERCULOSE E SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS

O Sistema de Informação de Nascimentos é utilizado principalmente para o controle de nascimentos de crianças de risco, através da distribuição das vias rosas das declarações de nascimentos para busca ativa de crianças de risco. Este programa é denominado “Vida Vitoriosa”.

O Sistema de Informação de Mortalidade é utilizado para investigação e análise de óbitos de menores de um ano, bem como estabelecer ações de prevenção de novos óbitos, investigação de óbito materno e de mulher em idade fértil.

O Programa Nacional de Imunização abrange a distribuição e controle de todas as vacinas que pertencem ao calendário nacional de Imunização.

O Sistema de Informação de Agravos Notificáveis é uma das maneiras de averiguar e controlar as doenças de notificação compulsória existentes no município, que são estabelecidas pelo Estad. Sendo algumas somente notificadas e outras notificadas e investigadas.

As mais comuns de ocorrência municipal são as seguintes:

Atendimento Anti Rábico: Identificar o agressor e seguir o protocolo do ministério da Saúde;

Acidente por Animal Peçonhento: Identificar o agressor e seguir o protocolo do ministério da Saúde;

Tuberculose: Se o paciente for sintomático respiratório, o médico e/ou o Enfermeiro solicitam o exame de BK e RX para paciente. Se der positivo o (a) paciente inicia tratamento prescrito pelo médico/enfermeiro conforme protocolo do MS e solicita demais exames para o paciente e comunicantes.

Hanseníase: Se for verificado pelo médico e/ou Enfermeiro manchas suspeitas na pele de pacientes, solicitar exame de baciloscopia de linfa, e encaminhar os mesmos ao setor de epidemiologia para realização de outros exames e posterior tratamento. O paciente passa pela avaliação de incapacidade.

Hepatite e outras Síndromes Ictero Febris, Leptospirose: Na suspeita de caso novo o médico e/ou o Enfermeiro podem solicitar TGO e TGP, Bilirrubinas, mandar sempre guardar o soro para confirmar diagnóstico. Se der alterado preencher ficha de notificação e solicitar sorologia específica para suspeita. Casos detectados no banco de sangue devem ser encaminhados para acompanhamento e controle do paciente.

Dengue: Na suspeita de Dengue o enfermeiro poderá solicitar exame de hemograma e sorologia para dengue;

Doenças Exantemáticas: Na suspeita de doenças exantemáticas o enfermeiro poderá solicitar exame de hemograma e sorologia específica.

Hantavirose: Na suspeita de hantavirose o enfermeiro poderá solicitar exame de hemograma, RX de tórax e sorologia específica.

HIV – AIDS: Realizado exame à livre demanda via teste rápido. O exame de HIV para as gestantes é realizado a nível municipal, sendo o resultado mais rápido. Se o resultado for positivo é encaminhado para realizar mais um exame para confirmar o



diagnóstico. Se confirmar o resultado reagente o paciente é encaminhado para o setor de epidemiologia para iniciar o tratamento.

DATA DE APROVAÇÃO / REVISÃO:	27 de Julho de 2023
ELABORADO POR:	Simone Estácio de Paulo Nierotka
REVISADO POR:	Fabiana Vieira
APROVADO POR:	Bruna Cristina Markevicz

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PAULO FRONTIN – CMS
Rua Rui Barbosa, 219 - Fone: (42)35431123
CEP: 84.635-000 Paulo Frontin - PR

RESOLUÇÃO Nº 08/2023, de 28 de Julho de 2023, Do Conselho Municipal de Saúde do Município de Paulo Frontin – PR.

O Conselho Municipal de Saúde de Paulo Frontin-PR, no uso das prerrogativas conferidas pela Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90, Lei Federal nº 8.142, de 28/12/90 e pela Lei Municipal nº 189/1991 de 06/12/91 e Lei Municipal nº 636/2007 de 19/04/2007.

Resolve:

Art. 1º Aprovar Protocolo da Secretaria Municipal de Saúde nº01.2023 – Protocolo de acompanhamento para pacientes em central de regulação de leitos para internamento em saúde mental;

Art. 2º Aprovar Protocolo da Secretaria Municipal de Saúde nº02.2023 – Protocolo de solicitação e agendamento de exames laboratoriais, dos programas de atenção primária e pré-operatórios conforme prioridade;

Art. 3º Aprovar Protocolo da Secretaria Municipal de Saúde nº03.2023 – Protocolo Municipal de Enfermagem de Paulo Frontin.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

Paulo Frontin, 28 de Julho de 2023.

Tereza Cristina Martins

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Homologo a Resolução nº 08/2023, nos termos do § 2º, art. 1º, da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Bruna Cristina Markevicz

Secretária Municipal de Saúde