



COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**PROTOCOLOS PARA CONSULTAS DAS DISCIPLINAS – ENFERMAGEM EM
SAÚDE COLETIVA E ESTÁGIO SUPERVISIONADO NA ATENÇÃO BÁSICA**

JUAZEIRO DO NORTE – CE

2025

APRESENTAÇÃO

O protocolo de consultas em enfermagem tem o objetivo de orientar para o preenchimento do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), sendo composto por um conjunto de regras e normas que o aplicativo considera. Entre as quais o **método SOAP**, onde divide-se nas seguintes etapas:

- **S – Subjetivo:** queixas ou informações fornecidas pelo paciente ou acompanhante;
- **O – Objetivo:** exame físico e achados de exames complementares;
- **A – Avaliação:** conclusões sobre a situação do paciente, pensamentos relativos e resposta ao tratamento;
- **P – Plano:** exames a serem solicitados, planejamento terapêutico, informações e orientações ao paciente.

Para descrever essas etapas em um atendimento, o estudante deve ter domínio das disciplinas ofertadas no núcleo básico do curso, bem como do conteúdo das disciplinas com prática supervisionada (saúde coletiva, saúde mental, clínica médica, clínica cirúrgica, saúde da mulher, saúde da criança, UTI, emergência, entre outras).

O protocolo aponta os materiais que devem ser utilizados em cada consulta e, traça o passo a passo conforme as normas e informações descritas no PEC.

Espera-se que o protocolo contribua com os estudantes sanando dúvidas que possam surgir no atendimento a pacientes e no preenchimento adequado do prontuário do paciente.

Atenciosamente,

Prof.^a Me. Kátia Monaisa Figueiredo Medeiros

Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e Supervisora do Estágio de Enfermagem –
Unileão

katiafigueiredo@leaosampaio.edu.br

FICHA TÉCNICA

Protocolos para consultas das disciplinas – Enfermagem em Saúde Coletiva e Estágio Supervisionado na Atenção Básica

Todos os direitos desta produção técnica são reservados e protegidos pela Lei nº 9.610/98. Nenhuma parte deste documento, sem a devida autorização prévia por escrito do detentor dos direitos, poderá ser reproduzida ou transmitida, independente dos meios empregados: eletrônicos, mecânicos, fotográficos, gravações ou quaisquer outros.

Prof.^a Dra. Maryldes Lucena Bezerra de Oliveira

(Coordenação do Curso de Enfermagem – Unileão)

EQUIPE DE PRODUÇÃO

Prof.^a Me. Aline Moraes Venancio de Alencar

(Docente do Curso de Enfermagem – Unileão)

Prof.^a Esp. Ana Karla Cruz de Lima Sales

(Preceptora do Curso de Enfermagem – Unileão)

Prof.^a Esp. Mônica Maria Viana Da Silva

(Preceptora do Curso de Enfermagem – Unileão)

Prof.^a Esp. Soraya Lopes Cardoso

(Preceptora do Curso de Enfermagem – Unileão)

REVISÃO TÉCNICA

Prof.^a Me. Katia Monaisa Figueiredo Medeiros

(Docente do Curso de Enfermagem e Supervisora do Estágio em Enfermagem – Unileão)

Enf. Cicero Yago Lopes dos Santos

(Egresso do Curso de Enfermagem – Unileão)

UNILEAO.EDU.BR

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

P542p

Protocolos para consultas das disciplinas: Enfermagem em Saúde Coletiva e Estágio Supervisionado na Atenção Básica / Aline Moraes Venancio de Alencar, Ana Karla Cruz de Lima Sales, Mônica Maria Viana da Silva, Soraya Lopes Cardoso. - Juazeiro do Norte - CE: Unileão, 2025.

210p.: il., color.

Inclui referências.

Revisão técnica: Katia Monaisa Figueiredo Medeiros, Cicero Yago Lopes dos Santos.

1. Manual digital. 2. Protocolos. 3. Enfermagem I. Oliveira, Maryldes Lucena Bezerra. coord. II. Título.

Bibliotecária: Francisca Lunara da Cunha Alcantara – CRB-3/1420

UNILEAO.EDU.BR

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
APGAR	Aparência / Pulso / Gesticulação / Atividade / Respiração
APS	Atenção Primária a Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BAAR	Bacilo Álcool-ácido Resistente
BCF	Batimento Cárdio Fetal
BCG	Bacilo de Calmette e Guérin
BEM	Bom Estado Nutricional
BHCG	Beta-HCG
BPM	Batimentos Por Minuto
CA	Câncer
CIAP2	Classificação Internacional de Atenção Primária 2
CNS	Cadastro Nacional de Saúde
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DII	Doença Inflamatória Intestinal
DIU	Dispositivo Intrauterino
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DRC	Doença Renal Crônica
dT	Difteria e Tétano
dTPa	Difteria, Tétano e Pertussis (Acelular)
DUM	Data da Última Menstruação
ECM	Exame Clínico das Mamas
EGB	Estado Geral Bom
EGM	Estado Geral Mal

EGP	Estado Geral Péssimo
EGR	Estado Geral Regular
EPF	Exame Parasitológico de Fezes
FR	Frequência Respiratória
GI	Gastrointestinal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDA	História da Doença Atual
HELLP	Hemólise, Enzimas Hepáticas Elevadas e Baixa Contagem de Plaquetas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HVB	Vírus da Hepatite B
ILTB	Infecção Latente da Tuberculose
IMC	Índice de Massa Corporal
IRA	Infecção Respiratória Aguda
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ITU	Infecção do Trato Urinário
IVAS	Infecção de Vias Aéreas Superiores
LAM	Amenorréia da Lactação
LV	Leite de Vaca
MB	Multibacilar
MEN	Mau Estado Regular
MMII	Membros Inferiores
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OM	Otite Média
OMA	Otite Média Aguda
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PB	Paucibacilar
PC	Perímetro Cefálico
PE	Processo de Enfermagem
PNI	Programa Nacional de Imunização

PTI	Púrpura Trombocitopênica Idiopática
PTT	Púrpura Trombocitopênica Trombótica
REN	Regular Estado Nutricional
RN	Recém-nascido
SAE	Sistematização da Assistência em Enfermagem
SOAP	Subjetivo / Objetivo / Avaliação / Plano
SRO	Solução de Reposição Oral
STORCH	Sífilis / Toxoplasmose / Rubéola / Citomegalovírus / Herpes Vírus
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TGI	Trato Gastrointestinal
TRM	Teste Rápido Molecular
TRO	Terapia de Reposição Oral
TOTG	Teste Oral de Tolerância a Glicose
UI	Unidades Internacionais
USG	Ultrassonografia
VO	Via Oral

SUMÁRIO

1 CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	08
2 CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL: Primeira Consulta e Consultas Subsequentes	17
3 CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO	41
4 CONSULTA DE ENFERMAGEM NAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)	54
5 CONSULTA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CA DE COLO DO ÚTERO E MAMAS	67
6 CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA: Primeira Consulta e Consultas Subsequentes	83
7 CONSULTA DE ENFERMAGEM A CRIANÇA COM INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA – IRA	110
8 RESFRIADO COMUM	117
9 FARINGITE	121
10 OTITE MÉDIA	123
11 AMIGDALITE	126
12 BRONQUITE	128
13 PNEUMONIA	131
14 CONSULTA DE ENFERMAGEM A CRIANÇA COM DIARREIA	133
15 CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE TUBERCULOSE	144
16 CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE HANSENÍASE	159
17 CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL	173
18 CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE DIABETES MELLITUS	185
19 CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM PÉ DIABÉTICO	198

PROTOCOLOS DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM

Procedimento	Consulta de Enfermagem em Planejamento Reprodutivo	Emissão: 02/2025
		Próxima revisão: 02/2026

1. DEFINIÇÃO

O planejamento reprodutivo, também conhecido como planejamento familiar, refere-se a um conjunto de medidas para regular a fertilidade, que podem ajudar as pessoas a prevê e controlar a concepção e o nascimento de seus filhos. Isso inclui adultos, jovens e adolescentes que têm vida sexual tanto com quanto sem parceiros fixos, além daqueles que estão se preparando para iniciar sua vida sexual. As medidas do planejamento reprodutivo ou planejamento familiar são estabelecidas e apoiadas pela Lei nº 9.263/1996, que também estabelece sanções e outras providências (Brasil, 2016).

2. OBJETIVOS DA CONSULTA

- Descrever as ações da consulta de enfermagem às pacientes no planejamento reprodutivo, dentro do contexto da Estratégia de Saúde da Família, embasados na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);
- Orientar mulheres e homens quanto ao controle da sua fertilidade, em relação aos métodos contraceptivos, prevenção de gravidez não desejada e direito de escolha de ter filhos ou não.

3. MATERIAL

- Cartão de Planejamento Reprodutivo;
- Estetoscópio;
- Oxímetro;
- Termômetro.
- Luvas descartáveis;

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS / SOAP

As atividades desenvolvidas no decorrer da consulta englobam:

4.1 ANAMNESE

É inserido, no sistema, o motivo da consulta, por meio de códigos (Classificação Internacional de Atenção Primária – 2ª Edição – **CIAP2**). Abaixo, apresentam-se alguns possíveis motivos para a realização da consulta:

Código	Motivo da consulta
45	Educação em Saúde / Aconselhamento / Dieta
46	Consulta com profissional de APS
48	Esclarecimento / Discussão do motivo da consulta
50	Medicação / Prescrição / Renovação / Injeção
58	Aconselhamento / Escuta terapêutica

No decorrer da realização da anamnese, algumas informações precisam ser preenchidas e conferidas no sistema, incluindo-se:

- Nome do(a) paciente;
- Nome Social;
- Data de Nascimento;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Unidade de Saúde na qual o paciente encontra-se originalmente vinculado;
- Agente Comunitário de Saúde (ACS);
- Estado Civil;
- Identidade de Gênero;
- Orientação Sexual;

4.2 HISTÓRICO DE ENFERMAGEM (SUBJETIVO)

Nesta etapa, por meio da continuidade do processo de anamnese, coleta-se informações correlacionadas ao estilo de vida e hábitos do paciente:

- Etilismo / Tabagismo / Uso de drogas;
- Realização de atividade física e sua frequência;
- Comorbidades prévias (HAS / DM);
- Antecedentes / histórico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST);
- Antecedentes pessoais e familiares (Ex: câncer de mama e/ou do colo uterino);

UNILEAO.EDU.BR

- Medicações em uso e de rotina;
- Menarca e Data da Última Menstruação (DUM);
- Uso de métodos contraceptivos;

Busca-se, também, a realização do registro **do histórico sexual, reprodutivo e obstétrico** do(a) paciente, registrando:

- Desejo e planejamento da gestação;
- Data da realização da última coleta citopatológica e seu resultado;
- Número de gestações, abortos e partos;
- Possíveis intercorrências pós-parto;
- Dificuldades sexuais individualmente ou do casal;
- Apresentação de dispareunia e/ou sangramento vaginal pós-coito;
- Métodos contraceptivos em uso, ou que deseja iniciar a utilização;
- Histórico vacinal;

O eventual registro de queixas deve considerar a percepção a respeito da situação de saúde (início, tempo de duração, intensidade, ciclicidade e fatores predisponentes), condições crônicas, e/ou uso de medicamentos.

4.3 EXAME SUBJETIVO (OBJETIVO)

- **Estado geral:** Estado Geral Bom (EGB) | Estado Geral Regular (EGR) | Estado Geral Péssimo (EGP);
- **Frequência respiratória:** Eupneico | Dispneico | Taquipneico | Bradipneico;
- **Frequência cardíaca:** Normocárdico | Bradicárdico | Taquicárdico;
- **Condições da pele/ mucosas:** Corada | Pálida | Ictérica | Cianótica | Íntegra | Apresenta lesões | Tipo e local;
- **Nutrição:** Boa | Regular | Ruim;
- **Abdômen:** Plano | Globoso | Semi-globoso | Indolor | Doloroso | Involução uterina | Incisão cirúrgica | Em caso de cesárea: Sinais flogísticos ou Presença de secreção;
- **Urina:** Normal | Alterada | Não sabe informar;
- **Eliminação intestinal:** Diária | Irregular;
- **Higiene corporal:** Boa | Precária | Péssima;

- **Edema:** Presentes | Ausentes;
- **Veias varicosas:** Presentes | Ausentes;
- **Padrão do sono:** Padrão | Diminuído | Aumentado | Dificuldades para dormir?
- **Reações/Comportamentos:** Medo | Agressividade | Ansiedade | Frustração | Aflição | Agitação;

⚠ Quando possível, realizar o registro do resultado de exames anteriormente solicitados

É importante a realização do correto registro das **medidas antropométricas** do(a) paciente, bem como o registro dos **sinais vitais** coletados previamente ou no momento da consulta:

- Peso;
- Estatura;
- Índice de Massa Corporal (IMC);
- Classificação nutricional: Baixo peso/ Adequado/ Sobrepeso/ Obesidade/ Grau I, II ou III;
- Pressão Arterial (PA);
- Frequência Cardíaca (FC);
- Frequência Respiratória (FR);
- Temperatura;

4.4 DIAGNÓSTICOS (AVALIAÇÃO)

Nesta etapa, realiza-se a interpretação das informações e o planejamento das ações a serem executadas, culminando com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença. Constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

Possui como principal objetivo o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem conforme condição clínica da paciente utilizando como referência a Associação Norte Americana de **Diagnósticos de Enfermagem (NANDA)**. Neste cenário, surgem algumas possibilidades, citando-se:

- Conhecimento deficiente;

UNILEAO.EDU.BR

- Déficit do conhecimento;
- Déficit no autocuidado para higiene íntima;
- Disfunção sexual;
- Estilo de vida sedentário;
- Náusea.

Alguns diagnósticos poderão ser utilizados, mediante o relatado pelo(a) paciente e a avaliação na consulta:

Problemas e/ou condições avaliados neste atendimento (CIAP2)	
Código	Significado
W10	Contracepção pós-coital
W11	Contracepção oral
W12	Contracepção intra-uterina/ Dispositivo intrauterino/ DIU
W13	Esterilização
W14	Contracepção / outros
W15	Infertilidade/ Subfertilidade Infertilidade/ Subfertilidade
Y14	Planejamento familiar/ Outros

4.5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (PLANO)

As intervenções de enfermagem são baseadas na realização das ações ou intervenções necessárias mediante condição de saúde do paciente. Citam-se, como exemplos:

- Acolher a(o) paciente conforme suas necessidades;
- Explicar detalhadamente a técnica adequada de uso do método, levando em consideração os antecedentes e as circunstâncias individuais de cada mulher;
- Orientar quanto à alimentação saudável;
- Orientar quanto à prática de atividade física;
- Orientar em relação à higiene pessoal;
- Adaptar a instrução ao nível de conhecimentos e compreensão do paciente;
- Oferecer informações adequadas ao nível de desenvolvimento do paciente;
- Recomendar a realização do exame citopatológico se necessário;
- Informar quanto a prevenção de IST/HIV/AIDS, com incentivo à dupla proteção;

UNILEAO.EDU.BR

- Instruir quanto a escolha dos recursos à concepção ou à anticoncepção;
- Adaptar a instrução ao nível de conhecimentos e compreensão do paciente;
- Incentivar a participação ativa na decisão individual ou do casal.
- Prescrição e oferta do método escolhido;
- Solicitar exames laboratoriais necessários;
- Encaminhar para consulta médica se necessário.

4.6 REGISTRO

O uso do SOAP permite o correto registro e implementação do **processo de Enfermagem (PE)**.

ETAPAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM			
	ETAPA	SOAP	PE
S	Subjetivo	Informações colhidas na entrevista sobre o motivo da consulta/problema/necessidade	Histórico de Enfermagem (entrevista)
O	Objetivo	Dados do exame físico, laboratoriais e complementares	Histórico de Enfermagem (exame físico)
A	Avaliação	Avaliação dos problemas	Diagnóstico de Enfermagem Planejamento de Enfermagem Avaliação de Enfermagem
P	Plano	Plano de cuidados / conduta	Implementação Intervenções de Enfermagem

Fonte: Adaptado COREN-SC, 2020.

5 OBSERVAÇÕES

Para a realização do atendimento a(o) paciente, deve-se respeitar a individualidade do mesmo, não se utilizando de julgamentos pré-estabelecidos, com o intuito de propiciar o vínculo e realizar um bom acolhimento.

Para a apresentação das possibilidades de métodos contraceptivos disponíveis e ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS), confira o quadro abaixo:

DEFINITIVOS (ESTERILIZAÇÃO)		
Feminino (ligadura tubária)		Masculino (vasectomia)
TEMPORÁRIOS (REVERSÍVEIS)		
Métodos de barreira		
Diafragma	Preservativo masculino	DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre)
Métodos hormonais		
Via de administração	Tipos	Apresentação
Hormonais orais	Combinado (monofásico) – AOC	Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg
	Minipílulas	Noretisterona 0,35 mg
	Pílula anticoncepcional de emergência (AHE)	Levonorgestrel 0,75 mg
Hormonais injetáveis	Mensais (combinado)	Enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg
	Trimestrais (progestágeno)	Acetato de medroxiprogesterona 150 mg

Fonte: Brasil, 2016.

5.1 ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

A prescrição dos métodos anticoncepcionais para menores de 14 anos requer cuidado e atenção, desde que não se trate de uma situação de abuso ou violência sexual. Caso a adolescente informe que a relação sexual não envolve violência, o profissional de saúde deve registrar essa informação no prontuário e indicar o método anticoncepcional adequado, garantindo assim que não haja qualquer penalidade legal (Guazzelli; Lindsey; Aldrighi; Petta, 2005).

De um modo geral, os adolescentes podem usar a maioria dos métodos anticoncepcionais disponíveis. No entanto, alguns são mais adequados que outros nessa fase da vida.

De maneira geral, não existem restrições para o uso de anticoncepcionais hormonais durante a adolescência.

- Os contraceptivos hormonais combinados, que são compostos por estrogênio e progesterona (como pílulas anticoncepcionais combinadas, injeção mensal, adesivo anticoncepcional transdérmico e anel vaginal), podem ser utilizados a partir da primeira menstruação (Brasil, 2013).

No entanto, é recomendado evitar o uso de anticoncepcionais apenas de progestogênio (como injeção trimestral e a pílula apenas de progesterona - minipílula) antes dos 18 anos,

UNILEÃO.EDU.BR

devido ao possível risco de diminuição da calcificação óssea. Para mulheres com menos de 18 anos, há uma preocupação teórica em relação ao efeito hipogonadotrófico, especialmente da injeção trimestral (Diaz; Petta; Aldrighi, 2005).

- A utilização do diafragma é uma excelente opção para adolescentes motivadas e bem orientadas;
- O Dispositivo Intrauterino (DIU), por outro lado, deve ser usado com cuidado e acompanhamento rigoroso desde o início da menstruação até os 19 anos, especialmente em jovens que nunca engravidaram. Preocupa-se com o risco de expulsão e infecções em mulheres muito jovens (Diaz, Petta, Aldrighi, 2005).

Vale ressaltar que o DIU não é indicado para adolescentes que têm mais de um parceiro sexual ou cujos parceiros têm outros parceiros/parceiras e não utilizam camisinha em todas as relações sexuais. Isso ocorre porque nessas situações existe um maior risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis (IST) (Diaz, Petta, Aldrighi, 2005).

Já os métodos comportamentais, como a tabela, o muco cervical e a temperatura basal, são pouco recomendados para adolescentes. Isso se deve à frequente irregularidade menstrual nesta fase da vida. Além disso, esses métodos exigem disciplina e planejamento, sendo que as relações sexuais na adolescência geralmente não são planejadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MATO GROSSO DO SUL (COREN-MS). **PROTOCOLO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, 2020. Disponível em: http://www.corenms.gov.br/wp-content/uploads/2020/11/COREN_MS_PROTOCOLO_Saude-da-Mulher.pdf Acesso em: 18/12/2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN-SC). **Protocolo de Enfermagem Volume 1. Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares**. Florianópolis, 2020. 57 p. Disponível em:

UNILEAO.EDU.BR

https://wiki.smsbrusque.sc.gov.br/images/0/00/PROTOCOLO-ENFERMAGEM-VOLUME-1-COREN_atualizado.pdf [Brasil](#). Acesso em: 18/12/2023.

DIAZ, Juan; PETTA, Carlos Alberto; ALDRIGHI, José Mendes. **Os Critérios Médicos de Elegibilidade para o Uso de Métodos Anticoncepcionais**. In: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (Ed.). Anticoncepção: aspectos contemporâneos. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p.13-60.

GUAZZELLI, Cristina Aparecida Falbo. et al. **Anticoncepção na Adolescência**. In: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (Ed.). Anticoncepção: aspectos contemporâneos. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p.129-134.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2021-2023**. Tradução de Regina Machado Garcez. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

PROTOCOLOS DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM

Procedimento	Consulta de Enfermagem no pré-natal: Primeira Consulta e Consultas subsequentes	Emissão: 02/2025
		Próxima revisão: 02/2026

1. DEFINIÇÃO

O pré-natal visa acolher precocemente as gestantes, assegurando o bem-estar materno, paterno e neonatal promovendo a interação entre o profissional, a gestante e sua família, proporcionando um vínculo com o serviço de saúde. Devendo contemplar além do cuidado clínico, atividades educativas e preventivas, considerando os aspectos psicossociais, de modo a garantir o acesso equânime e livre de discriminação de raça, identidade de gênero, orientação sexual, cultural e classe, possibilitando o desenvolvimento da gestação, parto e nascimento de um recém-nascido saudável, sem trazer impacto negativo para a saúde materna e do recém-nascido (Brasil, 2012).

2. OBJETIVO DA CONSULTA

- Descrever as ações da primeira consulta de enfermagem às gestantes no pré-natal, dentro do contexto da Estratégia de Saúde da Família, embasados na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

3. MATERIAIS

- Ficha Clínica obstétrica;
- Caderneta da Gestante;
- Gestograma;
- Sonar Doppler;
- Gel;
- Estetoscópio;
- Esfigmomanômetro;
- Fita métrica, flexível e não extensível;
- Testes rápidos disponíveis (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C);
- Luva descartável;
- Álcool;
- Algodão;
- Lancetas;

UNILEAO.EDU.BR

- Descartex;
- Livro de Registro (quando houver);
- Papel toalha.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS / SOAP

As atividades desenvolvidas no decorrer da consulta englobam:

4.1 ANAMNESE

É inserido, no sistema, o motivo da consulta, por meio de códigos (Classificação Internacional de Atenção Primária – 2ª Edição – **CIAP2**). Abaixo, apresentam-se alguns possíveis motivos para a realização da consulta:

Código	Motivo da consulta
43	Outros procedimentos diagnósticos
44	Vacinação / Medicação preventiva
45	Educação em saúde / aconselhamento / dieta
46	Consulta com profissional de APS
50	Medicação / Prescrição / Renovação / Injeção
60	Resultados de análises / procedimentos

No decorrer da realização da anamnese, algumas informações precisam ser preenchidas e conferidas no sistema, incluindo-se:

- Nome do(a) paciente;
- Nome Social;
- Data de Nascimento;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Unidade de Saúde na qual o paciente encontra-se originalmente vinculado;
- Agente Comunitário de Saúde (ACS);
- Estado Civil;
- Identidade de Gênero;
- Orientação Sexual;

Busca-se, também, a realização do registro de **dados socioeconômicos** relatados pelo(a) paciente, bem como **o registro de queixas e antecedentes familiares e pessoais**.

Dados socioeconômicos

- Grau de instrução;
- Profissão / ocupação (deve-se identificar fatores de risco);
- Estado civil/união;
- Número e idade de dependentes (deve-se avaliar a sobrecarga de trabalho doméstico);
- Renda familiar (pessoas da família com renda);
- Condições de moradia (tipo, nº de cômodos);
- Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo);
- Distância da residência até a unidade de saúde.

Queixas

- Percepção a respeito da situação de saúde, queixas gerais e comuns da gravidez (início, tempo de duração, intensidade, ciclicidade e fatores predisponentes), condições crônicas, uso de medicamentos;

Antecedentes familiares

- Hipertensão arterial (HAS);
- Diabetes Mellitus (DM);
- Doença Renal Crônica (DRC);
- Malformações congênitas e anomalias genéticas;
- Gemelaridade;
- Câncer de mama e/ou do colo uterino;
- Hanseníase;
- Tuberculose e outros contatos domiciliares (deve-se anotar a doença e o grau de parentesco);
- Doença de Chagas;
- Transtorno mental;
- Doença neurológica;
- Parceiro sexual portador de infecção pelo HIV/ IST.

Antecedentes pessoais

- Hipertensão Arterial Crônica;
- Diabetes Mellitus;
- Cardiopatias, inclusive doença de Chagas;
- Doenças renais crônicas;
- Trombose venosa;
- Anemias e deficiências de nutrientes específicos;
- Desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade);
- Epilepsia;
- Doenças da tireoide e outras endocrinopatias;
- Viroses (rubéola, hepatites);
- Hanseníase, tuberculose, malária, sífilis ou outras doenças infecciosas;
- Portadora de infecção pelo HIV (deve-se anotar se a paciente está em uso de antirretrovirais e especificar o esquema utilizado);
- Infecção do trato urinário;
- Doenças neurológicas e psiquiátricas;
- Cirurgia (tipo e data);
- Transfusões de sangue;
- Alergias (inclusive medicamentosas);
- Doenças neoplásicas;
- Estado vacinal: dT/dTpa, hepatite B, influenza;
- Uso de medicamentos;
- Uso de drogas, tabagismo e alcoolismo.

Antecedentes ginecológicos

- Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade, idade da menarca);
- Uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
- Infertilidade e esterilidade (tratamento);
- Infecções sexualmente transmissíveis (IST), inclusive doença inflamatória pélvica (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro);
- Cirurgias ginecológicas (idade e motivo);

UNILEAO.EDU.BR

- Malformações uterinas;
- Mamas (patologias e tratamento realizado);
- Práticas sexuais, desejo e prazer sexual;
- Última colpocitologia oncótica (Papanicolau ou “preventivo”, data e resultado)

Antecedentes obstétricos

- Número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme);
- Número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, por fórceps, cesáreas – indicações);
- Número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por IST, complicados por infecções, relato de insuficiência istmo cervical, história de curetagem pós-abortamento);
- Número de filhos vivos;
- Idade na primeira gestação;
- Intervalo entre as gestações (em meses);
- Isoimunização Rh;
- Número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
- Número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e com mais de 4.000g;
- Número de recém-nascidos prematuros ou pequenos para a idade gestacional;
- Mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos);
- Mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos);
- Natimortos (morte fetal intraútero e idade gestacional em que ocorreu);
- Recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, ex-sanguíneo transfusões;
- Intercorrências ou complicações em gestações anteriores (como síndromes hemorrágicas ou hipertensivas, isoimunização Rh, diabetes gestacional, incompetência istmo cervical, gravidez ectópica);
- Complicações nos puerpérios (deve-se descrevê-las);
- Histórias de aleitamentos anteriores (tempo, intercorrências ou desmame precoce, desejo de amamentar).

Gestação Atual

- Data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação – DUM (anotar certeza ou dúvida);

UNILEAO.EDU.BR

- Peso prévio e altura;
- Sinais e sintomas na gestação em curso;
- Hábitos alimentares;
- Prática de atividades físicas;
- Medicamentos utilizados na gestação;
- Internação durante a gestação atual;
- Esquema vacinal;
- Hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas;
- Alergias;
- Padrão do sono;
- Ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse);
- Aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente;
- Nível de estresse do casal, sinais indicativos de depressão, existência de medos e tabus;
- Antecedentes de violência;
- Identificar gestantes com fraca rede de suporte social;
- Cálculo da idade gestacional e data provável do parto.

4.2 EXAME FÍSICO (OBJETIVO)

Exame físico geral

- Determinação do peso e da altura, cálculo do IMC;
- Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional;
- Sinais vitais: medida da pressão arterial; aferição do pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar, glicemia capilar;
- Inspeção e palpação da pele e anexos (cor, temperatura, umidade, turgor, presença de lesões);
- Palpação da tireoide, região cervical, supraclavicular e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades);
- Ausculta cardiopulmonar;
- Exame do abdome;

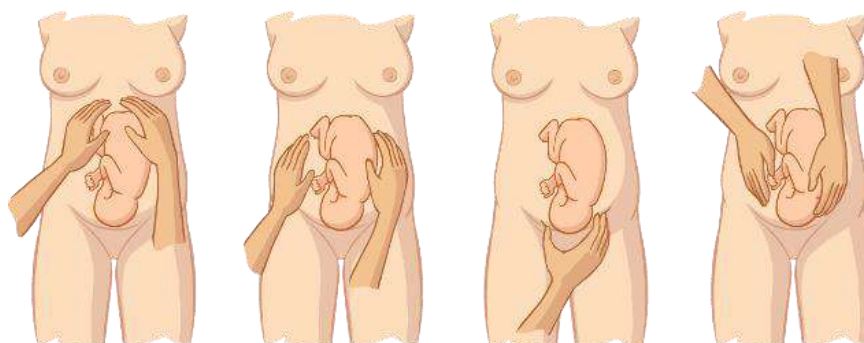
- Exame dos membros inferiores e superiores (integridade da pele, varizes, palpar pulsos, avaliar sistema circulatório, edema).
- Pesquisa de edema (face, membros, região sacra, tronco).
 - (-) ou ausente - monitorar rotineiramente.
 - (+) apenas no tornozelo- observar; pode ser postural, pelo aumento de temperatura ou tipo de calçado.
 - (++) em membros inferiores + ganho de peso + hipertensão- orientar decúbito lateral esquerdo, pesquisar sinais de alerta e movimentos fetais, agendar retorno em sete dias; se hipertensão e/ou proteinúria presente, encaminhar ao alto risco.
 - (+++) em face, membros e região sacral, ou edema observado ao se levantar pela manhã. Suspeita de pré-eclâmpsia; encaminhar para avaliação médica e avaliação se necessidade de alto risco.
 - Unilateral de MMII, com sinais flogísticos e dor - suspeita de tromboflebite e trombose venosa profunda; encaminhar para avaliação médica e necessidade de alto risco.

Exame físico específico (Gineco-obstétrico)

Palpação obstétrica

A palpação obstétrica deve ser realizada antes da medida da altura uterina. Ela deve iniciar-se pela delimitação do fundo uterino, bem como de todo o contorno da superfície uterina (este procedimento reduz o risco de erro da medida da altura uterina). A identificação da situação e da apresentação fetal é feita por meio da palpação obstétrica, procurando-se identificar os polos cefálico e pélvico e o dorso fetal, facilmente identificados a partir do terceiro trimestre. A percepção materna e a constatação objetiva de movimentos fetais, além do crescimento uterino, são sinais de boa vitalidade fetal.

Figura 01. Manobras de Palpação Obstétrica.



Fonte: Brasil, 2012.

Técnica para palpação abdominal (Manobras de Leopold)

Consiste em um método palpatório do abdome materno em **4 passos** (grau de recomendação B):

- Delimite o fundo do útero com a borda cubital de ambas as mãos e reconheça a parte fetal que o ocupa;
- Deslize as mãos do fundo uterino até o polo inferior do útero, procurando sentir o dorso e as pequenas partes do feto;
- Explore a mobilidade do polo, que se apresenta no estreito superior pélvico;
- Determine a situação fetal, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal, que se apresenta.;
- As situações que podem ser encontradas são: longitudinal (apresentação cefálica e pélvica), transversa (apresentação córmica) e oblíquas;

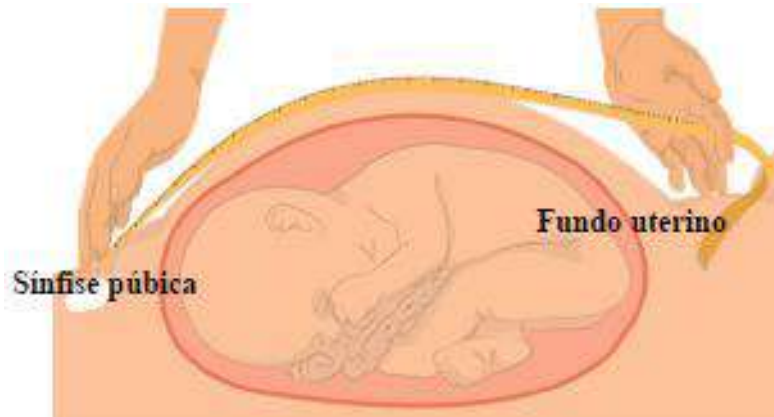
Medida e avaliação da altura uterina:

- Posicione a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto;
- Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino;
- Corrigir dextroversão uterina no momento da palpação;
- Fixar a extremidade inicial da fita métrica (0 cm), flexível e não extensível, na borda superior da sínfise púbica com mão direita, prender a fita levemente entre os dedos indicador e médio da mão esquerda;
- Deslize a fita métrica entre os dedos indicador e médio da mão esquerda até alcançar o fundo do útero;
- Realizar a leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino;

UNILEAO.EDU.BR

- Anotar a medida (em centímetros) no prontuário eletrônico, ficha perinatal e no cartão da gestante;
- Anotar no gráfico e avaliar o crescimento fetal através do sentido da curva.

Figura 02. Medida da altura Uterina.



Fonte: Brasil, 2012.

Ausculta dos batimentos cardíofetais

- Posicione a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto;
- Identifique o dorso fetal. Além de realizar a palpação, deve-se perguntar à gestante em qual lado ela sente mais os movimentos fetais; o dorso estará no lado oposto;
- Procure o ponto de melhor ausculta dos BCF na região do dorso fetal;
- Controle o pulso da gestante para certificar-se de que os batimentos ouvidos são os do feto, já que as frequências são diferentes;
- Conte os batimentos cardíacos fetais por um minuto, observando sua frequência e seu ritmo; A frequência esperada é de 110 a 160 bpm.
- Registre os BCF no prontuário eletrônico, ficha perinatal e no cartão da gestante;
- Avalie resultados da ausculta dos BCF.
- Registro dos movimentos fetais;

Exame clínico das mamas

- À inspeção estática e dinâmica: identificar visualmente achatamentos dos contornos da mama, abaulamentos ou espessamentos da pele das mamas, assimetrias, diferenças na cor da pele, na textura e no padrão de circulação venosa.

- À palpação: consiste em utilizar os dedos para examinar todas as áreas do tecido mamário e linfonodos axilares e supraclaviculares, em busca de nódulos, espessamentos, modificações na textura e temperatura da pele etc.

Exame ginecológico

- Inspeção dos genitais externos: Investigar presença de nódulos, bolhas, úlceras, corrimento vaginal fisiológico ou leucorreias, prolapso genital, rotura de períneo, verrugas e perda de líquidos via vaginal;
- Exame especular, se necessário, com foco na história da paciente;
- Coleta para exame citopatológico.

Exames realizados

Registrar resultados de exames (quando houver)

- Dosagem de BHCG;
- Ultrassonografia Obstétrica;
- Teste rápido para Sífilis na gestante;
- Teste rápido para HIV na gestante;
- Teste rápido para infecção pelo HBV;
- Teste rápido para Hepatite C;

Medidas Antropométricas

- Peso;
- Estatura;
- Índice de Massa Corporal (IMC);
- Classificação nutricional: Baixo peso/ Adequado/ Sobrepeso/ Obesidade/ Grau.

Medidas Sinais Vitais

- Pressão Arterial (PA);
- Frequência Cardíaca (FC);
- Frequência Respiratória (FR);
- Temperatura;
- Glicemia capilar.

Avaliação e estratificação do risco gestacional

A estratificação de risco deverá ser iniciada na primeira consulta de pré-natal e deverá ser dinâmica e contínua, sendo revista a cada consulta. As gestantes em situações de alto risco exigirão, além do suporte no seu território, cuidados de equipe de saúde especializada e multiprofissional, eventualmente até em serviço de referência secundário ou terciário com instalações neonatais que ofereçam cuidados específicos. Porém é a coordenação do cuidado pela Atenção Primária em Saúde (APS) o que permite que a gestante se mantenha vinculada ao território. O cuidado pré-natal, ainda que compartilhado, deve continuar a ser ofertado pela unidade de origem, por meio de consultas médicas e de enfermagem e visitas domiciliares. Isso garante a responsabilidade sobre o cuidado para com a gestante (Brasil, 2022).

Condições clínicas de identificação de maior risco na gestação atual

Características individuais e condições sociodemográficas

- Idade <15 anos e >40 anos;
- Obesidade com IMC >40;
- Baixo peso no início da gestação (IMC <18);
- Transtornos alimentares (bulimia, anorexia);
- Dependência ou uso abusivo de tabaco, álcool ou outras drogas.

História reprodutiva anterior

- Abortamento espontâneo de repetição (três ou mais em sequência);
- Parto pré-termo em qualquer gestação anterior (especialmente <34 semanas);
- Restrição de crescimento fetal em gestações anteriores;
- Óbito fetal de causa não identificada;
- História característica de insuficiência istmo cervical;
- Isoimunização Rh;
- Acretismo placentário;
- Pré-eclâmpsia precoce (<34 semanas), eclâmpsia ou síndrome HELLP;

Condições clínicas prévias à gestação

- Hipertensão arterial crônica;
- Diabetes *mellitus* prévio à gestação;

UNILEAO.EDU.BR

- Tireoidopatias (hipertireoidismo ou hipotireoidismo clínico);
- Cirurgia bariátrica;
- Transtornos mentais;
- Antecedentes de tromboembolismo;
- Cardiopatias maternas;
- Doenças hematológicas (doença falciforme, púrpura trombocitopênica autoimune (PTI) e trombótica (PTT), talassemias, coagulopatias);
- Nefropatias;
- Neuropatias;
- Hepatopatias;
- Doenças autoimune;
- Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicornio, miomas grandes);
- Câncer diagnosticado;
- Transplantes;
- Portadoras do vírus HIV;

Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual

- Síndromes hipertensivas (hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia);
- Diabetes *mellitus* gestacional com necessidade de uso de insulina;
- Infecção urinária alta;
- Cálculo renal com obstrução;
- Restrição de crescimento fetal;
- Feto acima do percentil 90% ou suspeita de macrosomia;
- Oligoâmnio/polidrâmnio;
- Suspeita atual de insuficiência istmo cervical;
- Suspeita de acretismo placentário;
- Placenta prévia;
- Hepatopatias (por exemplo: colestase gestacional ou elevação de transaminases);
- Anemia grave ou anemia refratária ao tratamento;
- Suspeita de malformação fetal ou arritmia fetal;
- Isoimunização Rh;

- Doenças infecciosas na gestação: sífilis (terciária ou com achados ecográficos sugestivos de sífilis congênita ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina), toxoplasmose aguda, rubéola, hepatites, citomegalovírus, herpes simples, tuberculose, hanseníase, condiloma acuminado (no canal vaginal/colo ou lesões extensas localizadas em região genital/perianal);
- Suspeita ou diagnóstico de câncer;
- Transtorno mental.

Pontos importantes na estratificação do risco obstétrico

1. **Não há alta da gestante da Atenção Primária em Saúde.** A gestante deve ser acompanhada periodicamente pela equipe da APS, independentemente do seu perfil de risco. Algumas ações que ocorrem na APS não são oferecidas na assistência especializada;
2. **A estratificação de risco é contínua e deve ser realizada em todos os atendimentos.** Desde a primeira e a cada consulta de pré-natal, a equipe assistente deve buscar sinais de risco;
3. **O compartilhamento do cuidado da gestante com as equipes especializadas pode ocorrer em qualquer momento do pré-natal.** A partir da identificação de risco, o compartilhamento desse cuidado deve ser solicitado, independentemente de estar no início ou próximo ao termo;
4. **A estratificação do risco é absoluta.** Isso quer dizer que predomina o critério relacionado ao maior risco e, uma vez diagnosticada a gestante como de maior risco para complicações, ela não volta a ser de risco habitual nessa gestação;
5. **A comunicação adequada entre as equipes assistenciais no compartilhamento do cuidado é fundamental para o sucesso do seguimento da gestante de risco.** As equipes envolvidas na assistência devem atuar como uma única equipe; para tanto, devem buscar manter claros, ágeis e úteis os canais de comunicação de dupla via, assim como a comunicação deve ser qualificada de maneira que tanto a APS quanto a atenção especializada possam se apoiar na condução dos casos;
6. **As gestantes de risco intermediário poderão ser acompanhadas na Atenção Primária em Saúde com suporte de especialistas em obstetrícia.** A proposição de uma estratificação de risco intermediário permite que os gestores ofereçam condições

UNILEAO.EDU.BR

para que as gestantes com essas classificações possam ser acompanhadas pelas equipes de atenção básica SEMPRE em conjunto com equipes de especialistas que façam o matriciamento e se responsabilizem pelo compartilhamento do cuidado;

7. **Quanto maior o número de fatores de risco, maior o risco obstétrico individualizado.** Há uma sinergia entre os fatores de risco, portanto a combinação de vários fatores de risco intermediários ou de alto risco aumentam a complexidade da situação, implicando maior vigilância e cuidado;
8. **Fatores de risco sociais exigem ações intersetoriais.** Fatores de risco como vulnerabilidade social, situação de rua, violência doméstica e de gênero e o uso de drogas são fatores de enfrentamento difícil e exigem atenção redobrada das equipes, além de ações conjuntas com setores da educação, assistência social, economia e justiça, entre outros;
9. **Identificar as mulheres com maior risco obstétrico reduz a mortalidade materna e perinatal.** Embora a maior parte dos óbitos maternos ocorra em mulheres sem antecedentes de risco obstétrico, a mortalidade materna e perinatal é proporcionalmente maior nas mulheres com risco identificado e, assim, a estratificação de risco no pré-natal permite reduzir as demoras na identificação e no manejo das condições associadas à morte materna;
10. **As situações de urgência e emergência obstétrica requerem assistência imediata.** A rede de assistência ambulatorial precisa ter uma aproximação com a rede de urgência e emergência e um fluxo bem construído, de maneira que esta possa acolher rapidamente os casos identificados durante o acompanhamento pré-natal.

4.3 DIAGNÓSTICOS (INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES) (AVALIAÇÃO)

- Estabelecer Diagnósticos de Enfermagem conforme a condição clínica da paciente utilizando como referência a Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA).

Possíveis Diagnósticos de Enfermagem (NANDA)

- Risco de Infecção;
- Risco do distúrbio do binômio mãe-feto;

UNILEAO.EDU.BR

- Síndrome do estresse por mudança;
- Constipação;
- Risco de Constipação;
- Ansiedade;
- Náuseas;
- Eliminação urinária prejudicada;
- Medo;

Problemas e/ou condições avaliados neste atendimento (CIAP2)	
Código	Motivo da consulta
A08	Inchaço
A97	Sem doença
B90	Infecção pelo VIH / HIV / SIDA / AIDS
D03	Azia/queimação
D08	Gases/flatulência
N01	Cefaleia
U01	Disuria/micção dolorosa
U07	Urina escura/mal cheiro
U71	ITU
X01	Dor pélvica
X14	Secreção vaginal
X16	Prurido
X70	Sífilis feminina
W01	Questão sobre gravidez
W03	Hemorragia antes do parto
W05	Vômitos/náuseas durante a gravidez
W27	Medo de complicações na gravidez
W29	Sinais/sintomas da gravidez, outro
W71	Infecções que complicam a gravidez
W78	Gravidez
W79	Gravidez não desejada
W80	Gravidez ectópica

UNILEAO.EDU.BR

W81	Toxemia gravídica – DHEG
W82	Aborto espontâneo
W83	Aborto provocado
W84	Gravidez de Alto risco
W85	Diabetes gestacional

4.4 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (PLANO)

Realização das ações ou intervenções necessárias mediante condição de saúde do paciente.

- Acolher gestante conforme suas necessidades;
- Encorajar a verbalização de sentimentos e medos;
- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal;
- Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC);
- Orientar quanto as queixas comuns da gestação;
- Orientar quanto as recomendações diante das queixas apresentadas;
- Orientar sobre hábitos de higiene íntima e pessoal;
- Orientar sobre hábitos alimentares saudáveis associados a atividades físicas;
- Orientar sobre hábitos de higiene alimentar, incluindo como reduzir o risco de infecções alimentares (atentar para condições e limpeza dos alimentos), toxoplasmose (evitar contato com fezes de gatos e manipulação de terra) e outras doenças infectocontagiosas;
- Verificar a situação vacinal e orientação sobre a sua atualização, se necessário (vide fluxograma de vacinas);
- Avaliar o risco gestacional e se necessário realizar encaminhamento para o Pré-natal de alto risco;
- Solicitar exames laboratoriais (vide quadro de exames);
- Solicitar USG Obstétrica inicial;
- Realizar testes rápidos (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C);
- Iniciar suplementação com ácido fólico 0,4mg/dia ou 5mg/dia até a 12ª semana;
- Iniciar a suplementação com 40mg de ferro elementar diariamente até o final da gestação;

- Em casos de anemia o tratamento deve ser prescrito de acordo com a conduta clínica para o grau e tipo de anemia identificada, conforme quadro de exames de rotina preconizados e suas respectivas condutas;
- Incentivar a participação do parceiro para incentivar vínculo com o filho;
- Incentivar a participação do parceiro;
- Realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos;
- Encaminhar para consulta odontológica;
- Identificar gestantes com sinal de alarme e/ou de alto risco e encaminhá-las para consulta médica, ou diretamente ao serviço de referência;
- Agendar o retorno; as consultas deverão ser realizadas mensalmente até 28 semanas, quinzenalmente de 28 a 36 semanas, e semanalmente a partir de 36 a 41 semanas ou até o parto.
- Orientar quanto ao agendamento da consulta puerperal (30 a 42 dias após o parto), sendo a primeira consulta preferencialmente com 7 a 10 dias.

Exames laboratoriais

Os exames laboratoriais solicitados em tempo oportuno são fundamentais para complementar a avaliação e anamnese e são importantes para embasar a conduta profissional e classificar o risco da gestação.

A solicitação dos exames será feita de acordo com a avaliação do profissional e conforme protocolos assistenciais municipais.

Exame	Valor de Referência	Conduta
Tipagem Sanguínea e RH	Rh Positivo	Sem exame adicional
	Rh Negativo	Avaliar Coombs indireto
Coombs Indireto (se Rh negativo)	Negativo	Repetir a cada 4 semanas a partir de 20 semanas
	Positivo	Encaminhar ao Alto risco
Hemograma	Hb $\geq$ 11g/dL	Sem anemia

	Hb:8 a 11g/dL	• Anemia leve a moderada; • Investigar e tratar parasitoses intestinais, se presentes; • Tratar a anemia com 120 a 240mg de ferro elementar ao dia. Normalmente, recomendam-se 5 (cinco) drágeas/dia de sulfato ferroso, de 40mg cada, via oral (podem ser 2 pela manhã, 2 à tarde e 1 à noite), uma hora antes das refeições; • C) Repita a dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: • Se os níveis estiverem subindo, mantenha o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea ao dia, com 40mg de ferro elementar); • Repita a dosagem no 3º trimestre; • *Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
--	----------------------	--

	Hb < 8g/dL	- Anemia grave; - Encaminhar ao Alto Risco;
Glicemia de jejum	< 92mg/dL	Solicitar TOTG entre 24-28 semanas;
	Entre 92 e 125mg/dL	Repetir o exame para confirmar Diabetes Mellitus Gestacional, se mantido referenciar para o Alto Risco;
	≥126mg/dL	Diabetes gestacional Referenciar ao Alto Risco
TOTG 75g Jejum, 1ª hora, 2ª hora	- Ao menos um valor de: jejum: 92 a 125mg/dl 1ª hora ≥ 180mg/dl 2ª hora: 153 a 199mg/dl	- Diabetes <i>Mellitus</i> Gestacional (DMG); - Encaminhar para o Pré-natal de Alto Risco e manter acompanhamento na UBS.
	Ao menos um valor de: jejum ≥126mg/dl 2ª hora ≥ 200mg/dl	- Diabetes <i>Mellitus</i>; - Encaminhar para o Pré-natal de Alto Risco e manter acompanhamento na UBS.
HIV 1 e 2	Negativo	Repetir no 3º trimestre
	Positivo	- Encaminhar para o Serviço de Referência em SIDA/IST; - Encaminhar para o Pré-natal de Alto Risco e manter acompanhamento na UBS.

UNILEAO.EDU.BR

VDRL	Negativo	Repetir no 3º trimestre
	Positivo	Encaminhar para o médico para iniciar Tratamento da gestante e do seu parceiro.
HBsAg	Negativo	Repetir no 3º trimestre
	Positivo	Referenciar ao Alto Risco
Anti-HCV	Negativo	Repetir no 3º trimestre
	Positivo	Referenciar ao Alto Risco
Teste Rápido de HIV	Negativo	Repetir no 3º trimestre
	Positivo	• Encaminhar para o Serviço de Referência em SIDA/IST; • Encaminhar para o Pré-natal de Alto Risco e manter acompanhamento na UBS.
Teste Rápido de Sífilis	Negativo	Repetir no 3º trimestre
	Positivo	• Iniciar tratamento; • Considerar histórico prévio de diagnóstico e tratamento de sífilis; • Solicitar o VDRL quantitativo para monitoramento; • Testar parceiros sexuais e tratar.

Teste rápido para infecção pelo HBV	Negativo	Repetir no 3º trimestre
	Positivo	Referenciar ao Alto Risco
Teste Rápido de Hepatite C	Negativo	Repetir a cada 3 meses
	Positivo	Referenciar ao Alto Risco
Anti - HBS	Não Reagente	Iniciar esquema vacinal no 2º trimestre gestacional.
	Reagente	Imunizada
Sorologia para Toxoplasmose	- IgM (-) IgG (-)	Susceptível Repetir a cada 3 meses.
	Se apenas IgG (+)	Sem exame adicional
	Se IgM (+)	Referenciar ao Alto Risco
Sumário de Urina	Normal	Repetir a cada 3 meses
	Alterações	Encaminhar para avaliação médica
Urocultura	Sem crescimento	Repetir a cada 3 meses
	Alterações	Encaminhar para avaliação médica

Fonte: Brasil, 2012; Sousa, 2018 (Adaptado)

Ultrassonografia Obstétrica

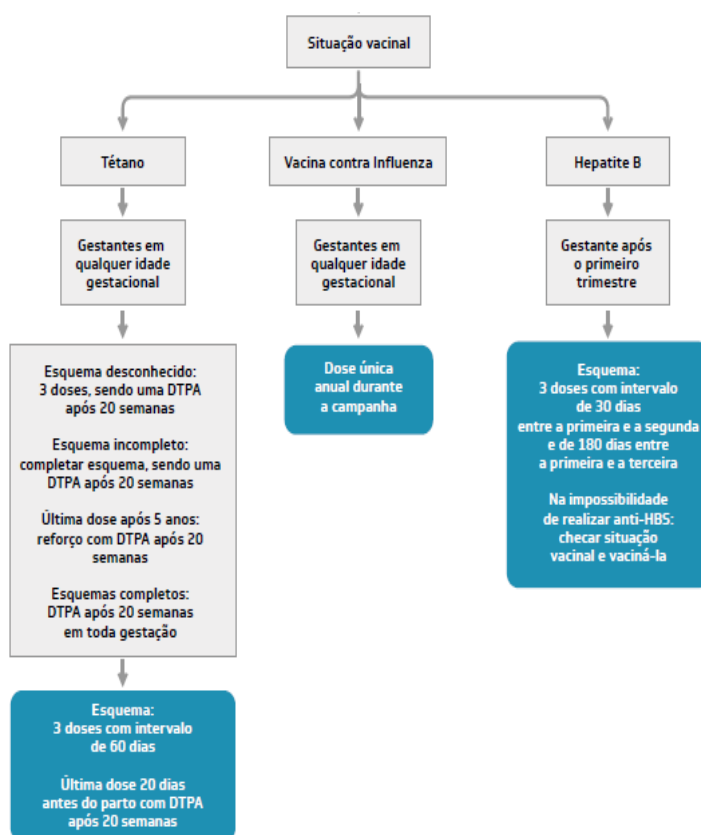
Segundo o Ministério da Saúde, a ultrassonografia obstétrica não é obrigatória em gestações sem complicações. Idealmente deveria ser realizada entre 11-14 semanas e entre 20-24 semanas, que são os melhores períodos para rastreamento das principais complicações maternas e fetais. Na impossibilidade de seguir essa recomendação, optar por um ultrassom no segundo trimestre, com a função de verificar a idade gestacional e a morfologia fetal (Sousa, 2018).

Vacinação da gestante

A vacinação é a medida mais eficaz para prevenção de doenças que podem ser prevenidas. A vacinação durante a gestação objetiva não somente a proteção de gestantes, mas também a proteção do feto. Deve-se assim, durante o acompanhamento pré-natal atualizar o seu cartão de vacinas.

A vacinação deve seguir as recomendações do Calendário de vacinação vigente proposto pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde (Brasil, 2012).

Fluxograma 1. Situação vacinal da gestante.



Fonte: Sousa, 2018.

4.5 REGISTRO

O uso do SOAP permite o correto registro e implementação do **processo de Enfermagem (PE)**.

ETAPAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM			
	ETAPA	SOAP	PE
S	Subjetivo	Informações colhidas na entrevista sobre o motivo da consulta/problema/necessidade	Histórico de Enfermagem (entrevista)
O	Objetivo	Dados do exame físico, laboratoriais e complementares	Histórico de Enfermagem (exame físico)
A	Avaliação	Avaliação dos problemas	Diagnóstico de Enfermagem Planejamento de Enfermagem Avaliação de Enfermagem
P	Plano	Plano de cuidados / conduta	Implementação Intervenções de Enfermagem

Fonte: Adaptado COREN-SC, 2020.

5 OBSERVAÇÕES

As gestantes podem apresentar ganhos de peso distintos, de acordo com seu IMC inicial. Para a previsão do ganho, faz-se necessário calcular quanto a gestante já ganhou de peso e quanto ainda deve ganhar até o fim da gestação em função da avaliação clínica (Brasil, 2012).

Estado nutricional inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres*	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo peso (< 18,5kg/m²)	0,5 (0,44 – 0,58)	12,5 – 18,0
Adequado (18,5 – 24,9kg/m²)	0,4 (0,35 – 0,50)	11,5 – 16,0
Sobrepeso (25,0 – 29,9kg/m²)	0,3 (0,23 – 0,33)	7,0 – 11,5
Obesidade (≥ 30kg/m²)	0,2 (0,17 – 0,27)	5,0 – 9,0

Fonte: Brasil, 2012.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 05 de dezembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas**, Ministério da Saúde, Brasília,

UNILEAO.EDU.BR

DF, 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 08 de dezembro de 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 32: Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 04 de dezembro de 2023.

CEARÁ, Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Nota Técnica. **Recomendações e orientações para a Suplementação de Vitamina A e Ferro dos Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes na Atenção Primária à Saúde**. 28 de junho de 2023, Nº 3, 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN-SC). **Protocolo de Enfermagem Volume 1. Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares**. Florianópolis, 2020. 57 p. Disponível em: https://wiki.smsbrusque.sc.gov.br/images/0/00/PROTOCOLO-ENFERMAGEM-VOLUME-1-COREN_atualizado.pdf. Acesso em: 07 de dezembro de 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO MATO GROSSO DO SUL (COREN-MS). **Protocolo de Enfermagem na atenção primária à saúde: Saúde da mulher** [livro eletrônico] / [Organização] Conselho Regional de Enfermagem do Mato Grosso do Sul, 2022. Disponível em: http://www.corenms.gov.br/wp-content/uploads/2020/11/COREN_MS_PROTOCOLO_Saude-da-Mulher.pdf. Acesso em: 05 de dezembro de 2023.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2021-2023**. Tradução de Regina Machado Garcez. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

RECH, A. et al. **Protocolo de assistência ao pré-natal na atenção primária à saúde**. Prefeitura Municipal de Porto Velho. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Divisão Saúde da Família e Linhas de Cuidados. Subgerência do Núcleo de Saúde Da Mulher. Porto Velho, Rondônia, 3ª ed. 2023. Disponível em: <https://semusa.portovelho.ro.gov.br/uploads/arquivos/2023/05/23266/1683047229protocolo-pn-revisado.pdf>. Acesso em: 05 de dezembro de 2023.

SOUSA, L de A. R. et al., **Nascer no Ceará: condutas assistenciais para a linha de cuidado materno-infantil do estado do Ceará- Fortaleza: Littere**, 2018. Disponível em: https://www.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2019/04/NNC_livro_colaboradores.pdf. Acesso em: 06 de dezembro de 2023.

PROTOCOLOS DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM

Procedimento	Consulta de Enfermagem no Puerpério	Emissão: 02/2025
		Próxima revisão: 02/2026

1 DEFINIÇÃO

A atenção ao puerpério é fundamental para a saúde materna e do recém-nascido e deve envolver o pai, a família e toda a rede de apoio, a fim de avaliar o estado de saúde da mãe e do binômio, orientar e apoiar a família sobre os cuidados básicos e identificar condições de risco e vulnerabilidade (Brasil, 2016).

O puerpério é o período que se inicia imediatamente após o parto e dura aproximadamente seis semanas, havendo variabilidade na duração entre as mulheres, relacionadas a mudanças anatômicas e fisiológicas no organismo da mulher, questões de ordem psicossocial relacionadas à maternidade, à sexualidade, à autoestima, à reorganização da vida pessoal e familiar que estejam ocorrendo concomitantemente e influenciem a passagem desse período. Para facilitar a organização das ações de saúde, o puerpério pode ser dividido em imediato (do 1º ao 10º após o parto), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (após o 45º dia, com término imprevisto) (Brasil, 2016).

Um aspecto essencial a avaliar no pós-parto é a amamentação, prática de fundamental importância para mãe e filho, que deve ser sempre incentivada e protegida, salvo casos excepcionais. O leite materno é importante para a saúde da criança pois contém nutrientes e estimulantes imunológicos (Coren-CE, 2020).

A amamentação traz benefícios ao desenvolvimento cognitivo e psicomotor da criança, bem como à relação mãe-filho, tendo como características aumentar o intervalo entre as gestações e reduzir a incidência de determinadas doenças na mulher. É neste período que mais ocorrem as intercorrências relacionadas ao processo de amamentação, que se não forem detectadas e tratadas podem interromper precocemente o processo da amamentação (Coren-CE, 2020).

2 OBJETIVOS DA CONSULTA

- Descrever as ações da consulta de enfermagem às puérperas, dentro do contexto da Estratégia de Saúde da Família, sendo elas realizadas no domicílio da paciente ou na unidade de saúde, embasadas na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

3 MATERIAIS

- Ficha Clínica;
- Caderneta da gestante;
- Estetoscópio;
- Esfigmomanômetro;
- Termômetro;
- Oxímetro de pulso;
- Luva descartável.

4 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS (SOAP)

As atividades desenvolvidas por ocasião da consulta englobam:

4.1 ANAMNESE / HISTÓRICO (SUBJETIVO)

Classificação Internacional de Atenção Primária – 2ª Edição - CIAP2	
Código	Motivo da consulta
44	Vacinação/medicação preventiva
45	Educação em saúde/aconselhamento/dieta
46	Consulta com profissional de APS
50	Medicação/prescrição/renovação/injeção

Identificação

- Nome;
- Data de nascimento;
- Cartão Nacional do SUS (CNS);
- Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Cor;
- Naturalidade / Procedência;
- Endereço;
- Agente Comunitário de Saúde (ACS);
- Unidade de Saúde;

Dados socioeconômicos

- Escolaridade;
- Profissão / ocupação;
- Estado civil / união;
- Número e idade de dependentes (deve-se avaliar a sobrecarga de trabalho doméstico);
- Renda familiar (pessoas da família com renda);
- Condições de moradia (tipo, nº de cômodos);
- Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo);
- Distância da residência até a unidade de saúde.

Queixas

- Percepção a respeito da situação de saúde, queixas gerais (início, tempo de duração, intensidade, ciclicidade e fatores predisponentes), condições crônicas, uso de medicamentos.

Antecedentes pessoais gerais

- Alergias (inclusive medicamentosas);
- Realização de exames e testagens no pré-natal;
- Uso de ácido fólico e sulfato ferroso na gestação;
- Uso de medicação de uso contínuo;
- Uso de drogas, tabagismo e alcoolismo;
- Situação vacinal.

Antecedentes gineco- obstétricos

- Número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme);
- Número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, por fórceps, cesáreas – indicações);
- Número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por IST, complicados por infecções, relato de insuficiência istmo cervical, história de curetagem pós-abortamento);
- Número de filhos vivos;
- Gemelaridade;

- Intercorrências ou complicações em gestações anteriores (como síndromes hemorrágicas ou hipertensivas, isoimunização Rh, diabetes gestacional, incompetência istmo cervical, gravidez ectópica);
- Complicações nos puerpérios (deve-se descrevê-las);
- Histórias de aleitamentos anteriores (tempo, intercorrências ou desmame precoce, desejo de amamentar).
- Última citologia oncótica e resultado.

História Atual

- Experiência do parto;
- Data e período do atendimento:
 - Puerpério imediato (do 1º ao 10º dia após o parto) | Puerpério Tardio (do 11º ao 45º dia).
- Local do atendimento:
Unidade de Saúde | Domicílio
- Puérpera com parto de:
Nascido vivo | Natimorto / óbito fetal;
- Nº de consultas pré-natal;
- Data do parto;
- Semana gestacional do parto;
- Tipo de gestação (pré-termo, a termo, pós-termo);
- Local do parto;
- Tipo de parto
Se vaginal, indicar se houve episiotomia ou laceração;
Em caso de parto vaginal com lacerações ou realização de episiotomia, perguntar sobre dor em local de sutura, presença de secreções e sinais flogísticos ou outras alterações.
Se cesárea, informar indicação e intercorrências no parto ou no pós-parto, como febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões, isoimunização pelo fator Rh);
Parto cesáreo: observar condições da ferida operatória, ver sinais flogísticos e presença de secreção.
- Atentar aos sinais de alerta: febre, sangramento vaginal, dor pélvica ou infecção, leucorreia fétida, alteração da pressão arterial, tontura muito frequente, mamas

ingurgitadas e doloridas. Caso haja a presença de algum desses sintomas, deve ser realizada avaliação médica e, se necessário, solicitar remoção para o serviço hospitalar.

- Dados do Recém-nascido: peso ao nascer, comprimento, perímetro cefálico, esquema vacinal (BCG e Hepatite B – 1ª dose), APGAR, triagens neonatais realizadas na Maternidade (Teste do coraçãozinho, Teste do reflexo vermelho (olhinho) e encaminhamento para Teste do pezinho e da orelhinha); tipo de alimentação e intercorrências no nascimento;
- Questionar sobre aleitamento materno, frequência das mamadas durante o dia e a noite, dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas, condições das mamas;
- Atividades da rotina doméstica;
- Hábitos alimentares;
- Ingesta hídrica;
- Eliminações urinárias e vesicais;
- Prática de atividades físicas;
- Medicamentos utilizados no momento;
- Hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas;
- Alergias;
- Padrão do sono;
- Condições psicoemocionais, como o humor da puérpera, preocupações, desânimo e fadiga, aceitação ou não do recém-nascido pela mulher; tentar para estado psíquico (sinais e sintomas de *Baby Blues*, depressão e psicose puerperal);
- Condições sociais da puérpera, pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para atendimento a necessidades básicas, estimular a mesma a estabelecer uma rede de apoio social.
- Identificar vulnerabilidades (violência, situação de rua, abandono do parceiro, situação de moradia e de acesso a serviços, situação de emprego e renda), riscos (uso de drogas lícitas e ilícitas).

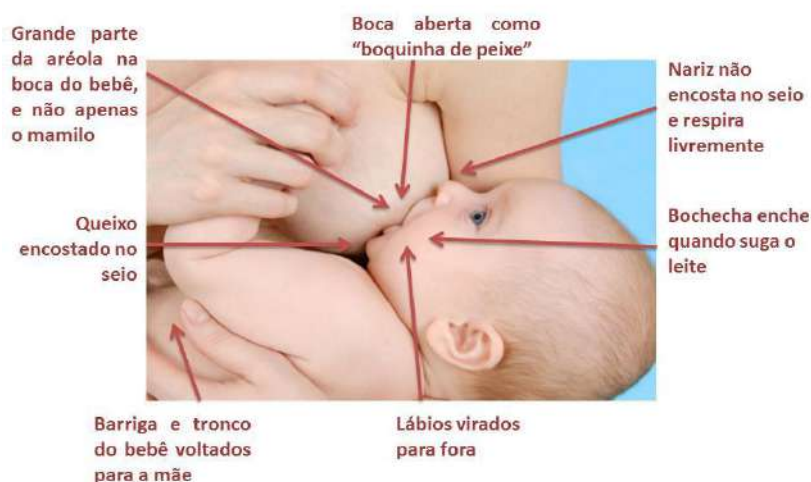
4.2 EXAME FÍSICO (OBJETIVO)

Exame físico geral

UNILEAO.EDU.BR

- Avaliar o Estado geral (EGB, EGR, EGP);
- Determinação do peso e da altura; cálculo do IMC;
- Avaliação do estado nutricional (baixo peso, adequado, sobrepeso e obesidade);
- Sinais vitais: medida da pressão arterial; aferição do pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar, glicemia capilar;
- Inspeção e palpação da pele e anexos (cor, temperatura, umidade, turgor, presença de lesões);
- Realizar ausculta cardiopulmonar;
- Mamas: tipo de mamilo (hipertrófico, protuso, semi-protuso, plano, invertido), presença de alterações nas mamas (fissuras, ingurgitamento, mastite, escoriações, sinais inflamatórios ou infecciosos, cicatrizes que dificultem amamentação), avaliar sinal da pega;
- Avaliar a amamentação: posição correta (mãe deve estar em posição confortável, o bebê deve estar virado para a mãe, bem junto de seu corpo, completamente apoiado e com os braços livres, cabeça e corpo do bebê alinhados em linha reta, face voltada para o seio, o nariz ou o lábio superior em frente ao mamilo); pega correta (a boca do bebê deve ficar bem aberta, o bebê abocanha parte da aréola; seu queixo fica muito próximo ou toca o peito da mãe; vê-se pouca aréola por baixo da boca do bebê; os lábios devem estar voltados para fora, como uma “boca de peixe”; o bebê suga, faz uma pausa e suga novamente; a mãe pode ouvir o bebê deglutir) cada bebê tem seu próprio ritmo de mamar, o que deve ser respeitado.

Figura 1. Técnica e manejo correto para amamentação.



Fonte: Coren-CE, 2020.

- Palpar o abdome. Avaliar involução uterina, dor, cicatriz de ferida operatória em caso de cesárea (sinais flogísticos, presença de secreção);
- Avaliar o períneo e vulva. Atentar para lacerações (extensão, localização e aspecto), episiorrafia, pontos cirúrgicos, sinais flogísticos, presença de hematoma, edemas, hiperemia, avaliar condições de higiene íntima, avaliar loquiação e suas características (coloração, odor e quantidade), presença de secreções, avaliar região anal, verificar presença de hemorroidas;
- Tipos de Lóquios: sanguíneo (vermelho): até o 5º dia, apresenta volume variável semelhante à menstruação; serossanguíneo (marrom): do 5º até o 10º dia; e seroso (amarelo): a partir do 10º dia);
- Avaliar membros inferiores. Observar a presença de edemas, dor, hiperemia local; sinais flogísticos, varicosas e sinais de trombose venosa.

Medidas Antropométricas

- Peso;
- Estatura;
- Índice de Massa Corporal (IMC) - Classificação nutricional: Baixo peso/ Adequado/ Sobrepeso/ Obesidade/grau.

Medidas Sinais Vitais

- Pressão Arterial (PA);
- Frequência Cardíaca (FC);
- Frequência Respiratória (FR);
- Temperatura;
- Glicemia capilar;

4.3 DIAGNÓSTICOS (INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES) (AVALIAÇÃO)

- Estabelecer Diagnósticos de Enfermagem conforme a condição clínica da paciente utilizando como referência a Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA).

Possíveis Diagnósticos de Enfermagem (NANDA)

- Amamentação ineficaz;
- Amamentação interrompida;
- Disposição para amamentação melhorada;
- Produção insuficiente de leite materno;
- Eliminação urinária prejudicada;
- Constipação;
- Risco de Constipação;
- Distúrbio no padrão do sono;
- Levantar-se prejudicado;
- Paternidade ou maternidade prejudicada;
- Risco de Paternidade ou maternidade prejudicada;
- Disposição para Paternidade ou maternidade melhorada;
- Tensão do papel de cuidador;
- Risco de Tensão do papel de cuidador;
- Risco de vínculo prejudicado;
- Conflito no papel de pai/mãe;
- Desempenho de papel ineficaz;
- Interação social prejudicada;
- Relacionamento ineficaz;
- Padrão de sexualidade ineficaz;
- Síndrome do estresse por mudança;
- Sobrecarga de estresse;
- Medo;
- Risco de Infecção;
- Risco de infecção no sítio cirúrgico;
- Integridade da pele prejudicada;
- Lesão no complexo áreolo-mamilar;
- Risco de sangramento;
- Risco do distúrbio do binômio mãe-feto;

OBS: Outros diagnósticos poderão ser utilizados mediante a situação avaliada na consulta.

Problemas e/ou condições avaliados neste atendimento (CIAP2)	
Código	Motivo da consulta
A03	Febre
A08	Inchaço
A18	Preocupação com aparência
A93	Medicina preventiva / manutenção da saúde
D02	Dores abdominais, epigástricas
D08	Gases / flatulência
N01	Cefaleia
P03	Tristeza/Sensação de depressão
P06	Perturbação do sono
P29	Sinais e sintomas psicológicos, outros
S01	Dor / sensibilidade dolorosa pele
U01	Disuria / micção dolorosa;
U07	Urina escura / mal cheiro
U71	ITU
W11	Contracepção Oral
W14	Contracepção/outros
W17	Hemorragia pós-parto
W18	Sinais e sintomas do pós-parto
W19	Sinais e sintomas da mama ou lactação
W70	Infecção puerperal
W71	Infecções que complicam a gravidez
W90	Parto sem complicações de nascido vivo
W91	Parto sem complicações de natimorto
W92	Parto com complicações de nascido vivo
W93	Parto com complicações de natimorto
W94	Mastite puerperal
W96	Outras complicações do puerpério
W99	Outros problemas da gravidez/parto
X01	Dor genital
X14	Secreção vaginal

UNILEAO.EDU.BR

X16	Prurido
X18	Dor na mama feminina
X20	Sinais e sintomas do mamilo da mulher
X21	Sinais e sintomas da mama feminina, outros
X22	Preocupação com a aparência da mama feminina

4.4 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (PLANO)

Realização das ações ou intervenções necessárias mediante condição de saúde do paciente.

- Acolher a puérpera conforme suas necessidades;
- Encorajar a verbalização de sentimentos e medos;
- Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC);
- Orientar a puérpera sobre:
 - Hábitos de higiene íntima e pessoal (troca frequente de absorvente, higiene íntima com água após as eliminações);
 - Sobre alimentação saudável, rica em ferro, legumes e verduras. Evitar alimentos condimentados e com cafeína, beber bastante água;
 - Evitar cigarro, bebidas alcoólicas, drogas e medicamentos sem prescrição médica;
 - A realização de exercícios metabólicos a fim de evitar a estase venosa e edema, exercícios respiratórios para aumentar a expansão torácica e exercícios de alongamento focando membros inferiores e superiores a fim de favorecer a motilidade gastrointestinal;
 - Em caso de cesárea, evitar contração perineal e abdominal até cicatrização da sutura, após retirar os pontos, orientar automassagem para evitar alterações na cicatriz;
 - As atividades sexuais, podem ser restabelecidas por volta de 40 dias após o parto, informando-a a respeito da prevenção de IST/AIDS;
 - Sobre o planejamento familiar e a utilização de método contraceptivo, se for o caso: dando informações gerais sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto; como funciona o método da LAM (amenorreia da lactação); se a mulher não deseja ou não pode usar a LAM, ajude-a na escolha de outro método; disponibilize o

método escolhido pela mulher com instruções para o seu uso, seus possíveis efeitos adversos e dando-lhe instruções para o seguimento;

- Cuidados com as mamas e mamilos: higiene, presença de fissuras, ingurgitamento, mastite etc;
 - Amamentação: produção e descida do leite e realizar avaliação da amamentação em todos os momentos, quanto à posição e pega correta; mitos da amamentação; detecção precoce e resolução dos problemas na amamentação; explicar as vantagens da amamentação para a mulher, RN e sociedade; manutenção da amamentação exclusiva até os 6 meses do RN e complementada até os 2 anos minimamente;
 - Cuidados com o recém-nascido;
 - Direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas).
- Estimular o aleitamento materno exclusivo, se não houver contraindicações, considerando o desejo de amamentar;
 - Orientar quanto a importância de manter uma boa postura durante a amamentação, orientar a partir da realidade da mulher, a adequação do lugar utilizado para amamentação e postura no leito para evitar desconforto, posicionamento incorreto do bebê e dor musculoesquelética; estimular a deambulação;
 - Avaliar vínculo mãe-filho;
 - Avaliar aspecto emocional da puérpera;
 - Administrar vacinas (a dupla tipo adulto, Hepatite B e a tríplice viral), se necessário;
 - Manter suplementação de ferro: 40mg/dia de ferro elementar, até três meses após o parto, para mulheres sem anemia diagnosticada;
 - Encaminhar para avaliação médica diante de intercorrências;
 - Registrar as informações em prontuário e Caderneta da Gestante.

4.5 REGISTRO

O uso do SOAP permite o correto registro e implementação do **processo de Enfermagem (PE)**.

ETAPAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM			
	ETAPA	SOAP	PE
S	Subjetivo	Informações colhidas na entrevista sobre o motivo da consulta/problema/necessidade	Histórico de Enfermagem (entrevista)
O	Objetivo	Dados do exame físico, laboratoriais e complementares	Histórico de Enfermagem (exame físico)
A	Avaliação	Avaliação dos problemas	Diagnóstico de Enfermagem Planejamento de Enfermagem Avaliação de Enfermagem
P	Plano	Plano de cuidados / conduta	Implementação Intervenções de Enfermagem

Fonte: Adaptado COREN-SC, 2020.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 32: Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf: Acesso em 18 de dezembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 14 de dezembro de 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ (COREN-CE). **Cuidado à saúde da mulher na Atenção Primária em Saúde (APS): Protocolo de Enfermagem**. Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, **Gestão COREN-CE 2018/2020**, Fortaleza, 2020. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2020/09/PROTOCOLO-DE-SAUDE-DA-MULHER-finalizado-para-publica%C3%A7%C3%A3o.pdf> Acesso em: 15 de dezembro de 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO MATO GROSSO DO SUL (COREN-MS). **Protocolo de Enfermagem na atenção primária à saúde: Saúde da mulher** [livro eletrônico] / [Organização] Conselho Regional de Enfermagem do Mato Grosso do Sul, mato Grosso do Sul, 2022. Disponível em: http://www.corenms.gov.br/wp-content/uploads/2020/11/COREN_MS_PROTOCOLO_Saude-da-Mulher.pdf. Acesso em: 14 de dezembro de 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN-SC).

Protocolo de Enfermagem Volume 1. Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares. Florianópolis, 2020. 57 p. Disponível em:

https://wiki.smsbrusque.sc.gov.br/images/0/00/PROTOCOLO-ENFERMAGEM-VOLUME-1-COREN_atualizado.pdf. Acesso em: 07 de dezembro de 2023.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e**

classificação 2021-2023. Tradução de Regina Machado Garcez. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (SMS-BH). **Protocolo Pré-natal e Puerpério.** 2ª ed. Revisada e Atualizada 134 p. Minas Gerais: SMS-

BH; 2019. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/Protocolo_pre-natal_perperio-14-06-2019.pdf. Acesso em: 14 de dezembro de 2023.

CAMPUS CRAJUBAR

Av. Padre Cicero, 2830, Cajulna São
Geraldo, Juazeiro do Norte - CE
CEP: 63022-115
Telefone/Fax: (88) 2101-1000/2101-1001
CNPJ: 02.391.959/0001-20

CAMPUS SAÚDE

Av. Leão Sampaio, Km 3, Lagoa Seca,
Juazeiro do Norte - CE
CEP: 63040-005
Telefone: (88) 2101-1050
CNPJ: 02.391.959/0002-01

CAMPUS LAGOA SECA

Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n, Lagoa
Seca, Juazeiro do Norte - CE
CEP: 63040-405
Telefone: (88) 2101-1046
CNPJ: 02.391.959/0003-92

CLÍNICA-ESCOLA

Rua Ricardo Luiz de Andrade, 311,
Planalto, Juazeiro do Norte - CE
CEP: 63047-310
Telefone: (88) 2101-1065
CNPJ: 02.391.959/0004-73

NÚCLEO DE PRÁTICA JURÍDICA

Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n, Lagoa Seca,
Juazeiro do Norte - CE | CEP: 63040-405
Telefone: (88) 2101-1071
CNPJ: 02.391.959/0005-54

PROTOCOLOS DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM

Procedimento	Consulta de Enfermagem nas Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	Emissão: 02/2025
		Próxima revisão: 02/2026

1 DEFINIÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos. A principal via de transmissão é contato sexual, oral, vaginal e/ou anal, sem o uso de preservativo, com uma pessoa que esteja infectada. A transmissão de uma IST pode acontecer, ainda, da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação. De maneira menos comum, as IST também podem ser transmitidas por meio não sexual, pelo contato de mucosas ou pele não íntegra com secreções corporais contaminadas, e mais raramente ainda, por meio de transfusão de sangue (Coren-MS, 2020).

2 OBJETIVOS DA CONSULTA

- Descrever as ações da consulta de enfermagem ao paciente com IST'S, dentro do contexto da Estratégia de Saúde da Família, embasados na Sistematização da Assistência de Enfermagem.
- Orientar, esclarecer as dúvidas e sensibilizar os pacientes para atitudes seguras, para que assim haja redução dos riscos de contaminação, promovendo, desse modo, hábitos e comportamentos saudáveis.
- Interromper a cadeia de transmissão da forma mais efetiva e imediata possível;
- Evitar as complicações advindas das IST assim como a transmissão do HIV;
- Prevenir a regressão imediata dos sintomas;
- Evitar transmissão da doença para parcerias sexuais e para os conceitos no caso de gestantes.

3 MATERIAL

- Estetoscópio;
- Oxímetro;
- Termômetro;
- Luvas descartáveis.

4 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS (SOAP)

4.1 ANAMNESE

É inserido, no sistema, o motivo da consulta, por meio de códigos (Classificação Internacional de Atenção Primária – 2ª Edição – **CIAP2**). Abaixo, apresentam-se alguns possíveis motivos para a realização da consulta:

Código	Motivo da consulta
45	Educação em saúde / aconselhamento / dieta
46	Consulta com profissional de APS
48	Esclarecimento / Discussão do motivo da consulta
50	Medicação / Prescrição / Renovação / Injeção
58	Aconselhamento / Escuta terapêutica
60	Resultados de análises / procedimentos

No decorrer da realização da anamnese, algumas informações precisam ser preenchidas e conferidas no sistema, incluindo-se:

- Nome;
- Data de Nascimento;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Unidade de Saúde;
- Agente comunitário de Saúde (ACS);
- Escolaridade;
- Estado civil;
- Identidade de gênero;
- Orientação sexual.

4.2 HISTÓRICO DE ENFERMAGEM (SUBJETIVO)

Nesta etapa, por meio da continuidade do processo de anamnese, coleta-se informações correlacionadas ao estilo de vida e hábitos do paciente:

- Antecedentes pessoais;
- Antecedentes familiares (Histórico de Câncer do colo uterino);

UNILEAO.EDU.BR

- Hábitos atuais: fumo (nº de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas;
- Medicamentos usados;
- Antecedentes patológicos, em especial as IST/HIV;
- Antecedentes de tratamento para IST/HIV;
- Histórico de vacina para HPV e Hepatite B;
- Início da atividade sexual (idade da primeira relação); dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual); práticas sexuais; nº de parcerias; uso de preservativo masculino ou feminino (uso correto? Uso habitual?);
- Se gestante com sífilis: Nº de gestações; Nº de abortamentos – espontâneos provocados; Nº de recém-nascidos pré-termo (antes da 37ª semana); Nº de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g); Nº de natimortos – morte intraútero e idade gestacional em que ocorreu; tratamento prévio; comprovação do tratamento com penicilina; VDRL inicial e de seguimento;
- Se criança com sífilis: histórico de tratamento da mãe; tratamento anterior da própria criança (hospitalar e ambulatorial); histórico de exames (testes treponêmicos e não treponêmicos, RX de ossos longos, hemograma e líquido), seguimento da criança até dois anos de idade (acompanhamento neurológico, oftalmológico e audiológico);
- Presença de queixas relacionadas a corrimentos. A queixa deve ser avaliada no momento do exame e tratada quando necessário, não descartando a oportunidade de realizar a coleta do material para o exame colpocitológico na mulher, se houver possibilidade. No entanto, em alguns casos, como na suspeita de tricomoníase, recomenda-se tratar a mulher e reagendar a coleta do material cervical em 3 meses, pelo risco de prejuízo da amostra. Presença de queixas sobre presença de feridas, gânglios infartados, alopecia, febre, mal-estar, dentre outros sintomas devem ser considerados como indicativo de IST;
- Sedentarismo;
- Uso de métodos contraceptivos.

Histórico sexual, reprodutivo e obstétrico

- Data da última citologia oncótica / Resultado;
- Satisfação sexual pessoal ou casal- apresenta dificuldades?
- Apresenta dispareunia?
- Apresenta sangramento vaginal pós-coito?

UNILEAO.EDU.BR

- Histórico vacinal.

Queixas

- Percepção a respeito da situação de saúde (início, tempo de duração, intensidade, ciclicidade e fatores predisponentes), condições crônicas, uso de medicamentos.

4.3 EXAME FÍSICO (SUBJETIVO)

- **Estado geral** | Estado Geral Bom (EGB) | Estado Geral Regular (EGR) | Estado Geral Péssimo (EGP);
- **Frequência respiratória** | Eupneico | Dispneico | Taquipneico | Bradipneico;
- **Frequência cardíaca** | Normocárdico | Bradicárdico | Taquicárdico;
- **Condições da pele/ mucosas** | Corada | Pálida | Ictérica | Cianótica | Íntegra | Apresenta lesões | Tipo e local;
- **Nutrição** | Boa | Regular | Ruim;
- **Abdômen** | Plano | Globoso | Semi-globoso | Indolor | Doloroso | Involução uterina | Incisão cirúrgica | **Em caso de cesárea:** Sinais flogísticos | Presença de secreção;
- **Urina** | Normal | Alterada | Não sabe informar;
- **Eliminação intestinal** | Diária | Irregular;
- **Higiene corporal** | Boa | Precária | Péssima;
- **Edema** | Presentes | Ausentes;
- **Varicosas** | Presentes | Ausentes;
- **Padrão do sono** | Padrão Diminuído | Aumentado | Dificuldades para dormir?
- **Reações e Comportamentos** | Medo | Agressividade | Ansiedade | Frustração | Aflição | Agitação | Tranquilidade | Incapacidade;

Exames realizados

Registrar resultados de exames (quando houver)

Medidas Antropométricas

- Peso;
- Estatura;
- Índice de Massa Corporal (IMC);

- Classificação nutricional: Baixo peso/ Adequado/ Sobrepeso/ Obesidade/ Grau;

Medidas dos Sinais Vitais

- Pressão Arterial (PA);
- Frequência Cardíaca (FC);
- Frequência Respiratória (FR);
- Temperatura.

4.4 DIAGNÓSTICOS (INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES) (AVALIAÇÃO)

Processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença. Constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

- Estabelecer diagnósticos de enfermagem conforme condição clínica da paciente utilizando como referência a Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA).

Principais diagnósticos de enfermagem utilizados neste tipo de atendimento:

- Comportamento de saúde propenso a risco;
- Negação ineficaz;
- Ansiedade;
- Medo;
- Proteção ineficaz;
- Risco de infecção;
- Disposição para o controle aumentado do regime terapêutico;
- Controle ineficaz da saúde;
- Manutenção ineficaz da saúde;
- Integridade da pele prejudicada;
- Conhecimento deficiente;

UNILEÃO.EDU.BR

- Déficit do conhecimento.

OBS: Outros diagnósticos poderão ser utilizados mediante a situação avaliada na consulta.

Problemas e/ou condições avaliados neste atendimento (CIAP2)	
Código	Motivo da consulta
A98	Medicina preventiva/manutenção da saúde
D01	Dor anal/retal
D05	Irritação perianal
D20	Sinais/sintomas boca / língua / lábios
D83	Doença boca / língua / lábios
P01	Sensação de ansiedade/nervosismo
P02	Reação aguda de stress
P03	Sensação de depressão
P04	Sentir/comportar forma irritável / zangada
P07	Diminuição do desejo sexual
P08	Diminuição da satisfação sexual
P09	Preocupação com a preferência sexual
P29	Sinais/sintomas psicológicos (outros)
X01	Dor genital
X04	Relação sexual dolorosa na mulher
X24	Medo da disfunção sexual
X29	Sinais sintomas aparelho genital feminino
X70	Sífilis feminina
X71	Gonorréia feminina
X73	Tricomoniase feminina
X90	Herpes genital feminino
X91	Condiloma acuminado feminino
X92	Infecção por clamídia
X99	Doença genital feminina, outra
Y01	Doença genital feminina, outra
Y02	Dor no escroto/testículos

UNILEAO.EDU.BR

Y03	Secreção uretral
Y04	Sinais/sintomas do pênis, outros
Y05	Sinais/sintomas do escroto/testículos, outros
Y16	Sinais/sintomas do escroto/testículos, outros
Y24	Medo de disfunção sexual masculina
Y25	Medo doença transmissão sexual
Y28	Limitação funcional/incapacidade
Y70	Sífilis masculina
Y71	Gonorreia masculina
Y72	Herpes genital
Y76	Condiloma acuminado
Y99	Doença genital masculina
Z12	Problema relacional com parceiro

4.5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (PLANO)

Nesta etapa, ocorre a realização das ações ou intervenções necessárias mediante condição de saúde do paciente.

- Acolher a paciente conforme suas necessidades;
- Promover ambiente de privacidade e confidencialidade;
- Realizar orientação individual e coletiva sobre a infecção pelas IST;
- Encorajar a verbalização sentimentos, percepções e medos;
- Encorajar busca ativa da(os) parceria(os);
- Tratar, acompanhar e orientar a pessoa e sua(s) parceria(s) sexual(is);
- Contribuir para que a pessoa reconheça e minimize o próprio risco de infecção por IST;
- Informar sobre a possibilidade de realizar prevenção combinada para IST/HIV/AIDS;
- Realizar reforço positivo sobre a iniciativa da busca pela adesão ao teste diagnóstico;
- Oferecer apoio e esclarecer dúvidas sobre os resultados de exames;
- Solicitar exames de testagem da(s) parceria(s) sexuais;
- Orientar sobre os riscos de automedicação;
- Facilitar o acesso ao serviço de saúde, em especial aos diagnósticos;

UNILEAO.EDU.BR

- Realizar orientação centrada na pessoa e suas práticas sexuais;
- Investigar a história clínica do casal;
- Orientar sobre fatores que interferem na atividade sexual;
- Esclarecer dúvidas referentes à atividade sexual e diminuição da libido;

Identificar a importância do afeto

- Encorajar a verbalização de sentimentos e percepções e medos;
- Incentivar a responsabilidade relativa ao comportamento sexual;
- Investigar fatores que interferem na relação sexual;
- Orientar sobre a importância das consultas ginecológicas/ urológicas periódicas;
- Estimular o diálogo sobre a situação com parceria (s);
- Oferecer folder educativo (quando disponível) sobre atividade sexual;
- Estimular a aquisição de informações sobre sexualidade (livros, revistas, etc.);
- Avaliar a presença de fatores clínicos ou psíquicos que necessitem de abordagem médica;
- Estimular a prática de sexo seguro durante todas as relações sexuais;
- Aconselhar considerando os aspectos culturais, sociais, mitos e Tabus;
- Esclarecer que situações de estresse, adoecimento, uso de medicamentos e processo de envelhecimento interferem na função sexual;
- Orientar o uso de lubrificantes à base d'água na relação sexual;
- Seguir protocolo de anticoncepção de emergência – Saúde da mulher para casos de Violência sexual; ruptura do preservativo; relação sexual sem uso de método contraceptivo ou uso inadequado do método contraceptivo (ver Protocolo Saúde da Mulher);
- Orientar e agendar retorno;
- Orientar acerca dos serviços disponíveis na rede;
- Solicitar apoio da equipe multiprofissional, se necessário;
- Avaliar situação social e solicitar apoio da rede, se necessário;
- Realizar busca dos indivíduos faltosos com resultado de exame alterado;
- Encaminhar para suporte psicológico;

- Encaminhar se necessário, os casos que necessitem de avaliação dos serviços de referência de acordo com os critérios estabelecidos no protocolo de acesso do Sistema de Regulação ambulatorial municipal.

4.6 REGISTRO

O uso do SOAP permite o correto registro e implementação do **processo de Enfermagem (PE)**.

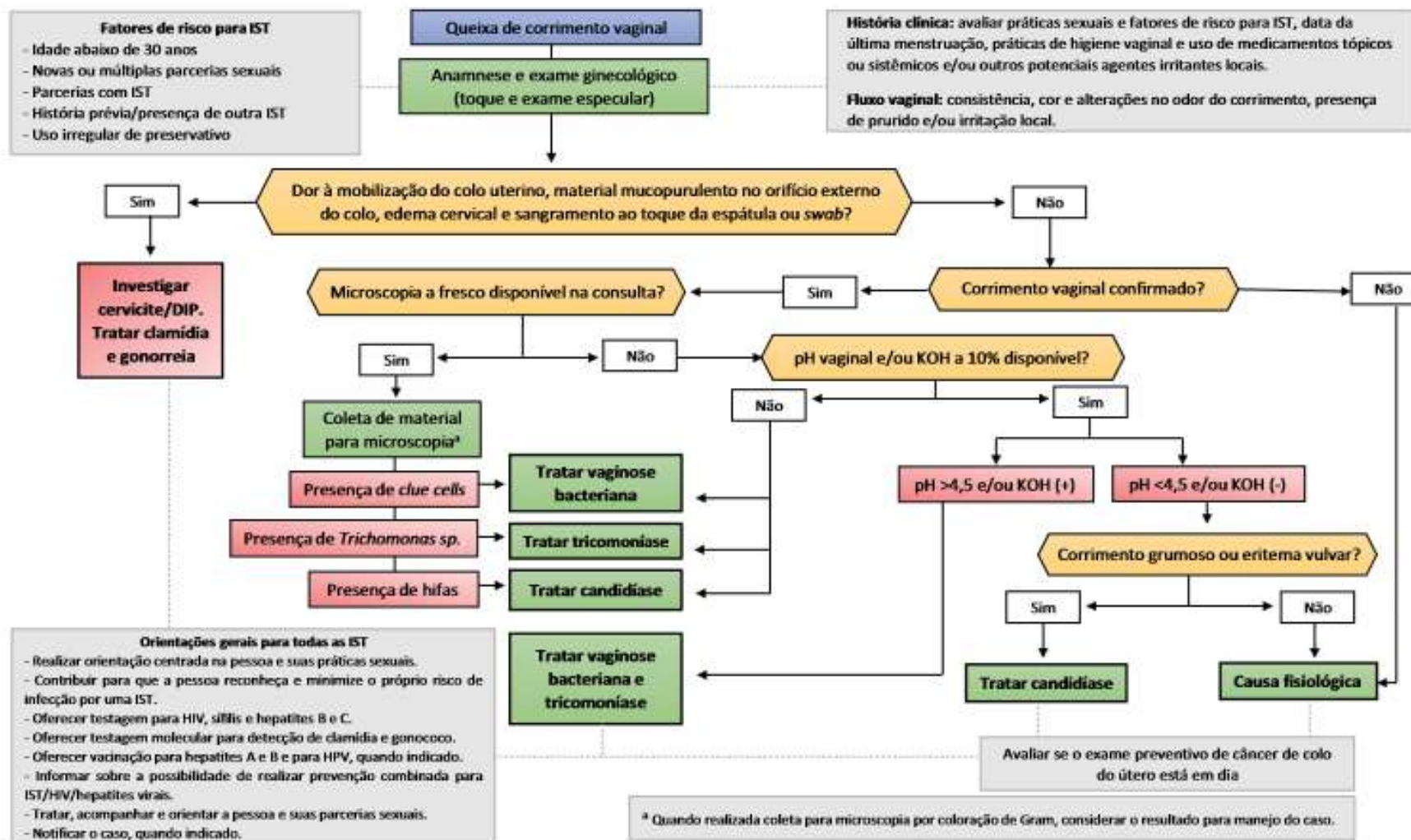
ETAPAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM			
	ETAPA	SOAP	PE
S	Subjetivo	Informações colhidas na entrevista sobre o motivo da consulta/problema/necessidade	Histórico de Enfermagem (entrevista)
O	Objetivo	Dados do exame físico, laboratoriais e complementares	Histórico de Enfermagem (exame físico)
A	Avaliação	Avaliação dos problemas	Diagnóstico de Enfermagem Planejamento de Enfermagem Avaliação de Enfermagem
P	Plano	Plano de cuidados / conduta	Implementação Intervenções de Enfermagem

Fonte: Adaptado COREN-SC, 2020.

5 OBSERVAÇÕES

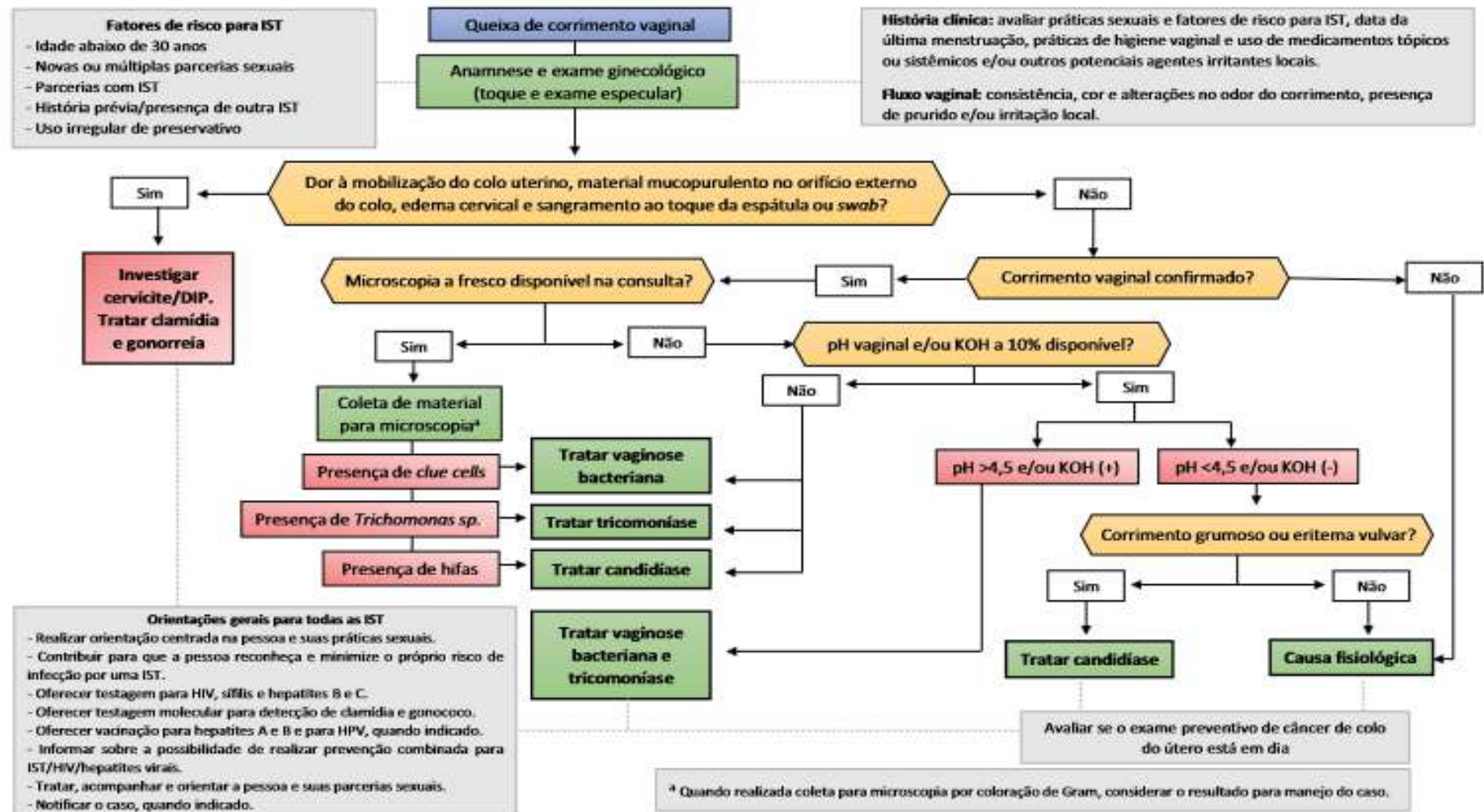
Respeitar a individualidade de cada paciente, não se utilizar de julgamento para propiciar o vínculo e realizar um bom acolhimento.

ASPECTOS ESPECÍFICOS DOS PRINCIPAIS AGENTES ETIOLÓGICOS DE CORRIMENTOS VAGINAIS E CERVICITES



Fonte: Brasil, 2022.

FFLUXOGRAMA PARA O MANEJO DE CORRIMENTO VAGINAL



Fonte: Brasil, 2022.

FLUXOGRAMA PARA O MANEJO DE CORRIMENTO VAGINAL

Quadro 1. Tratamento da Candidíase Vulvovaginal

CANDIDÍASE VULVOVAGINAL	TRATAMENTO
Primeira opção	Miconazol creme a 2% ou outros derivados imidazólicos, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias OU Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias
Segunda opção	Fluconazol 150mg, VO, dose única OU Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia
CVV complicada e CVV recorrente	Indução: fluconazol 150mg, VO, 1x/dia, dias 1, 4 e 7 OU Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia OU Miconazol creme vaginal tópico diário por 10-14 dias. <u>Manutenção:</u> fluconazol 150mg, VO, 1x/semana, por 6 meses OU Miconazol creme vaginal tópico, 2x/semana OU Óvulo vaginal, 1x/semana, durante 6 meses
- As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas. - É comum durante a gestação, podendo haver recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período. - Tratamento em gestantes e lactantes: somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado.	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Quadro 2. Tratamento de Vaginose Bacteriana

VAGINOSE BACTERIANA	TRATAMENTO
Primeira opção (incluindo gestantes e lactantes)	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias
Segunda opção	Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias
Recorrente	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 10-14 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio, via vaginal, 1x/dia, por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com óvulo de ácido bórico intravaginal de 600mg ao dia por 21 dias e metronidazol gel vaginal 100mg/g, 2x/semana, por 4-6 meses
- O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. - Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

UNILEÃO.EDU.BR

Quadro 3. Tratamento de Tricomoníase.

TRICOMONÍASE	TRATAMENTO
Primeira opção (incluindo gestantes e lactantes)	Metronidazol 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total 2g) OU Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias
- As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico. O tratamento pode aliviar os sintomas de corrimento vaginal em gestantes, além de prevenir infecção respiratória ou genital em RN. - Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 211 p.: il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf. Acesso em: 17/12/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 300 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL (COREN-RS). **Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde** [livro eletrônico]: saúde da mulher. Rio grande do Sul, 2022. Disponível em: <https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/ProtocolosEnfermagem/ProtocoloEnfermagemSaudeMulher.pdf>. Acesso em: 19/12/2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MATO GROSSO DO SUL (COREN-MS). **PROTOCOLO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, 2020. Disponível em: http://www.corenms.gov.br/wp-content/uploads/2020/11/COREN_MS_PROTOCOLO_Saude-da-Mulher.pdf. Acesso em: 22/01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS: Secretaria de Saúde. Manual de **Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem**. Campinas, 2020.

UNILEAO.EDU.BR

PROTOCOLOS DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM

Procedimento	Consulta de Enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero e mamas	Emissão: 02/2025
		Próxima revisão: 02/2026

1. DEFINIÇÃO

A conscientização contra doenças como o câncer de mama e o câncer do colo do útero é uma medida essencial. Esses são os dois tumores malignos que mais atingem a população feminina (ao lado do câncer de pele não melanoma).

O câncer de mama é uma doença causada pela multiplicação desordenada de células anormais da mama, que forma um tumor com potencial de invadir outros órgãos (INCA, 2022).

O colo do útero é a porção do útero em forma de canal que o conecta o útero com a vagina. O câncer cervical é uma doença que começa com alterações progressivas nas células do epitélio, que podem se tornar um processo invasivo ao longo de um período que varia de 10 a 20 anos. (Brasil, 2013; Brasil, 2016).

2. OBJETIVOS DA CONSULTA

- Possibilitar a execução das tarefas do enfermeiro durante o atendimento ao paciente, facilitando a detecção dos problemas e as decisões a serem realizadas;
- Identificar alterações e anormalidades;
- Avaliar sintomas referidos pela paciente;
- Detectar precocemente nódulos mamários;
- Realizar exame de rastreamento e diagnóstico de patologias cervicais e prevenção do câncer de colo uterino. Coletar material cervical (endocérvice e ectocérvice) de colo uterino.

3 MATERIAIS

- Livro de registro;
- Estetoscópio;
- Oxímetro;
- Termômetro;
- Camisola / avental;
- EPIs: óculos de proteção, avental ou jaleco e Luvas descartáveis (par);

UNILEAO.EDU.BR

- Espéculo de tamanhos variados, preferencialmente descartáveis; se instrumental metálico deve ser esterilizado de acordo com as normas vigentes;
- Lâmina de vidro com uma extremidade fosca para identificação;
- Espátula de Ayres;
- Escova cervical;
- Solução de fixação apropriada (álcool a 96% ou spray de polietilenoglicol)
- Gaze;
- Pinça Cherron;
- Luvas descartáveis.

Figura 1. Imagem representativa dos materiais necessários para a realização da coleta citopatológica.



Fonte: Imagem da internet, CARPLAST, 2025.

4 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS (SOAP)

As atividades desenvolvidas por ocasião da consulta englobam:

4.1 ANAMNESE / HISTÓRICO (SUBJETIVO)

Classificação Internacional de Atenção Primária – 2ª Edição - CIAP2	
Código	Motivo da consulta
45	Educação em saúde/aconselhamento / dieta
46	Consulta com profissional de APS
48	Esclarecimento/ Discussão do motivo da consulta
50	Medicação/prescrição/renovação / injeção

UNILEAO.EDU.BR

58	Aconselhamento / Escuta terapêutica
60	Resultados de análises / Procedimentos

Identificação

- Nome;
- Data de Nascimento;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Unidade de Saúde;
- Agente comunitário de Saúde (ACS);
- Escolaridade;
- Estado civil;
- Identidade de gênero;
- Orientação sexual;

4.2 HISTÓRICO DE ENFERMAGEM (SUBJETIVO)

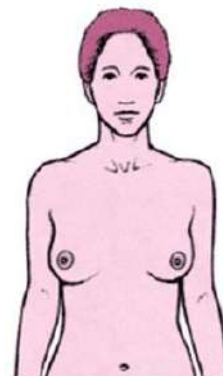
Nesta etapa, por meio da continuidade do processo de anamnese, coleta-se informações correlacionadas ao estilo de vida e hábitos do paciente:

- Etilista;
- Sedentarismo;
- Comorbidades existentes;
- Antecedentes de Infecção Sexualmente Transmissível (IST);
- Antecedentes pessoais e familiares (Câncer de mama e/ou do colo uterino);
- Patologias existentes;
- Medicamentos de rotina;
- Menarca;
- Data da Última Menstruação (DUM);
- Uso de métodos contraceptivos.

Histórico sexual, reprodutivo e obstétrico

- Desejo de engravidar;
- Data da última citologia oncológica/ Resultado;
- Data da última mamografia/ Resultado;

- Gestações/ Partos/ Abortos;
- Intercorrências no pós-parto;
- Satisfação sexual pessoal ou casal - apresenta dificuldades?
- Apresenta dispareunia?
- Apresenta sangramento vaginal pós-coito?
- Qual o método deseja utilizar?
- Histórico vacinal.



Queixas

- Percepção a respeito da situação de saúde (início, tempo de duração, intensidade, ciclicidade e fatores predisponentes), condições crônicas, uso de medicamentos.

4.3 EXAME FÍSICO (OBJETIVO)

- **Estado geral:** Estado Geral Bom (EGB) | Estado Geral Regular (EGR) | Estado Geral Péssimo (EGP);
- **Frequência respiratória:** Eupneico | Dispneico | Taquipneico | Bradipneico;
- **Frequência cardíaca:** Normocárdico | Bradicárdico | Taquicárdico;
- **Condições da pele/ mucosas:** Corada | Pálida | Ictérica | Cianótica | Íntegra | Apresenta lesões | Tipo e local;
- **Nutrição:** Boa | Regular | Ruim;
- **Mamas:**
Tipo de mamilo: Hipertrofico | Protuso | Semi-protuso | Plano | Invertido.
Mamas: Fissuras: Presentes | Ausentes | Ingurgitamento | Mastite | Sinal da pega (boa/ ruim).

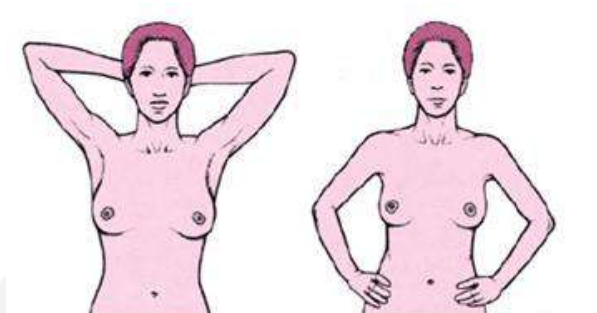
Exame Clínico das Mamas

Descrição do procedimento

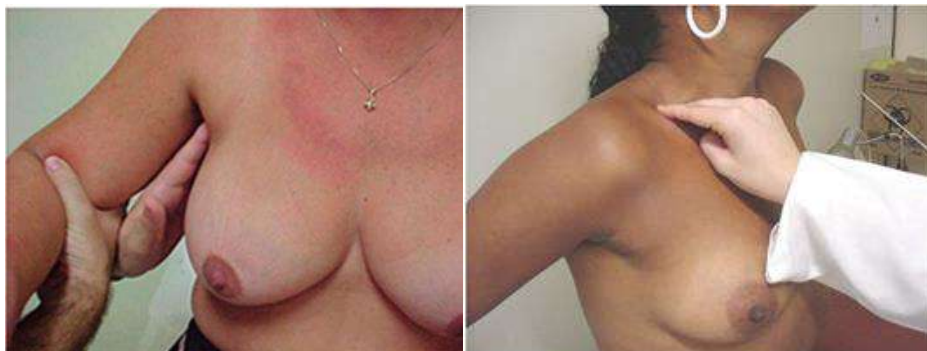
- O procedimento realizado para avaliar sinais e sintomas referidos por pacientes a fim de realizar o diagnóstico diferencial entre alterações suspeitas de câncer e aquelas relacionadas a condições benignas. O Exame Clínico das Mamas (ECM) deve incluir a inspeção estática, inspeção dinâmica, palpação das mamas e das cadeias ganglionares axilares e supraclaviculares.

Ação de enfermagem

1. Chamar a paciente, confirmar o nome e apresentar-se a ela explicando o procedimento que será realizado, esclarecendo todas as suas dúvidas antes de iniciar a execução;
2. Reunir o material;
3. Higienizar as mãos;
4. Realizar anamnese e registrar em prontuário;
5. Oferecer camisola/avental à paciente encaminhando-a ao banheiro/local reservado solicitando-a que retire a parte superior da roupa e coloque a camisola com a abertura para frente;
6. Solicitar à paciente que sente na maca;
7. Realizar a inspeção estática das mamas, observando lesões, alterações na pele, retrações, edemas e abaulamentos;
8. Realizar a inspeção dinâmica das mamas: solicitar à paciente que abra os braços paralelos ao corpo e levante até a cabeça, e com as mãos na cintura contraia a musculatura peitoral;



9. Realizar palpação dos linfonodos axilares e supraclaviculares ainda com a paciente sentada.



10. Solicitar à paciente que se deite na maca e coloque os braços atrás da cabeça;

Palpação das mamas



Expressão das mamas



11. Observar:

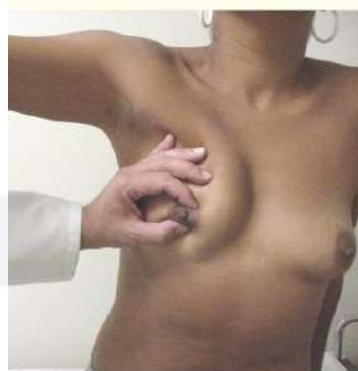
- Massa na mama;
- Retração;
- Edema e linfonodos axilares;
- Ferida no mamilo;
- Sensibilidade na mama.

12. Realizar palpação das mamas, uma de cada vez;

13. Utilizar as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos para examinar todo o tecido mamário de forma circular da área distal para proximal do mamilo;

14. Cada quadrante deve ser examinado com três níveis de pressão: leve, médio e profundo;

15. A região da aréola e da papila (mamilo) deve ser palpada e não pressionada (comprimida) a menos que haja descarga papilar espontânea; A pesquisa de descarga papilar deve ser feita aplicando-se compressão unidigital suave sobre a região areolar, em sentido radial, contornando a papila. A saída da secreção pode ser provocada pela compressão digital de um nódulo ou área de espessamento, que pode estar localizado em qualquer região da mama;



16. Auxiliar a paciente a descer da mesa ginecológica, encaminhando-a para vestir-se;

UNILEÃO.EDU.BR

- 17 Orientar a paciente sobre os achados e solicitar exame complementar se necessário;
- 18 Higienizar as mãos;
- 19 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- 20 Registrar o procedimento no Prontuário Eletrônico (PEC).

A técnica de Papanicolau ou citologia oncótica é um exame de prevenção que envolve a coleta e análise de material celular da cérvix uterina, utilizado para rastrear o câncer do colo uterino e suas lesões precursoras, mesmo antes dos sintomas aparecerem. É amplamente aceito pela comunidade científica e tem grande importância para a saúde pública devido ao seu baixo custo e facilidade de realização (Campinas, 2020).

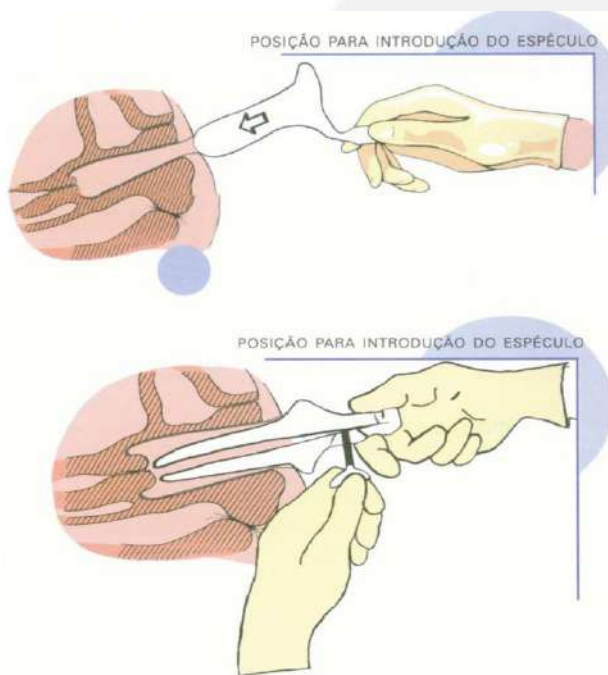
- **Abdômen:** Plano | Globoso | Semi-globoso | Indolor | Doloroso | Involução uterina | Incisão cirúrgica | Em caso de cesárea: Sinais flogísticos | Presença de secreção;
- **Urina:** Normal | Alterada | Não sabe informar;
- **Eliminação intestinal:** Diária | Irregular;
- **Higiene corporal:** Boa | Precária | Péssima;
- **Genitália/Períneo/Vulva:** Hiperemia | Lóquios | Secreções | Edemas | Lacerações | Episiotomia;
- **Região anal:** Normal | Alterado | Outros;

Coleta de Citologia Oncótica (Papanicolau)

Descrição do procedimento

01. Chamar a paciente, confirmar o nome, apresentar-se, recepcionando-a;
02. Realizar anamnese e registrar em prontuário (DUM, data última coleta, idade, uso de anticoncepcionais dentre outros);
03. Explicar o propósito do exame citopatológico e as etapas do procedimento, apresentando os materiais que serão utilizados;
04. Preencher corretamente o formulário de solicitação do exame;
05. Preparar a lâmina, verificar se ela está limpa caso necessário, limpá-la com gaze, identificar a lâmina na extremidade fosca, com lápis grafite (iniciais do nome, ESF, número da lâmina e data do procedimento), colocando-a na mesa auxiliar, para receber o material coletado;

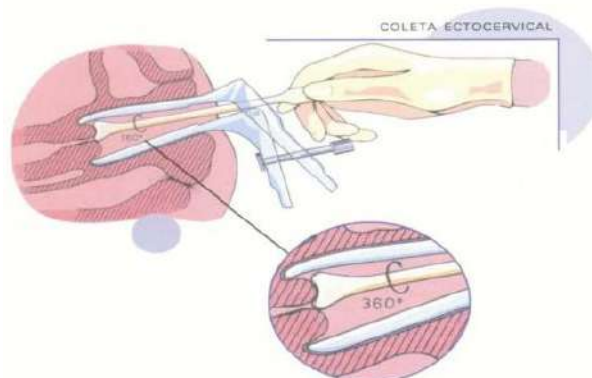
06. Oferecer camisola/avental à paciente encaminhando-a ao banheiro/local reservado solicitando que retire toda a roupa, vista o avental com a abertura para frente e esvazie a bexiga;
07. Higienizar as mãos;
08. Solicitar à paciente que se deite sobre a mesa ginecológica, cobrindo-a com o lençol;
09. Expor as mamas e realizar ECM, sempre explicando o procedimento;
10. Em seguida auxiliar a paciente a se posicionar na mesa ginecológica adequadamente, para a coleta do exame citopatológico;
11. Posicionar o foco de luz;
12. Calçar as luvas de procedimento;
13. Realizar o exame da região vulvar, anotando se houver lesões esbranquiçadas ou hipercrômicas, nódulos, verrugas e/ou feridas, lesões, pólipos, leucorreias;
14. Escolher o espéculo adequado;
15. Introduzir o espéculo, na posição vertical, ligeiramente inclinado (15°), fazendo uma rotação de 90° mantendo-o em posição transversa de modo que a fenda do espéculo fique na posição horizontal;



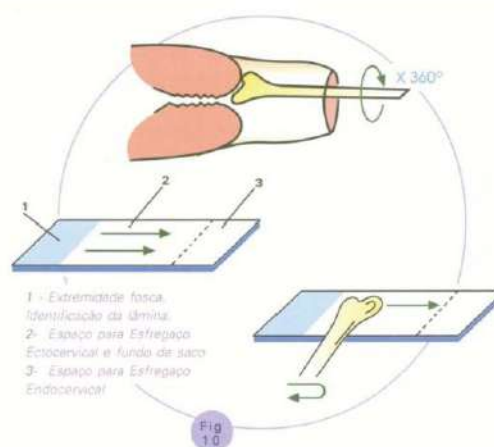
16. Abrir o espéculo lentamente e com delicadeza;
17. Se ao visualizar o colo uterino houver grande quantidade de muco ou secreção, seque-o delicadamente com uma gaze montada em uma pinça Cheron, sem esfregar, para não perder a qualidade da amostra;

Coleta Ectocervical

Utiliza-se a espátula de Ayres, do lado que apresenta reentrância. Encaixar a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a com firmeza, fazendo uma raspagem em movimento rotativo de 360° ao redor de todo o orifício, procurando exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra. Caso a amostra não tenha sido representativa repetir o movimento;

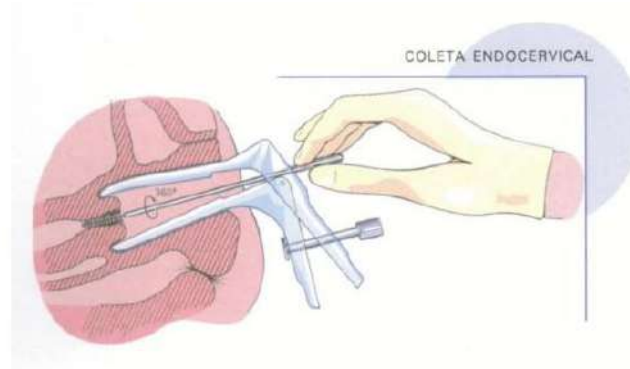


Estender o material ectocervical, dispondo-o no sentido vertical ou horizontal, ocupando 2/3 iniciais da parte transparente da lâmina, com movimento de cima para baixo, utilizando as duas laterais da espátula;

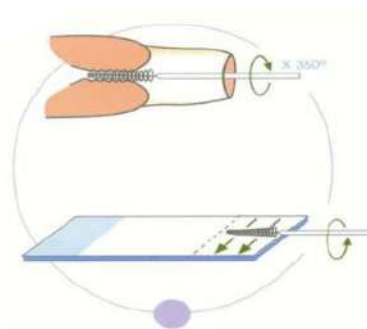


Coleta Endocervical

Utilize a escova de coleta endocervical, introduzindo-a delicadamente no canal cervical realizando movimento circular em 360°, percorrendo todo o contorno do orifício;



Estender o material ocupando o 1/3 restante, rolando a escova de cima para baixo, em sentido único;



Fixação da lâmina

01. Fixar o esfregaço imediatamente após a coleta, garantindo a manutenção das características originais das células, preservando-as do dessecação (má- fixação) que impossibilita a leitura do exame;

02. Observar a validade do fixador;

03. Tipos de fixação:

- Na fixação com álcool a 96%, a lâmina deve ser colocada dentro do frasco com álcool em quantidade suficiente para que todo o esfregaço seja coberto, fechar o recipiente cuidadosamente e envolvê-lo com a requisição;
- Na fixação com spray de polietilenoglicol borrifa-se a lâmina, que deve estar em posição horizontal, imediatamente após a coleta, com o spray fixador, a uma distância de 20cm. Acondiciona- -se cuidadosamente a lâmina em uma caixa de lâminas, a fim de evitar a quebra, para o transporte ao laboratório, lacrando-se a tampa da caixa com fita gomada;

Teste de Schiller

01. Preparar a pinça Cheron com uma gaze na ponta e embebê-la em solução iodada (Lugol), pressionar a gaze delicadamente contra o colo uterino e proceder à leitura do exame:

- Positivo: quando a reação com o iodo for negativa, ou seja, quando não houver coloração do colo uterino (**Resultado Alterado**);
- Negativo: quando houver fixação do iodo nas células e o colo se apresentar colorido após aplicação do lugol (**Resultado Normal**);

02. Fechar o espéculo, retirando-o delicadamente inclinando levemente para cima, observando as paredes vaginais. Descartar em recipiente próprio;

03. Retirar as luvas e auxiliar a paciente a descer da mesa ginecológica, encaminhando-a para vestir-se;

04. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

05. Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

06. Informar sobre a possibilidade de um pequeno sangramento que poderá ocorrer depois da coleta, tranquilizando-a que cessará sozinho;

07. Enfatizar a importância do retorno para o resultado e se possível agendar conforme rotina da unidade básica de saúde. Envio do material para o laboratório;

08. Registrar o procedimento no Prontuário Eletrônico (PEC);

09. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Membros inferiores

- **Edema:** Presentes/ Ausentes;
- **Varicosas:** Presentes/ Ausentes;

Exames realizados

Registrar resultados de exames (quando houver)

Medidas Antropométricas

- Peso;
- Estatura;
- Índice de Massa Corporal (IMC);
- Classificação nutricional: Baixo peso | Adequado | Sobrepeso | Obesidade | Grau

Medidas dos Sinais Vitais

- Pressão Arterial (PA);
- Frequência Cardíaca (FC);
- Frequência Respiratória (FR);
- Temperatura;

4.4 DIAGNÓSTICOS (Interpretação das informações e Planejamento das ações) (AVALIAÇÃO)

- Estabelecer diagnósticos de enfermagem conforme condição clínica da paciente utilizando como referência a Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA).

Principais diagnósticos de enfermagem utilizados neste tipo de atendimento:

- Amamentação ineficaz;
- Ansiedade;
- Autogestão ineficaz da saúde;
- Comportamento de saúde propenso a risco;
- Comportamentos ineficazes de manutenção da saúde;
- Conforto prejudicado;
- Conhecimento deficiente;
- Déficit do conhecimento;
- Déficit no autocuidado para higiene íntima;
- Disfunção sexual;
- Disposição para autogestão da saúde melhorada;
- Dor aguda;
- Dor;
- Estilo de vida sedentário;
- Hipertermia;
- Manutenção da saúde alterada;
- Medo;
- Proteção ineficaz;

- Risco de infecção;

OBS: Outros diagnósticos poderão ser utilizados mediante a situação avaliada na consulta.

Problemas e/ou condições avaliados neste atendimento (CIAP2)	
Código	Motivo da consulta
A21	Fator de risco para malignidade
A26	Medo de câncer não especificado (NE)
A27	Medo de outra doença
A98	Medicina preventiva/manutenção da saúde
X02	Dores menstruais
X03	Dores intermenstruais
X04	Relação sexual dolorosa na mulher
X09	Sinais/sintomas pré-menstruais
X14	Secreção vaginal
X15	Sinais/sintomas da vagina
X16	Sinais/sintomas da vulva
X17	Sinais/sintomas da pélvis feminina
X18	Dor na mama feminina
X19	Tumor ou nódulo na mama feminina
X20	Sinais/sintomas do mamilo da mulher
X21	Sinais/sintomas da mama da mulher feminina, outros
X22	Preocupação com a aparência da mama feminina
X23	Medo de doença de transmissão sexual
X24	Medo de disfunção sexual
X25	Medo de câncer genital
X26	Medo de câncer na mama
X27	Medo de outra doença genital/mama
X29	Sinais/sintomas do aparelho genital feminino, outra
X70	Sífilis feminina
X71	Gonorréia feminina
X72	Candidíase feminina
X73	Tricomoníase feminina

UNILEÃO.EDU.BR

X74	Doença inflamatória pélvica
X75	Neoplasia maligna do colo
X76	Neoplasia maligna da mama feminina
X77	Neoplasia maligna genital feminina, outra
X79	Neoplasia benigna da mama fibroadenoma
X80	Neoplasia benigna genital
X82	Lesão traumática genital feminina
X83	Malformações congênitas
X84	Vaginite / vulvite
X85	Doença do colo
X86	Esfregaço de Papanicolau/colpocitologia oncológica anormal
X87	Prolapso útero-vaginal
X88	Doença fibrocística mamária
X89	Síndrome tensão pré-menstrual
X90	Herpes genital feminino
X91	Condiloma acuminado feminino
X92	Infecção por clamídia
X99	Doença genital feminina, outra

4.5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (PLANO)

Nesta etapa, ocorre a realização das ações ou intervenções necessárias mediante condição de saúde do paciente.

- Acolher a paciente conforme suas necessidades;
- Encorajar a verbalização de sentimentos e medos;
- Orientar ao exame realizado e suas possíveis alterações;
- Informar sobre a data aproximada do resultado do exame;
- Instruir quanto à alimentação saudável;
- Orientar quanto à prática de atividade física;
- Orientar em relação higiene pessoal;
- Adaptar a instrução ao nível de conhecimentos e compreensão do paciente;
- Ajudar o paciente a identificar situações que precipitem a ansiedade;

UNILEAO.EDU.BR

- Encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos. Identificar mudanças no nível de ansiedade;
- Oferecer informações adequadas ao nível de desenvolvimento do paciente;
- Prescrever medicação se necessário;
- Solicitar exames laboratoriais necessários.

4.6 REGISTRO

O uso do SOAP permite o correto registro e implementação do **processo de Enfermagem (PE)**.

ETAPAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM			
	ETAPA	SOAP	PE
S	Subjetivo	Informações colhidas na entrevista sobre o motivo da consulta/problema/necessidade	Histórico de Enfermagem (entrevista)
O	Objetivo	Dados do exame físico, laboratoriais e complementares	Histórico de Enfermagem (exame físico)
A	Avaliação	Avaliação dos problemas	Diagnóstico de Enfermagem Planejamento de Enfermagem Avaliação de Enfermagem
P	Plano	Plano de cuidados / conduta	Implementação Intervenções de Enfermagem

Fonte: Adaptado COREN-SC, 2020

5 OBSERVAÇÕES

Respeitar a individualidade de cada paciente, não se utilizar de julgamento para propiciar o vínculo e realizar um bom acolhimento.

Contraindicações:

- Presença de sangramento vaginal expressivo e/ou menstruação;
- Coleta de material da endocérvice em gestantes.

REFERÊNCIAS

UNILEAO.EDU.BR

BARROS, S.M.O. de. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: um guia para a prática assistencial**. São Paulo: Rocca, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 13. **Controle dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama**. Brasília/DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de atenção Básica. -2. Ed.- Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p (Cadernos de atenção básica, n. 13).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL (COREN-RS). **Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde** [livro eletrônico]: saúde da mulher. Rio grande do Sul, 2022. Disponível em: <https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/ProtocolosEnfermagem/ProtocoloEnfermagemSaudeMulher.pdf>.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MATO GROSSO DO SUL (COREN-MS). **PROTOCOLO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, 2020. Disponível em: http://www.corenms.gov.br/wp-content/uploads/2020/11/COREN_MS_PROTOCOLO_Saude-da-Mulher.pdf.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/mama>

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS: Secretaria de Saúde. Manual de **Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem**. Campinas, 2020.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth. **Manual de enfermagem médico-cirúrgica** / revisão técnica Sonia Regina de Souza; tradução Patricia Lydie Voeux. – 13.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

PROTOCOLOS DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM

Procedimento	Consulta de Enfermagem em Puericultura: Primeira Consulta e Consultas Subsequentes	Emissão: 02/2025
		Próxima revisão: 02/2026

1 DEFINIÇÃO

A puericultura efetiva-se por um conjunto de ações de saúde exercidas de forma contínua e global, da infância à adolescência, contemplando os eixos de família, comunidade e cultura, visando propiciar o melhor nível de desenvolvimento físico, emocional, intelectual, moral e social, além de capacitar-lhe uma vida mais longa, produtiva e integral (Brasil, 2021).

Suas ações envolvem principalmente a promoção da saúde e prevenção de doenças, por meio de práticas definidas, centrando suas atividades na apreciação de fatores individuais e ambientais de proteção e de ameaça à saúde, além de monitoramento do desenvolvimento, imunizações, testes de triagem, orientação antecipatória (acerca de inúmeros condicionantes da saúde, como nutrição, hábitos de vida, disciplina e segurança) e aspectos selecionados do exame clínico para avaliação de riscos (Brasil, 2021).

A primeira consulta do recém-nascido deverá ocorrer na sua primeira semana de vida, que constitui um momento propício para estimular e auxiliar a família nas dificuldades do aleitamento materno exclusivo, para orientar e realizar imunizações, para verificar a realização da triagem neonatal (teste do pezinho) e para estabelecer ou reforçar a rede de apoio à família, são fundamentais a utilização e o adequado preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança para o registro das principais informações de saúde da criança (Brasil, 2012a).

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º mês e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, preferencialmente realizadas nas datas próximas ao aniversário. As faixas etárias foram selecionadas mediante representarem momentos de ofertas de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Assim, as crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência (Brasil, 2012a).

2 OBJETIVOS DA CONSULTA

- Descrever as ações da primeira consulta de enfermagem às crianças na puericultura, dentro do contexto da Estratégia de Saúde da Família, embasados na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

UNILEAO.EDU.BR

3 MATERIAIS

- Caderneta de Saúde;
- Estetoscópio;
- Fita métrica, flexível e não extensível;
- Antropômetro;
- Balança;
- Termômetro;
- Abaixador de língua;
- Lanterna;
- Luva descartável;
- Papel toalha;

4 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS (SOAP)

As atividades desenvolvidas nessa etapa, destacam:

4.1 ANAMNESE (HISTÓRICO) (SUBJETIVO)

É inserido, no sistema, o motivo da consulta, por meio de códigos (Classificação Internacional de Atenção Primária – 2ª Edição – **CIAP2**). Abaixo, apresentam-se alguns possíveis motivos para a realização da consulta:

Código	Motivo da consulta
43	Outros procedimentos diagnósticos
44	Vacinação/medicação preventiva
45	Educação em saúde / aconselhamento / dieta
46	Consulta com profissional de APS
50	Medicação / Prescrição / Renovação / Injeção
60	Resultados de análises / procedimentos

Identificação

- Nome;
- Filiação;
- Data de nascimento;
- Cartão Nacional do SUS (CNS);

UNILEAO.EDU.BR

- Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Cor;
- Naturalidade / Procedência;
- Endereço;
- Agente Comunitário de Saúde (ACS);
- Unidade de Saúde.

Dados socioeconômicos

- Profissão/ocupação dos pais (deve-se identificar fatores de risco);
- Com quem mora/ rede de apoio;
- Fatores ambientais;
- Crenças culturais da família;
- Condições de moradia (tipo, nº de cômodos);
- Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo);
- Distância da residência até a unidade de saúde.

Antecedentes pessoais

- Medicamentos usados;
- Histórico de vacinação;
- Histórico de alimentação/nutrição;
- Histórico de internação hospitalar ou intercorrências;
- Histórico de triagem neonatais (olhinho, orelhinha, coraçãozinho e pezinho);
- Se RN, questionar: gravidez planejada/desejada; realização de pré-natal; número de consultas; tipo de parto; idade gestacional; condições de parto; condições de nascimento: peso, comprimento, APGAR no 1 e 5 minutos; intercorrências na gestação ou nascimento; peso do RN no momento da alta.

Queixas

- Percepção a respeito da situação de saúde, queixas gerais e comuns apresentadas pelo recém-nascido (início, tempo de duração, intensidade, ciclicidade e fatores predisponentes), condições crônicas, uso de medicamentos.

História Atual

- Alimentação/ Aleitamento materno: tipo de leite: Leite materno exclusivo, fórmula, Leite de Vaca (LV) puro ou diluído com ou sem adicionais, boa mamada ou não, regurgitação, refluxo, sinais de dor de refluxo (esofagite), cólicas. dificuldades e necessidades de intervenção;
- Diurese (frequência e características) e hábito intestinal (número, consistência e cor);
- Higiene física: banho diário, e com os utensílios da criança;
- Higiene mental: condições emocionais e ambientais;
- Sono e repouso;
- Situação vacinal.

4.2 EXAME FÍSICO (OBJETIVO)

Exame físico geral

- Determinação do peso, comprimento e perímetro cefálico (com registro na curva de crescimento da Caderneta de Saúde da Criança);
- Cálculo do IMC, com avaliação do estado nutricional
 - Considera-se normal uma perda de peso de até 10% ao nascer e sua recuperação até o 15º dia de vida.
- Avaliar a postura normal do recém-nascido: as extremidades fletidas, as mãos fechadas e o rosto, geralmente, dirigido a um dos lados;
- Avaliar o aspecto geral, a atividade, a intensidade do choro, a movimentação e o estado de hidratação são informações que devem constar no exame físico geral. O RN apresenta normalmente choro forte, de timbre variável; o choro fraco ou gemência podem estar presentes nas infecções e no desconforto respiratório. Choro monótono, agudo, intermitente (grito cerebral) pode ser encontrado em lesões neurológicas graves;
- Identificar sinais de desidratação e/ou hipoglicemia: pouca diurese, ingestão inadequada (a criança não consegue mamar ou vomita tudo o que mama), hipoatividade e letargia;
- Atentar para a temperatura axilar normal que fica entre 36,4°C e 37,5°C e não necessita ser medida rotineiramente em crianças assintomáticas, exceto na presença de fatores de risco, como febre materna durante o parto.

Cabeça/face

- Inspecionar formato, assimetria, malformação, deformidade ou aparência sindrômica, suturas e traumatismos reversíveis;
 - Verificar integridade do couro cabeludo, a presença e a distribuição dos cabelos;
 - Examinar fontanelas
 - a fontanela anterior (bregmática) mede de 1 a 4 cm ao nascer, fecha entre 9 e 18 meses, tem forma losangular e não deve estar fechada no momento do nascimento;
 - a fontanela posterior (lambdóide) mede cerca de 0,5cm e fecha-se por volta do segundo mês.
- Não devem estar abauladas ou deprimidas. Avaliar tamanho, tensão e se estão abauladas, deprimidas ou planas. Quando abaulada sugere aumento da pressão intracraniana, como ocorre na meningite, hidrocefalia, edema cerebral ou hemorragia intracraniana. Quando deprimida, associa-se à desidratação.
- Avaliar bossa serossanguinea e cefalohematomas: desaparecem espontaneamente (Se RN);
 - Avaliar expressão facial em busca de sinais de desconforto, como franzir a testa ou chorar persistentemente.

Pele

- Avaliar: textura, umidade, cor; a pele do recém-nascido normalmente está lisa, macia, rósea e opaca;
- Avaliar presença de milium, lanugo, vernix, mancha mongólica, icterícia e presença de anomalias. A presença de cor amarelada significa icterícia, é visível após as primeiras 24 horas de vida. Afecções cutâneas mais comuns encontradas no RN sem gravidade semiológica: eritema tóxico neonatal, milium, mancha mongólica, miliária e hemangiomas;
- Avaliar equimoses e petéquias: equimoses são manchas comuns nos RN, sobretudo nos prematuros, e sua localização depende da apresentação e dos traumas sofridos, especialmente durante o parto. Equimose situada na face tem aspecto de cianose localizada e é chamada de máscara cianótica ou equimótica, geralmente sem relevância clínica. Petéquias localizadas, especialmente se restritas ao rosto, não são motivo de preocupação, mas quando generalizadas devem ser investigadas. A reabsorção do sangue extravasado pode contribuir para o aumento tardio dos níveis de bilirrubina;

UNILEÃO.EDU.BR

- Avaliar presença de Edema: se for generalizado, avaliar doença hemolítica perinatal, iatrogenia por uso de coloides ou cristaloides em excesso, insuficiência cardíaca, sepse; se for localizado, sugere trauma de parto;
- Avaliar Palidez: sangramento, anemia, vasoconstrição periférica ou sinal de arlequim; palidez em um hemicorpo e eritema do lado oposto, por alteração vasomotora e sem repercussão clínica;
- Avaliar Cianose: se for generalizada, avaliar doenças cardiorrespiratórias graves; se for localizada nas extremidades ou na região perioral, avaliar hipotermia;
- Avaliar Eritema tóxico: acomete 30 a 72% dos recém-nascidos. Etiologia desconhecida, relacionado à imaturidade dos folículos polissebáceos. Podem estar presentes no nascimento, mas geralmente aparecem em 24 a 48 horas. A erupção se resolve em 5 a 7 dias, assim, esclarecer à família quanto à benignidade do eritema tóxico;
- Avaliar Hemangioma: o hemangioma infantil é um tumor benigno. As lesões podem raramente estar presentes ao nascimento, mas praticamente todos os hemangiomas estão visíveis ao final do primeiro mês de vida. As lesões de pequenas dimensões e não ulceradas, que não apresentem risco de comprometimento estético e não prejudiquem o funcionamento de um órgão, podem ser simplesmente acompanhadas em intervalos regulares (SBP, 2019);
- Avaliar Icterícia: atentar caso a icterícia tenha se iniciado nas primeiras 24 horas ou depois do 7º dia de vida. Caso tenha duração maior do que uma semana no recém-nascido a termo, duração maior do que duas semanas no prematuro e se a tonalidade for amarela com matiz intenso ou se espalhar pelo corpo, atingindo pernas e braços;
-Sinais de icterícia: o enfermeiro deve examinar a criança com pele amarelada sob a luz solar. A icterícia é clinicamente visível quando os níveis de bilirrubina estão acima de 4-5 mg/dL. Se a área ictérica se localiza abaixo do umbigo até extremidades (região palmar e plantar), considera-se como doença neonatal muito grave e a criança precisa de tratamento urgente: encaminhar para internação hospitalar. Se a área ictérica se localiza apenas em face e tórax, pode tratar-se de uma icterícia fisiológica e necessitará ser avaliada em dois dias, para observar se a área ictérica se estendeu além do umbigo ou para as extremidades (Brasil, 2012b);
- Pesquisar a possível presença de assaduras, pústulas (impetigo) e bolhas palmo-plantares (sífilis).

Olhos

- Verificar aspecto e simetria dos olhos; devem ser investigadas a simetria entre as pupilas (isocoria ou anisocoria), a reatividade das pupilas ao estímulo luminoso e a presença de midríase ou miose;
- Avaliar a presença e aspecto de secreção, lacrimejamento anormal;
- Avaliar a realização do teste do reflexo vermelho ou Bruckner test: Se for notado um reflexo diferente entre os olhos ou a presença de opacidade, a criança deverá ser avaliada por um oftalmologista com urgência, pois poderá ter problemas como: catarata congênita, retinoblastoma ou retinopatia da prematuridade;
- Avaliar Conjuntivas: as pálpebras podem estar edemaciadas após medicamentos utilizados na maternidade e a regressão é espontânea em 24 h a 48 h;
- Avaliar Estrabismo (ou esotropia) e nistagmo lateral são comuns nesta fase, devendo ser reavaliados posteriormente. Os recém-nascidos podem apresentar eventualmente algum tipo de desvio ocular, pois a visão binocular só estará bem desenvolvida entre 3 e 7 meses;
- Examinar as pálpebras quanto a possíveis anormalidades;
- Avaliar a presença de cílios;

Nariz

- Inspeção e palpação, pesquisar desvio de septo nasal, condições de higiene;
- Observar a permeabilidade nasal ao ar inspirado e expirado e presença e aspecto de secreção e presença de batimento de asas nasais. Obstrução nasal e espirros frequentes são comuns e muitas vezes decorrentes do trauma causado pela aspiração das vias aéreas superiores ao nascimento.

Ouvidos

- Inspeção da forma, a consistência, simetria e implantação dos pavilhões auriculares, e alterações;
- Deve-se observar se o RN responde piscando os olhos à emissão de um ruído próximo ao ouvido (reflexo cócleo-palpebral). Independentemente do resultado, é obrigatório o rastreamento da deficiência auditiva por meio de medidas fisiológicas da audição (teste da orelhinha);

- Orientar a família para a realização da triagem auditiva neonatal universal (Tanu) ou “teste da orelhinha”.

Boca

- Avaliar alterações morfológicas que possam representar dificuldade na pega durante a amamentação, o que exigirá suporte e acompanhamento adequados;
- Avaliar a mucosa oral quanto à cor, umidade e presença de lesões;
- Observar a úvula, o tamanho da língua (macroglossia) e a mobilidade, o palato, a gengiva (presença de inchaço ou sangramentos), o freio lingual e a coloração dos lábios;
- Avaliar integridade da mucosa e palato (fenda palatina ou labial) e outras alterações;
- Observar a capacidade de sucção e deglutição;
- Verificar a higiene oral.

Pescoço

- Inspeção e palpação de linfonodos descrevendo seu tamanho, consistência, mobilidade e sinais inflamatórios), rigidez de nuca;
- Avaliar a assimetria facial e a posição viciosa da cabeça. O torcicolo congênito tem resolução espontânea em 90% dos casos. No entanto, nos casos mais persistentes, pode ser necessária correção cirúrgica (protelada até os três anos de idade).

Tórax e aparelho respiratório

- Inspecionar forma, deformidades, sinais de raquitismo;
- Avaliar a simetria, a assimetria sugere malformações cardíacas, pulmonares, de coluna ou arcabouço costal;
- Apalpar as clavículas, para avaliar se há fraturas que poderiam acarretar;
- Avaliar mamas e mamilos, orientar a família para a involução espontânea de mamas, que podem estar ingurgitadas ou com presença de secreção leitosa (passagem de hormônios maternos);
- Observar a frequência respiratória (FR), que é basicamente abdominal e deve estar entre: de 0 a 2 meses: até 60 mrpm e de 2 a 11 meses até 50mrpm;
- Observar possíveis sinais de sofrimento respiratório (tiragens, retração xifoidiana, batimentos de asas do nariz, gemidos, estridor);

- A palpação, percussão e ausculta devem ser feitas em toda a área de extensão do parênquima pulmonar.

Aparelho cardiocirculatório

- Verificar a frequência cardíaca (FC), que normalmente varia entre:
 - Recém-nato: 70 a 170 bpm (média de 120);
 - Aos 11 meses: 80 a 160 bpm (média de 120);
 - 2 anos: 80 a 130 bpm (média de 110);
- Avaliar a presença de taquicardia. Observar a possível presença de cianose e sopros cardíacos. Verificar também os pulsos periféricos;
- Na ausculta cardíaca do RN, sopros ou arritmias podem ser transitórios;

Abdome

- Verificar à inspeção, se o abdome do RN se apresenta semigloboso;
- **Observar a forma do abdome:** se estiver dilatado, pode sugerir presença de líquido, distensão gasosa, visceromegalias, obstrução ou perfuração abdominal; se estiver escavado, pode indicar hérnia diafragmática;
- **Verificar a presença de hérnias inguinal e umbilical:** Os casos de hérnia inguinal têm indicação cirúrgica imediata, devido ao risco de encarceramento ou estrangulamento. Já os casos de hérnia umbilical, aguarda-se sua regressão espontânea até 12 meses, dependendo do tamanho da hérnia;
- **Verificar a presença de granuloma umbilical após a queda do coto:** Se a região umbilical apresentar secreção purulenta na base do coto, com edema e hiperemia da parede abdominal, o achado indica onfalite (infecção de alto risco para a criança) e, portanto, deve-se encaminhar para a emergência;
- Observar quanto à eliminação de mecônio que costuma ocorrer nas primeiras 24 a 36 horas de vida. Trata-se de material viscoso, verde-escuro, composto por sais biliares, células epiteliais de descamação, sucos digestivos e lanugo;
- Observar presença de dor e rigidez.

Genitália

- Inspeção da integridade da pele e mucosa, edema, presença de secreção;

- Atentar a sinais de violência e condições de higiene.

Genitália masculina:

- Apalpar a bolsa escrotal para identificar a presença dos testículos. A criptorquidia é uma anomalia congênita, que ocorre quando os testículos não forem palpáveis na bolsa escrotal na primeira consulta do recém-nascido; a mãe/responsável pode ser informado de que se trata de uma situação comum, especialmente em prematuros. Os testículos migram para a bolsa escrotal até os 3 meses de vida, quando o caso deverá ser reavaliado. Se aos 6 meses os testículos não forem apalpados na bolsa escrotal, a criança deve ser encaminhada para avaliação médica e tratamento;
- O acúmulo de líquido peritoneal ao redor do testículo caracteriza hidrocele, que em geral tem regressão lenta, com resolução espontânea, até os 2 anos de idade da criança;
- A fimose é fisiológica ao nascimento. A glândula não costuma ser exposta, nem com a tentativa de retração do prepúcio, e o orifício prepucial é estreito. A visualização do meato urinário na extremidade da glândula nem sempre é possível. Existe a possibilidade de anormalidades na saída da uretra. Quando o orifício de saída se encontra na face ventral do pênis dá-se o nome de hipospádia e, quando na face dorsal, de epispádia.

Genitália feminina:

- Observar presença dos grandes e pequenos lábios, hímen, edema, secreção vaginal, existência de fístulas;
- Avaliar os pequenos lábios e o clitóris que devem estar mais proeminentes. Pode haver secreção esbranquiçada, às vezes hemorrágica, devido à passagem de hormônios maternos, que se resolve espontaneamente;
- Atentar para a sinéquia vaginal, presença de aderência de pequenos lábios.

Ânus

- Realizar exame do orifício anal obrigatoriamente, podendo-se detectar anomalias anorretais e fístulas. Faz-se apenas a inspeção visual.

Coluna vertebral

- Observar rigidez, postura, mobilidade e curvatura, espinha bífida, tufo de pelos e hipersensibilidade.

UNILEAO.EDU.BR

Sistema osteoarticular

- Avaliar cuidadosamente a presença de deformidades ósseas, inadequações de mobilidade e dor à palpação de todos os ossos e articulações do RN;
- Examinar os membros superiores e inferiores, tamanho, simetria, amplitude dos movimentos, deformidades ou malformações, avaliar a possibilidade de flacidez excessiva e a suposta presença de paralisia;
- Identificar a provável presença de pé torto, que pode ser posicional (corrigido espontaneamente ou com imobilização) ou pé torto congênito grave, associado inclusive a outras anormalidades congênicas. Avaliar necessidade de consulta médica para encaminhamento ao ortopedista.

Avaliação Neurológica

- Iniciar o exame físico geral do RN, simultaneamente com a avaliação neurológica, pois postura, movimentação espontânea, resposta ao manuseio e choro são parâmetros importantes dessa avaliação.

Os **reflexos primitivos** são respostas involuntárias a determinados estímulos externos padronizados para avaliação neurológica, presentes do nascimento ao longo dos primeiros meses de vida. A persistência dessas respostas além do período previsto para cada caso indica disfunção neurológica a ser investigada a partir de encaminhamento para consulta médica.

Verifique na figura a seguir os principais reflexos:

Figura 1. Reflexos primitivos do recém-nascido.

Busca e sucção reflexa:	
Ao toque da pele perioral, observa-se rotação da cabeça na tentativa de "buscar" o objeto, seguido de sucção reflexa vigorosa do mesmo. Este reflexo não deve ser pesquisado imediatamente após a mamada. Sua ausência é sinal de disfunção neurológica grave. Deve desaparecer por volta dos 4 meses de vida.	
Moro	
É provocado pela queda repentina da cabeça do bebê em relação ao tronco e resulta em movimento de abrir e fechar os braços. Evitar estimulação intensa. Deve desaparecer entre 3 a 6 meses de vida.	
Marcha Reflexa	
Obtido pelo contato da planta do pé com a superfície, que resulta em marcha. Deve desaparecer entre a 1 a 2 meses de vida.	
Tônico-Cervical Assimétrico ou Fuga à anáfia	
Também conhecido como reflexo do esgrimista ou reação de Magnus-Kleijn, caracteriza-se pela extensão das extremidades superior e inferior do lado para o qual a cabeça e o pescoço são virados, com flexão da extremidade superior contralateral (postura de esgrima). Desaparece entre 3 e 4 meses de idade.	
Preensão palmar	
Indicado pela observação de flexão dos dedos ao colocar-se o dedo indicador do examinador na palma da mão da criança. Deve desaparecer entre 3 e 6 meses, quando se torna um movimento voluntário.	
Preensão plantar	
Durante o aperto plantar, os dedos flexionam-se ao redor do dedo do examinador. Alterações associam-se a risco aumentado de paralisia cerebral. Normalmente, desaparece dos 6 aos 15 meses de idade.	
Reflexo cutâneo - plantar (sinal de Babinski)	
Extensão do hálux do recém-nascido, com ou sem abertura em leque dos dedos por meio do estímulo da porção lateral do pé. Apresenta-se em extensão até cerca de 18 meses.	

Fonte: SBP, 2017; KOTAGAL, 2020.

Avaliação do desenvolvimento Infantil

- Observar aspectos biológico, afetivo, psíquico e social. Importante questionar para a mãe/cuidador sobre fatores associados ao desenvolvimento da criança, observar alguns detalhes no seu exame físico e finalizar com a observação da criança na realização de comportamentos esperados para a sua faixa etária;
- Devem ser observados e avaliados fatores de risco e alterações físicas associadas aos problemas de desenvolvimento da criança;
- Preencher instrumento disponível na Caderneta da Criança, com a letra P (marco presente), A (marco ausente) ou NV (marco não verificado) em cada marco, de acordo com a idade da criança;
- Após esta etapa, consulte o Instrumento de Classificação e Conduta para o Desenvolvimento Integral da Criança;
- Classifique o desenvolvimento da criança e adote a conduta adequada.

Figura 2. Avaliação do desenvolvimento infantil.

DADOS DE AVALIAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA
Perímetro cefálico < -2Z escores ou > +2Z escores; ou Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas*; ou Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a faixa etária anterior (se a criança estiver na faixa de 0 a 1 mês, considere a ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária suficiente para esta classificação).	PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO	• Acionar a rede de atenção especializada para avaliação do desenvolvimento.
Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária (de 1 mês a 6 anos). ou Todos os reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária estão presentes, mas existe 1 ou mais fatores de risco.	ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO	• Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança. • Marcar consulta de retorno em 30 dias. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias.
Todos os reflexos/posturas/habilidades presentes para a sua faixa etária.	DESENVOLVIMENTO ADEQUADO	• Elogiar a mãe/cuidador. • Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança. • Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. • Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes.

Fonte: Brasil, 2022.

UNILEAO.EDU.BR

Exames realizados

Registrar resultados de exames (quando houver)

- Teste do coraçãozinho;
- Teste da orelhinha (Teste de emissões otoacústicas evocadas);
- Teste do olhinho;
- Hemograma (conforme necessidade);
- VDRL (realizado em crianças expostas a sífilis congênita);

Medidas Antropométricas

- Peso;
- Comprimento;
- Índice de Massa Corporal (IMC);
- Perímetro Cefálico;
- Classificação nutricional: Baixo peso | Adequado | Sobrepeso | Obesidade | Grau;

Medidas Sinais Vitais

- Temperatura;
- Frequência Cardíaca (FC);
- Frequência Respiratória (FR);

Avaliação e estratificação do risco

As condições de risco apresentadas pela criança devem ser avaliadas desde o momento da alta da maternidade, em todos os contatos da criança com o serviço de saúde. Os riscos podem ser identificados na maternidade, na visita domiciliar ou nos atendimentos individuais na unidade de saúde.

Risco Habitual - Cuidado na Atenção Primária, compartilhado com outros serviços da rede (NASF, CRAS, CREAS etc.)

- Baixo peso ao nascer (2.000 a 2.500 g);
- Prematuridade tardia: 35-36 semanas;
- Criança sem realização de triagem neonatal;
- Desmame antes do 6º mês de vida;

UNILEAO.EDU.BR

- Desnutrição ou curva pondero-estatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais;
- Sobrepeso;
- Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado;
- Cárie precoce;

Médio risco (dois ou mais fatores) - Cuidado na Atenção Primária, compartilhado com outros serviços da rede (NASF, CRAS, CREAS etc.).

Fatores sociofamiliares

- Mãe adolescente (menor que 18 anos);
- Mãe analfabeta ou com menos de 4 anos de estudo;
- Mãe sem suporte familiar;
- Chefe da família sem fonte de renda;
- Mãe com menos de 4 consultas pré-natal;
- Mãe com antecedente de um filho nascido morto;
- Mãe com história de exantema durante a gestação;
- Óbito de irmão menor que 5 anos por causas evitáveis;
- Gravidez e/ou criança manifestadamente indesejada
- Depressão pós-parto ou doença psiquiátrica;
- Transtorno mental severo, deficiência ou doença neurológica de um dos pais;
- Pais/responsáveis com dependência de álcool/drogas;
- Mãe ausente por doença, abandono ou óbito;
- Indícios de violência;
- Mãe e/ou pai privados de liberdade.

Alto risco (um ou mais fatores) - Cuidado compartilhado entre a Atenção Primária (por meio de consultas e visitas domiciliares) e a Atenção Especializada

- Afecções perinatais e malformações congênitas;
- Baixo peso ao nascer (<2.000 g);
- Prematuridade ≤ 34 semanas;

- RN com perímetro cefálico (PC) inferior ao esperado para a idade e sexo (microcefalia) ou criança com crescimento inadequado do PC e/ou alterações neurológicas do Sistema Nervoso Central: dependendo de sua etiologia, esta pode ser associada a malformações estruturais do cérebro, com repercussões no desenvolvimento (Brasil, 2016);
- Asfixia perinatal e/ou apgar ≤ 6 no 5º minuto;
- Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransusão;
- Infecções do grupo STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus) + HIV + Zika confirmadas ou em investigação;
- Doença genética, malformações congênitas, cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica;
- Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal, ao nascer;
- Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária;
- Sinais evidentes de violência;
- Desnutrição grave;
- Obesidade;
- Intercorrências repetidas com repercussão clínica;
- Três ou mais internações nos últimos 12 meses.

4.3 DIAGNÓSTICOS (INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES) (AVALIAÇÃO)

- Estabelecer Diagnósticos de Enfermagem conforme a condição clínica da paciente utilizando como referência a Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA).

Possíveis Diagnósticos de Enfermagem (NANDA)

- Amamentação ineficaz;
- Amamentação interrompida;
- Resposta ineficaz de sucção-deglutição do lactente;
- Dinâmica de alimentação ineficaz do lactente;
- Hiperbilirrubinemia neonatal;
- Risco de Hiperbilirrubinemia neonatal;

- Eliminação urinária prejudicada;
- Constipação;
- Continência intestinal prejudicada;
- Diarreia;
- Distúrbio no padrão do sono;
- Integridade da pele prejudicada;
- Risco de reação alérgica;
- Desenvolvimento motor atrasado do lactente;
- Risco do Desenvolvimento motor atrasado do lactente.

OBS: Outros diagnósticos poderão ser utilizados mediante a situação avaliada na consulta.

Problemas e/ou condições avaliados neste atendimento (CIAP2)	
Código	Motivo da consulta
A04	Debilidade / fadiga / mal-estar / cansaço
A15	Choro infantil excessivo
A16	Criança irritável
A29	Outros sinais/sintomas gerais
A93	Recém-nascido prematuro
A97	Sem doença
A98	Medicina preventiva / manutenção da saúde
D01	Cólica infantil
D08	Gases / flatulência
D10	Vômitos
D11	Diarreia
D12	Obstipação
D13	Ictérico
D70	Infecção Gastrointestinal
P06	Perturbação de sono
P11	Problemas de alimentação da criança
P22	Sinais/sintomas do Comportamento da criança
R05	Tosse
R07	Espirros/Obstrução

UNILEAO.EDU.BR

R21	Amigdalite
R80	Gripe
T03	Perda de apetite
T04	Problemas alimentares de lactente/criança
T07	Aumento de peso
T08	Perda de peso
T10	Atraso no crescimento
U07	Urina escura / mal-cheiro

4.4 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (PLANO)

Nesta etapa, ocorre a realização das ações ou intervenções necessárias mediante condição de saúde do paciente.

- Acolher o recém-nascido e seus acompanhantes (pais) conforme suas necessidades;
- Encorajar a verbalização de sentimentos e medos quanto aos cuidados com o RN;
- Orientar e apoiar a amamentação, reforçando as conquistas; bem como os benefícios do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês;
- Observar e orientar a pega adequada da mama (monitorar o alinhamento adequado do bebê, forma de segurar e de comprimir a aréola e deglutição audível), orientando a mãe sobre os cuidados com a mama;
- Realizar medidas de peso, comprimento e perímetro cefálico e registrar nos gráficos da caderneta de saúde;
- Fazer rastreamento de desenvolvimento da criança; registrando na caderneta;
- Avaliar reflexos infantis conforme faixa etária;
- Orientar pais/cuidadores sobre desenvolvimento da criança;
- Orientar pais/cuidadores sobre a importância da estimulação da criança;
- Orientar hábitos diários de higiene, com atenção a quantidade de banhos, a temperatura da água e ao uso de produtos cosméticos;
- Orientar sobre os padrões de fezes e urina da criança de acordo com a faixa etária;
- Avaliar coto umbilical do RN quanto à presença de sinais de infecção; orientar manter seco e utilizar álcool 70% após o banho e troca de fraldas; supervisionar queda do coto umbilical;

- Orientar posição adequada de dormir devido possibilidade de morte súbita; manter o bebê em posição supina (barriga para cima) sempre que for dormir, até que ele complete 1 ano de idade. As posições lateral ou ventral não são seguras e, portanto, não são recomendadas;
- Orientar sobre a importância do sono e repouso adequados para a idade; em local adequado;
- Orientar quanto a importância de manter a Caderneta de vacinação atualizada; registrar as vacinas aplicadas;
- Encaminhar para realizar a dose de Vitamina A, em crianças de seis meses a 11 meses uma dose de 100.000 UI (1 dose), e crianças de 12 meses a 59 meses 1 dose de 200.000 UI semestralmente;
- Orientar quanto a suplementação com ferro, em **crianças de 6 – 24 meses: 10,0 - 12,5mg** de ferro elementar/dia seguindo a seguinte conduta: 2 ciclos intermitentes de suplementação no período (3 meses de suplementação diária seguidos de 3 meses de intervalo e reinício de novo ciclo); No total, a criança de 6 a 24 meses de idade deve receber dois ciclos de suplementação;
- Avaliar resultado de triagens neonatais e encaminhar se necessário;
- Preencher o prontuário, registrando todos os dados coletados na anamnese e exame físico e gráficos de crescimento;
- Orientar sobre a periodicidade do acompanhamento da puericultura;
- Agendar o próximo retorno, reforçando a importância do comparecimento.

Exames laboratoriais

Os exames laboratoriais solicitados em tempo oportuno são fundamentais para complementar a avaliação e anamnese e são importantes para embasar a conduta profissional e classificar o risco da gestação.

A solicitação dos exames será feita de acordo com a avaliação do profissional e conforme protocolos assistenciais municipais.

Vacinação do recém-nascido

As ações de imunização merecem destaque pela importante contribuição para redução da Mortalidade Infantil e na Infância. São coordenadas pelo Programa Nacional de Imunização

(PNI) e têm por objetivo erradicar, eliminar e controlar as doenças imunopreveníveis no território brasileiro (Coren-MS, 2021).

A vacinação deve seguir as recomendações do Calendário de vacinação vigente proposto pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde (Brasil, 2012).

Vacina BCG - proteção contra formas graves da tuberculose (miliar e meningea)

- **Esquema:** Administrar dose única, o mais precocemente possível, de preferência na maternidade, logo após o nascimento.
- **Volume da Dose e Via de Administração:**
 - Laboratório FAP: 0,1 mL via intradérmica;
 - Laboratório Serum Institute of India: 0,05 mL em crianças recém-nascidas até 11 meses e 29 dias e 0,1 mL para pessoas a partir de 1 (um) ano de idade, via intradérmica.
- **Particularidades:**
 - A comprovação da vacinação com BCG é feita por meio do registro da vacinação no cartão ou caderneta de vacinação, da identificação da cicatriz vacinal ou da palpação de nódulo no deltoide direito, na ausência de cicatriz;
 - Em crianças nascidas com peso inferior a 2 Kg, adiar a vacinação até que atinjam este peso. Na rotina dos serviços, a vacina é disponibilizada para crianças de até 4 (quatro) anos 11 meses e 29 dias, ainda não vacinadas;
 - Crianças vacinadas na faixa etária preconizada que não apresentam cicatriz vacinal não necessitam ser revacinadas. Esta vacina é contraindicada para gestantes e pessoas imunodeprimidas;
 - Em pessoas hospitalizadas com comprometimento do estado geral, a vacinação deve ser adiada até a resolução do quadro clínico.

Vacina Hepatite B - proteção contra Hepatite B

- **Esquema:** Administrar 1 (uma) dose ao nascer, o mais precocemente possível, nas primeiras 24 horas, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o nascimento, ainda na maternidade. Esta dose pode ser administrada os primeiros 30 dias de vida;
- Ao todo a criança recebe 4 doses de hepatite B, porém a continuidade do esquema vacinal será com a vacina penta [vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus Influenzae B (conjugada)], aos 2 (dois), 4 (quatro) e 6

(seis) meses de idade. Crianças que perderam a oportunidade de receber a vacina hepatite B (recombinante) até 1 (um) mês de idade, não administrar mais essa vacina;

- A vacinação deve seguir as recomendações do Calendário de vacinação vigente proposto pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde (Brasil, 2012).

4.5 REGISTRO

O uso do SOAP permite o correto registro e implementação do **processo de Enfermagem (PE)**.

ETAPAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM			
	ETAPA	SOAP	PE
S	Subjetivo	Informações colhidas na entrevista sobre o motivo da consulta/problema/necessidade	Histórico de Enfermagem (entrevista)
O	Objetivo	Dados do exame físico, laboratoriais e complementares	Histórico de Enfermagem (exame físico)
A	Avaliação	Avaliação dos problemas	Diagnóstico de Enfermagem Planejamento de Enfermagem Avaliação de Enfermagem
P	Plano	Plano de cuidados / conduta	Implementação Intervenções de Enfermagem

Fonte: Adaptado COREN-SC, 2020

5 OBSERVAÇÕES

O crescimento adequado de uma criança depende de múltiplos fatores, dentre os quais a alimentação saudável e a ausência de doenças orgânicas, desta forma abaixo se apresenta os 10 passos para uma alimentação saudável para menores de 2 anos (Brasil, 2015).

PASSO 1 – Dê somente o leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento

- O leite materno contém a quantidade de água suficiente para as necessidades do bebê, mesmo em climas quentes e secos;
- A oferta de água e chás diminui o volume de leite materno ingerido, que é mais nutritivo, além de aumentar os riscos de doenças.

PASSO 2 – A partir dos 6 meses, introduza de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais

- A introdução dos alimentos complementares deve ser lenta e gradual (aos poucos). No início, a criança pode rejeitar as primeiras ofertas, porque tudo para ela é novidade (a colher, o sabor e a consistência do alimento);
- Mesmo recebendo outros alimentos, a criança deve continuar a mamar no peito até os dois anos ou mais;
- Nesta fase, é necessário oferecer água tratada, filtrada e fervida, nos intervalos das refeições.

PASSO 3 – Após 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno

- A papa principal deve ser oferecida a partir do sexto mês, no horário de almoço ou jantar, conforme o horário que a família estiver reunida, completando-se a refeição com o leite materno até que a criança se mostre saciada apenas com a papa;
- A papa principal deve conter um alimento de cada grupo: legumes e/ou verduras, cereal ou tubérculo, feijões e carne ou vísceras ou ovo;
- Se a criança mama no peito, ao completar 6 meses ofereça: 1 papa de frutas e 1 papa principal. Ao completar 7 meses, ofereça: 2 papas principais e 1 papa de frutas;
- A criança que não estiver em aleitamento materno corre maior risco nutricional, portanto é recomendado que receba cinco refeições ao dia (duas papas principais e três porções de leite, além das frutas);
- Ao completar 8 meses, a criança já pode receber a alimentação básica da família desde que não sejam utilizados temperos industrializados, pimenta, alimentos gordurosos como bacon, banha, linguiça, entre outros.

Cereais e tubérculos - Arroz, milho, aipim, batata-doce, macarrão, batata, cará, farinhas, batata baroa, cará e inhame;

Hortaliças e frutas - Folhas verdes, laranja, abóbora, banana, beterraba, abacate, quiabo, mamão, cenoura, melancia, tomate e manga;

Carne e ovos - Frango, codorna, peixes, pato, boi, vísceras (miúdos) e ovos;

Grãos - Feijões, lentilha, ervilha seca, soja e grão-de-bico;

PASSO 4 – A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.

- Não ofereça comida ou insista para a criança comer quando ela não está com fome;
- Procure oferecer os alimentos de maneira regular, mas sem rigidez de horários e os intervalos entre as refeições devem ser fixos.

PASSO 5 – A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher. Começar com consistência pastosa e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.

- No início, os alimentos complementares devem ser especialmente preparados para a criança;
- Os alimentos devem ser cozidos em água suficiente para ficarem macios, ou seja, deve sobrar pouca água na panela;
- A consistência dos alimentos deve ser pastosa (papa ou purê), não há necessidade de passar na peneira. Coloque os alimentos no prato e amasse com o garfo;
- Não bata os alimentos no liquidificador, para que a criança possa experimentar novas consistências, sabores e cores e aprenda a mastigar.

PASSO 6 – Ofereça à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida

- Ofereça duas frutas diferentes por dia, selecionando as frutas da estação principalmente ricas em vitamina A, como as amarelas ou alaranjadas e que sejam cultivadas localmente;
- Para que o ferro presente nos vegetais folhosos e feijão seja melhor absorvido, eles devem ser consumidos com algum alimento rico em vitamina C (exemplo: limão, acerola, tomate, goiaba, laranja);
- Sempre que possível, ofereça carne nas refeições e uma vez na semana ofereça vísceras ou miúdos que são boas fontes de ferro;
- Os sucos naturais devem ser evitados, mas se forem administrados que sejam dados no copo, de preferência após as refeições principais, e não em substituição a estas, em dose máxima de 100 mL/dia.

PASSO 7 – Estimule o consumo diário de frutas, legumes e verduras nas refeições

- Para aceitar um novo alimento a criança precisa experimentá-lo, pelo menos de 8-10 vezes;
- No primeiro ano, evite oferecer os alimentos misturados para que a criança tenha a oportunidade de conhecer os novos sabores e texturas;
- Quando a criança já se senta à mesa, o consumo desses alimentos pela família irá incentivá-la a experimentar. Estar presente junto às refeições, mesmo que a criança já coma sozinha e ajudá-la, se necessário. Não apressar a criança. É necessário ter paciência e bom humor, sem forçar a criança a comer, isso aumenta o estresse e diminui o apetite.

PASSO 8 – Evite açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Use sal com moderação.

- Prefira alimentos naturais, sem adição de açúcar;
- Escolha frutas que não precisam ser adoçadas (Exemplo: laranja, caju, maçã, pêra, mamão, banana, melancia, goiaba, manga);
- Não deixe a criança pequena “experimentar” de tudo, como por exemplo, iogurtes industrializados, macarrão instantâneo, bebidas alcoólicas, salgadinhos, refrigerantes, frituras, cafés, embutidos, enlatados, chás e doces;

UNILEÃO.EDU.BR

- Oriente os irmãos maiores para não oferecer doces, sorvetes e refrigerantes à criança pequena;
- Leia o rótulo dos alimentos para evitar oferecer à criança aqueles que contêm aditivos e conservantes artificiais;
- O sal não deve ser adicionado às refeições da criança no primeiro ano de vida, sendo suficiente o conteúdo de sódio intrínseco aos alimentos utilizados no preparo.

PASSO 9 – Cuide da higiene no preparo e manuseio dos alimentos. Garanta o seu armazenamento e conservação adequados

- Lavar as mãos em água corrente e sabão antes de preparar e oferecer a alimentação para a criança;
- Usar água fervida e filtrada para oferecer à criança e também para o preparo das refeições;
- Não oferecer à criança sobras de alimentos da refeição anterior;
- Prepare apenas a quantidade de alimentos que a criança costuma comer, para evitar sobras;
- Se não tiver um refrigerador em boas condições, os alimentos da criança devem ser preparados próximo ao horário da refeição. Utensílios da criança, frutas e verduras, devem ser lavadas em água corrente, e colocados em imersão em água com hipoclorito de sódio a 2,5% por 15 minutos (20 gotas de hipoclorito para um litro de água). Para reduzir o risco de contaminação dos alimentos por agrotóxicos, preconiza-se a utilização de bicarbonato de sódio a 1% (imersão das frutas e verduras por 20 minutos em solução de uma colher de sopa de bicarbonato para 1 litro de água).

PASSO 10 – Estimule a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando sua aceitação.

- Se a criança mama só no peito, aumente a frequência das mamadas;
- Ofereça os alimentos que a criança preferir, desde que sejam saudáveis;
- Ofereça quantidades pequenas por refeição e com maior frequência;
- Se a criança estiver com febre ou diarreia ofereça líquidos mais vezes por dia. Esses líquidos devem ser oferecidos após as refeições ou nos intervalos.

UNILEÃO.EDU.BR

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 33: Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf Acesso em: 05 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/atencao-a-saude-do-recem-nascido-guia-para-os-profissionais-de-saude-vol-iv/view>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de cuidado Secretaria de Atenção Primária: **Puericultura.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/> Acesso em: 05 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Caderneta da Criança: Menina – Passaporte da cidadania. 5ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MATO GROSSO DO SUL (COREN-MS). **Protocolo de Enfermagem na atenção primária à saúde da criança: saúde da criança e do adolescente.** Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2020. Disponível em: https://www.corenms.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/COREN_MS_PROTOCOLO_Saude-do-Crian%C3%A7a.pdf Acesso em: 05 de fevereiro de 2024.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE RIO GRANDE DO SUL (COREN-RS). **Protocolo de Enfermagem na atenção primária à saúde da criança.** Conselho Regional de Enfermagem do Mato Grosso do Sul, Mato Grosso do Sul, 2021. Disponível em: <https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/ProtocolosEnfermagem/ProtocoloEnfermagemSaudeCriancaAdolescente042022.pdf> Acesso em: 05 de fevereiro de 2024.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN-SC). **Protocolo de Enfermagem Volume 1. Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares.** Florianópolis, 2020. 57 p. Disponível em: https://wiki.smsbrusque.sc.gov.br/images/0/00/PROTOCOLO-ENFERMAGEM-VOLUME-1-COREN_atualizado.pdf. Acesso em: 05 de fevereiro de 2024.

KOTAGAL, S. Neurologic examination of the newborn. **UpToDate**, Waltham, MA, 2020.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2021-2023.** Tradução de Regina Machado Garcez. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Pediatria do Comportamento e Desenvolvimento. **Caderneta de Saúde da Criança Instrumento e**

UNILEAO.EDU.BR

Promoção do Desenvolvimento: como avaliar e intervir em crianças. Guia Prático de Atualização, nº 4.1, dezembro de 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20493c-GPA_-_Caderneta_de_Saude_da_Crianca.pdf Acesso em: 06 de fevereiro de 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de orientações** - Grupo de trabalho saúde na era digital (2019-2021). São Paulo: SBP, 2019. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22246c-ManOrient_-_MenosTelas__MaisSaude.pdf> Acesso em: 05 de fevereiro de 2024.

PROTOCOLOS DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM

Procedimento	Consulta de Enfermagem a Criança com Infecção Respiratória Aguda - IRA	Emissão: 02/2025
		Próxima revisão: 02/2026

1 DEFINIÇÃO

As doenças respiratórias são um dos principais problemas de saúde pública entre as crianças menores de cinco anos. Podem se iniciar já nos primeiros dias de vida e incluem, além de infecções, doenças alérgicas como a asma. Em média, as crianças menores de cinco anos têm de quatro a oito Infecções Respiratórias Agudas (IRA) por ano, podendo chegar a dez episódios naquelas que permanecem em instituições de cuidado, como os centros de educação infantil (Hockenberry; Winkelstein; Wilson, 2023).

O que mais deve ter atenção com relação a avaliação da criança com problemas respiratórios são as pneumonias, devido a sua letalidade, pois 80% das mortes por IRA têm como causa a pneumonia. Em nossa realidade, a pneumonia geralmente é causada por bactérias, sendo mais comuns o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) e o *Haemophilus influenzae*. Entretanto, em países que introduziram no calendário básico de imunização as vacinas Hib e Pneumocócica, como o Brasil, ocorrem em menor frequência (Kerschner; Preciado, 2020).

A maioria das crianças doentes que vão para os serviços de saúde com os responsáveis, apresenta IRA sem gravidade. No entanto deve-se deixar claro que se não forem tratadas a tempo, existem grandes chances de poderem evoluírem para infecções mais graves, como pneumonia e septicemia. Neste sentido torna-se imprescindível distinguir, entre as crianças com IRA, aquelas que têm alta probabilidade de ter pneumonia, e classificar a gravidade da doença, a fim de definir o uso de antibióticos e a necessidade de hospitalização.

Os sinais que devem ser pesquisados precocemente são tosse ou dificuldade para respirar, que quase sempre estão presentes diante da suspeita de pneumonia. Deve-se avaliar conferindo: há quanto tempo a criança está com tosse ou dificuldade para respirar; se a criança apresenta sibilância; se tem respiração rápida, tiragem subcostal e estridor (Hockenberry; Winkelstein; Wilson, 2023).

2 OBJETIVOS DA CONSULTA

- Otimizar as práticas específicas e cuidados básicos da enfermagem;
- Possibilitar aos alunos o desenvolvimento de habilidades que os tornem aptos a lidar com o paciente.

UNILEAO.EDU.BR

3 MATERIAIS

- Termômetro;
- Abaixador de língua;
- Estetoscópio;
- Otopscópio; se possível.

4 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS (SOAP)

As atividades desenvolvidas por ocasião da consulta englobam:

4.1 ANAMNESE (SUBJETIVO)

Identificação

- Nome;
- Data de Nascimento;
- Endereço;
- CPF;
- Cartão Nacional do Sus (CNS);
- Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Queixas

- Percepção a respeito da situação de saúde, queixas gerais e comuns (início, tempo de duração, intensidade, ciclicidade e fatores predisponentes), condições crônicas, uso de medicamentos (referidas pelos responsáveis já que neste caso tratamos com crianças e com frequência menores de 5 anos).

Exame físico

Anamnese

Coleta de informações sobre histórico respiratório;

- Identificação de sintomas como:
Tosse;
Coriza;
Obstrução nasal;

Dor de garganta;
Dificuldade para respirar;
Febre;
Possui doença associada?
Apresenta fator de risco?
Quanto tempo apresenta esses sintomas?
Em uso de alguma medicação?
Se alguém no domicílio é fumante?
Investigar a vacinação
Investigar a posição preferencial durante o repouso.
Investigar se apresenta desconforto ao deitar ou se movimentar.

Além disso, o profissional deve atentar-se:

- **História clínica atual:** características dos sinais e sintomas - início (súbito, gradual), evolução (contínua, intermitente), intensidade, fatores agravantes e associados;
- **História pregressa:** alergias, patologias prévias, intervenção cirúrgica, internações, traumatismo, acidentes, medicamentos em uso;
- **História familiar:** patologias prévias - enxaqueca, acidente vascular cerebral (AVC), tuberculose (TBC), hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), câncer (CA), cardiopatias, entre outras;
- **Hábitos de vida:** dieta, ingestão líquida, etilismo, tabagismo, uso de drogas, eliminação fisiológica: fezes e urina (aspecto, frequência, volume, odor).

4.2 EXAME FÍSICO (OBJETIVO)

- Queixa principal;
- Dados antropométricos;
- Peso atual;
- Peso habitual;
- Altura;
- IMC;
- Pulso radial;
- Frequência Respiratória;

UNILEAO.EDU.BR

- Temperatura;
- Inspeção da aparência geral: Estado Geral Bom (EGB) | Estado Geral regular (EGR) | Estado Geral Mau (EGM);
- Inspeção de mucosas e turgor;
- Alimentação e aceitação;
- Hidratação (aceita líquidos).

Exame físico específico

Avaliação da cavidade oral

- Presença de odor;
- Avaliação de sinais de obstrução nasal;
- Verificação de presença de secreções ou sinais de inflamação;
- Aumento das tonsilas.

Avaliação do pescoço

- Verificar presença de linfonodos palpáveis;

Avaliação Torácica

- Inspeção Torácica:
 - Observação de movimentos respiratórios;
 - Identificação de retrações e uso de músculos acessórios.
- Ausculta Pulmonar:
 - Auscultação dos campos pulmonares anterior e posterior;
 - Identificação de ruídos adventícios como crepitações e sibilos.
- Ausculta cardíaca:
 - Realizar a ausculta nos diferentes pontos focais, como a válvula mitral e tricúspide para detectar murmúrios ou alterações dos batimentos cardíacos.

4.3 DIAGNÓSTICOS (INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES) (AVALIAÇÃO)

Estabelecer Diagnósticos de Enfermagem conforme a condição clínica da paciente utilizando como referência a Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA).

Possíveis Diagnósticos de Enfermagem (NANDA)

- Dor aguda relacionada à inflamação do ouvido;
- Risco de infecção relacionado a presença de fluido no ouvido;
- Integridade da pele prejudicada relacionada a possíveis lesões no ouvido devido presença de secreção e/ ou prurido;
- Padrão respiratório ineficaz;
- Congestão nasal;
- Desconforto relacionado a dor na garganta;
- Risco de infecção relacionado à exposição de patógenos;
- Hipertermia relacionada à resposta inflamatória;
- Dificuldade de deglutição relacionado ao edema amigdalares;
- Padrão do sono prejudicado.

4.4 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (PLANO)

OBS: Outros diagnósticos poderão ser utilizados mediante a situação avaliada na consulta.

Problemas e/ou condições avaliados neste atendimento (CIAP2)	
Código	Motivo da consulta
A03	Febre
A06	Sentir-se doente
H01	Dor de ouvido
H02	Problemas de audição
H04	Secreção no ouvido
H13	Sensação de ouvido tampado
H28	Limitação funcional / incapacidade
H29	Outros sinais e sintomas do ouvido
N01	Cefaleia
N03	Dores na face

N16	Alterações do olfato / gosto
R01	Dor atribuída ao aparelho respiratório
R02	Dificuldade respiratória, dispneia
R03	Respiração ruidosa
R04	Outros problemas respiratórios
R05	Tosse
R07	Espirro/congestão nasal
R08	Outros sinais nasais
R21	Sinais/sintomas da garganta
R23	Sinais/sintomas da voz
R25	Expectoração / mucosidade nasal
R74	Infecção aguda do aparelho respiratório superior

4.5 REGISTRO

O uso do SOAP permite o correto registro e implementação do **processo de Enfermagem (PE)**.

ETAPAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM			
	ETAPA	SOAP	PE
S	Subjetivo	Informações colhidas na entrevista sobre o motivo da consulta/problema/necessidade	Histórico de Enfermagem (entrevista)
O	Objetivo	Dados do exame físico, laboratoriais e complementares	Histórico de Enfermagem (exame físico)
A	Avaliação	Avaliação dos problemas	Diagnóstico de Enfermagem Planejamento de Enfermagem Avaliação de Enfermagem
P	Plano	Plano de cuidados / conduta	Implementação Intervenções de Enfermagem

Fonte: Adaptado COREN-SC, 2020

REFERÊNCIAS

HOCKENBERRY, Marilyn J.; WINKELSTEIN, Marilyn L.; WILSON, David. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 11.ed.2023.

KERSCHNER, J. E., PRECIADO, D. Otitis media. In R. M. Kliegman, J. W. St. Geme, N. L. Blum, et al. (Eds.), *Nelson textbook of pediatrics* (21st ed.). Philadelphia: Saunders/Elsevier.2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de Pediatria**: Departamento Científico de Pneumologia. **2016**.

VENEKAMP, R. P., DAMOISEAUX, R. A., SCHILDER, A. G. **Acute otitis media in children**. *American Family Physician*. 95(2), 109–110.2017.

PROTOCOLOS DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM

Procedimento	Resfriado Comum	Emissão: 02/2025
		Próxima revisão: 02/2026

1 DEFINIÇÃO

A nasofaringite aguda (resfriado comum) e a faringite (infecção da garganta) são doenças que é causada por diferentes tipos de vírus, como rinovírus, adenovírus, vírus sincicial respiratório-VSR, vírus influenza e vírus parainfluenza que acometem ao trato respiratório superior. Os sintomas são mais graves em lactentes e crianças do que em adultos. A doença é autolimitada e os sintomas geralmente duram de 10 a 14 dias com um pico no segundo ou terceiro dia. Importante ressaltar que os cuidados e orientações no início dos sintomas podem evitar agravamentos como a otite média e pneumonia (Hockenberry; Winkelstein; Wilson, 2023).

2 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Febre

- Pode estar ausente em neonatos (< 28 dias);
- Maior incidência entre 6 meses e 3 anos;
- A temperatura pode atingir 39,5°C a 40,5°C mesmo com quadros mais leves de infecção;
- Muitas vezes aparece como primeiro sinal de infecção;
- Pode deixar a criança apática e irritada, com padrão de atividade alterado (por ex., inquieta, fatigada);
- Tendência a desenvolver altas temperaturas com infecção em certos casos;
- Pode precipitar convulsão febril.

Anorexia

- Comum na maioria das doenças infantis;
- Frequentemente é a evidência inicial de uma doença;
- Persiste em maior ou menor grau durante a fase febril; muitas vezes se estende até o período de convalescença.

UNILEAO.EDU.BR

Êmese

- Comum em lactentes enfermos;
- Indício do início de uma infecção;
- Pode preceder outros sinais por várias horas;
- Geralmente de curta duração, mas pode persistir durante o curso da doença;
- É causa frequente de desidratação.

Diarreia

- Geralmente a diarreia é leve e transitória, mas pode se tornar grave;
- Frequentemente acompanha infecções respiratórias virais.

Dor abdominal

- Queixa comum;
- Às vezes indistinguível da dor da apendicite;
- Pode representar uma dor referida (p. ex., dor torácica associada à pneumonia);
- Pode estar relacionada com espasmos musculares por vômito especialmente em crianças agitadas e tensas.

Obstrução nasal

- As pequenas passagens nasais dos lactentes são facilmente bloqueadas por edema e exsudação da mucosa;
- Em lactentes, pode interferir com a respiração e a alimentação;
- Pode contribuir para o desenvolvimento de otite média e sinusite.

Secreção nasal

- Sinal comum;
- Pode ser fina e aquosa (rinorreia) ou espessa e purulenta;
- Depende do tipo e do estágio da infecção;
- Associada à prurido;
- Pode causar irritação no lábio superior e na pele ao redor das narinas.

Tosse

- Sinal comum;
- Pode ser evidente apenas durante a fase aguda;
- Pode persistir por vários meses após a doença.

Sons respiratórios

- Sons associados a doenças respiratórias: tosse, rouquidão, gemido, estridor e sibilância;
- Achados à ausculta: Sibilos, estertores, ausência de sons respiratórios.

Dor de garganta

- Queixa frequente de crianças com mais idade;
- Crianças de menos idade (incapazes de descrever os sintomas) podem não reclamar, mesmo quando a garganta está muito inflamada;
- Aumento visível da salivação (percebida pelos pais);
- Recusa da ingestão de líquidos ou sólidos por via oral (VO).

3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Na maioria das vezes a nasofaringe traz desconforto como a obstrução nasal neste sentido deve ser orientado os responsáveis sobre: elevar a cabeceira da cama ou o colchão do berço auxilia na drenagem das secreções. A aspiração e a vaporização também podem proporcionar alívio. Instilar soro fisiológico e fazer uma aspiração suave com uma seringa de bulbo antes da alimentação e da hora de dormir podem ajudar;
- Manter a ingestão adequada de líquidos é essencial durante qualquer processo infeccioso. Durante esse período a criança geralmente tem dificuldade de aceitar alimentos sólidos, portanto a ingestão hídrica deve ser incentivada para evitar a desidratação;
- Como a nasofaringite é transmitida por secreções, o melhor meio de prevenção é evitar o contato com pessoas afetadas;
- Os membros da família com resfriado devem descartar cuidadosamente os lenços de papel, não compartilhar toalhas, copos ou talheres; e evitar o contato direto com outras pessoas, se possível;
- Eles devem cobrir a boca e o nariz com lenços ou com a parte interna do cotovelo flexionado ao tossir ou espirrar e lavar bem as mãos após assoar o nariz ou espirrar;

- As crianças devem lavar bem as mãos ou usar desinfetante e evitar tocar nos olhos, nariz e boca;
- Oferecer suporte e segurança é um elemento importante no cuidado de famílias com crianças de menos idade com infecções das vias aéreas superiores (IVAS) recorrentes;
- Oferecer suporte e segurança é um elemento importante no cuidado de famílias com crianças de menos idade com infecções das vias aéreas superiores (IVAS) recorrentes;
- Importante orientar os pais para que possam reconhecer os sinais de complicações respiratórias e procurar o serviço de saúde (p. ex., sinais de desidratação, a criança não melhora no período de 2 a 3 dias).

REFERÊNCIAS

HOCKENBERRY, Marilyn J.; WINKELSTEIN, Marilyn L.; WILSON, David. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 11.ed.2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de Pediatria**: Departamento Científico de Pneumologia.2016.

PROTOCOLOS DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM

Procedimento	Faringite	Emissão: 02/2025
		Próxima revisão: 02/2026

1 DEFINIÇÃO

A infecção das vias aéreas superiores por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A. Não é em si uma patologia grave, mas as crianças afetadas correm o risco de sequelas sérias como: febre reumática aguda, que é uma doença inflamatória do coração, articulações e sistema nervoso central e glomerulonefrite aguda, que é uma infecção renal aguda. Essas sequelas podem resultar em danos permanentes, principalmente da febre reumática aguda. Pode ocorrer também manifestações cutâneas, incluindo impetigo e piodermite (Hockenberry; Winkelstein; Wilson, 2023).

2 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- Geralmente é uma doença relativamente breve que varia de uma apresentação subclínica (sem sintomas) até toxicidade grave;
- O início é abrupto e caracterizado por faringite, cefaleia, febre e dor abdominal;
- As amígdalas e a faringe podem estar inflamadas e cobertas de exsudato, que geralmente aparece no segundo dia;
- No entanto, deve-se suspeitar de infecções estreptocócicas em crianças com mais de 2 anos com faringite, mesmo que não haja exsudato;
- A linfadenopatia cervical anterior (30 a 50% dos casos) ocorre precocemente e os linfonodos ficam sensíveis. A dor pode variar entre relativamente leve até dor grave o suficiente para dificultar a deglutição;
- As manifestações clínicas geralmente desaparecem no período de 3 a 5 dias, a menos que complicadas por sinusite ou abscesso parafaríngeo, peritonsilar ou retrofaríngeo.
- Pode surgir complicações não supurativas após o início da infecção: nefrite aguda em cerca de 10 dias e febre reumática em média após 18 dias.

3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Geralmente, o enfermeiro obtém um swab para cultura da garganta e orienta os pais sobre a administração do antibiótico e do analgésico, conforme a prescrição médica;

- Orientar sobre a importância de compressas frias ou quentes na região cervical podem proporcionar alívio;
- Em crianças com idade suficiente para cooperar, gargarejos com água morna salgada oferecem alívio do desconforto na garganta;
- O ibuprofeno (a partir de 6 meses de vida) e o paracetamol podem ser efetivos para diminuir a dor de garganta; preparações líquidas ou pastilhas mastigáveis podem ser preferíveis devido à dor associada à deglutição;
- A dor pode interferir na ingestão oral, e a criança não deve ser forçada a comer, mas a ingestão de líquidos é essencial. Incentivar a ingestão de líquidos frios, lascas de gelo ou picolés que possam ser mais bem tolerados do que alimentos sólidos;
- Enfatizar sobre a administração correta da medicação oral e na conclusão do curso total da antibioticoterapia;
- Se a criança continuar febril e/ou não melhorar dentro de um período de 24 a 48 horas, é importante que o médico faça uma avaliação adicional;
- Crianças infectadas transmitem a doença para outras pessoas na manifestação dos sintomas e até 24 horas após o início da antibioticoterapia oral. Geralmente, é recomendado que elas não retornem à escola ou creche até que tenham tomado antibióticos por um período completo de 24 horas;
- Os enfermeiros devem lembrar aos pais e às crianças com infecção de garganta por estreptococos que devem descartar a escova de dentes e substituí-la por uma nova após tomar antibióticos por 24 horas;
- Os aparelhos ortodônticos devem ser lavados cuidadosamente, pois podem abrigar os patógenos. Os pais são alertados para evitar que outros membros da família, especialmente se imunocomprometidos, tenham contato próximo com a criança doente e evitar compartilhar toalhas e bebidas ou alimentos.

REFERÊNCIAS

HOCKENBERRY, Marilyn J.; WINKELSTEIN, Marilyn L.; WILSON, David. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 11.ed.2023.

PROTOCOLOS DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM

Procedimento	Otite Média	Emissão: 02/2025
		Próxima revisão: 02/2026

1 DEFINIÇÃO

Otite média (OM) pode ser definido como a presença de líquido na orelha média, com sinais agudos de doença e sintomas de inflamação. É uma das doenças mais prevalentes da primeira infância. Sua incidência é maior nos meses de inverno. Muitas vezes a OM bacteriana está relacionada a uma infecção respiratória viral. Já os episódios de otite média aguda (OMA) ocorre nos primeiros 24 meses de vida, mas a incidência diminui com a idade, exceto por um pequeno aumento aos 5 ou 6 anos, quando as crianças ingressam na escola. As bactérias mais comuns causadoras de Otite média são *Streptococcus pneumoniae*, *H. influenzae* e *Moraxella catarrhalis*. Os dois vírus com maior probabilidade a patologia são o vírus sincicial respiratório e influenza (Hockenberry; Winkelstein; Wilson, 2023).

2 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- Otalgia (dor de ouvido);
- Febre – pode ou não estar presente;
- Secreção purulenta (otorreia) – pode ou não estar presente;
 - Em crianças menores pode ser observado choro, agitação, inquietação, irritabilidade, especialmente quando deitada;
 - Existe uma tendência a esfregar, segurar ou puxar a orelha afetada, geralmente mexe muito a cabeça de um lado para o outro;
- Dificuldade para confortar a criança;
- Perda de apetite, recusa da alimentação;
- Crianças com mais idade pode apresentar choro ou verbalização da sensação de desconforto;
- Irritabilidade;
- Letargia;
- Perda de apetite.

3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- O profissional enfermeiro tem como objetivos nos casos de crianças com otite média aguda: aliviar a dor, facilitar a drenagem quando possível, prevenir complicações ou recorrências, orientar a família sobre os cuidados com a criança e fornecer suporte emocional à criança e à família;
- Analgésicos (ibuprofeno e paracetamol) são úteis para reduzir a otalgia grave e controlar a febre. O ibuprofeno tem uma duração de ação mais longa (cerca de 6 horas) e é especialmente benéfico para o conforto noturno, mas não deve ser usado em crianças com menos de 6 meses de vida, a menos que haja prescrição médica;
- Orientar sobre a importância de deitar a criança sobre o lado afetado pode reduzir a dor, pois facilita a drenagem de um tímpano rompido ou miringotomia;
- Orientar ainda no caso em que a orelha estiver drenando secreções, o canal externo pode ser limpo com cotonetes estéreis com tratamento antibiótico tópico, conforme indicado pelo médico;
- Se for colocado um tampão de merocel (tampão otológico) ou um chumaço de gaze estéril na orelha após o tratamento cirúrgico, eles devem ficar frouxos o suficiente para permitir a drenagem da secreção acumulada para fora da orelha; caso contrário, a infecção pode ser transferida para o processo mastoide;
- Os pais devem ser orientados a manter os tampões secos durante o banho. Ocasionalmente, a secreção é tão abundante que o pavilhão auricular e a pele circundante ficam escoriados pelo exsudato. A limpeza frequente e a aplicação de produtos com prescrição médica pode ser necessário, buscando prevenir ou tratar a irritação da pele;
- A prevenção da recorrência requer a orientação adequada dos pais sobre o tratamento com antibióticos. Como os sintomas de dor e febre geralmente desaparecem dentro de 24 a 48 horas, os enfermeiros devem enfatizar que, embora a criança possa parecer bem, a infecção não está completamente erradicada até que toda a medicação prescrita seja tomada;
- Faz-se importante ressaltar a possibilidade de complicações da otite média, principalmente a perda auditiva, que podem ser prevenidas com tratamento e acompanhamento adequados;
- Os pais também precisam de orientação antecipada quanto aos métodos para reduzir os riscos de otite média, principalmente em crianças menores de 2 anos.

- Reduzir as chances de OM é possível com algumas medidas como: sentar ou segurar a criança na posição vertical para mamar;
- Manter as imunizações infantis de rotina e amamentar exclusivamente até pelo menos 6 meses de vida;
- O uso de mamadeiras é desencorajado para evitar o acúmulo de leite enquanto a criança estiver em decúbito dorsal e para estimular o contato humano durante a alimentação;
- A eliminação da fumaça do tabaco e alérgenos conhecidos também é recomendada;
- A detecção precoce de uma efusão da orelha média é essencial para prevenir complicações;
- Lactentes e pré-escolares devem ser examinados quanto à presença de secreção, e todas as crianças em idade escolar, especialmente aquelas com dificuldades de aprendizagem, devem ser testadas para déficits auditivos relacionados com efusão da orelha média.

4 CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES SOBRE A OTITE MÉDIA

- Ocorre com pouca frequência em crianças com mais de 7 anos. Frequentar a creche é um fator de risco significativo para o desenvolvimento da condição;
- Crianças que têm irmãos ou pais com história de otite média crônica também apresentam maior incidência da doença;
- Aquelas que vivem em famílias com muitos membros (especialmente fumantes) são mais propensas a ter otite média do que as que vivem com menos pessoas;
- O tabagismo passivo aumenta o risco de secreção persistente da orelha média, aumentando a fixação dos patógenos que causam otite ao epitélio respiratório no espaço da orelha média, prolongando a resposta inflamatória e impedindo a drenagem através da tuba auditiva;
- A condição socioeconômica da família e a extensão da exposição a outras crianças são importantes fatores de risco identificáveis para a ocorrência de otite média.

REFERÊNCIAS

HOCKENBERRY, Marilyn J.; WINKELSTEIN, Marilyn L.; WILSON, David. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 11.ed.2023.

PROTOCOLOS DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM

Procedimento	Amigdalite	Emissão: 02/2025
		Próxima revisão: 02/2026

1 DEFINIÇÃO

As amígdalas palatinas (tonsilas) são massas de tecido linfoide localizadas na cavidade faríngea. As amígdalas têm como funções filtrar e proteger os trajetos respiratório e digestório da invasão de microrganismos patogênicos e desempenham um papel na formação de anticorpos. O seu tamanho varia, as crianças geralmente têm tonsilas maiores do que adolescentes ou adultos. Neste sentido acredita-se que essa diferença seja um mecanismo de proteção, pois crianças de menos idade são especialmente suscetíveis a infecções das vias aéreas superiores (Hockenberry; Winkelstein; Wilson, 2023).

A amigdalite geralmente ocorre com faringite. Por causa do tecido linfoide abundante e da frequência de infecção das vias aéreas superiores – IVAS. A amigdalite é uma causa comum de doença em crianças de menos idade. O agente causador pode ser viral ou bacteriano (Venekamp; Damoiseaux; Schilder, 2017).

2 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- As manifestações de tonsilite são causadas por inflamação. A criança tem dificuldade para engolir e respirar;
- Quando ocorre o aumento das adenoides, a região posterior das narinas fica bloqueada, dificultando ou impossibilitando a passagem do ar do nariz para a garganta, resultando assim na respiração pela boca;
- Em virtude do aumento crônico das amígdalas e adenoides pode ocorrer obstrução da respiração durante o sono;
- Se a respiração oral for contínua, as mucosas da orofaringe ficam ressecadas e irritadas, e favorece ao surgimento de outros sintomas como um odor fétido na boca e uma redução nos sentidos do paladar e do olfato;
- Com relação a voz pode ter um timbre anasalado e abafado, podendo surgir ainda uma tosse persistente;
- Ainda existe o fator da proximidade das adenoides com as tubas auditivas, essa passagem é frequentemente bloqueada pelo edema das adenoides, interferindo na

drenagem normal das secreções e frequentemente resultando em otite média ou dificuldade de audição.

3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Proporcionar conforto e minimizar intervenções ou atividades que precipitem sangramentos;
- Uma dieta leve ou líquida geralmente é preferível;
- Gargarejos com água morna e salgada, líquidos quentes, pastilhas para a garganta e analgésicos não opioides prescritos regularmente (como paracetamol e ibuprofeno) são usados para promover o conforto;
- Se for necessária uma cirurgia, a criança precisa receber o mesmo preparo psicológico e os mesmos cuidados físicos que são feitos para qualquer procedimento.

REFERÊNCIAS

HOCKENBERRY, Marilyn J.; WINKELSTEIN, Marilyn L.; WILSON, David. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 11.ed.2023.

VENEKAMP, R. P., DAMOISEAUX, R. A., SCHILDER, A. G. **Acute otitis media in children**. *American Family Physician*. 95(2), 109–110.2017.

PROTOCOLOS DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM

Procedimento	BRONQUITE	Emissão: 02/2025
		Próxima revisão: 02/2026

1 DEFINIÇÃO

É a inflamação das grandes vias aéreas (traqueia e brônquios), que está frequentemente associada as infecções das vias áreas superiores (IVAS). Os agentes virais são a causa primária da doença, incluindo influenza A e B, parainfluenza, coronavírus (tipos 1 a 3), rinovírus, vírus sincicial respiratório e metapneumovírus humano. A condição se caracteriza por uma tosse seca, cortante e improdutiva que piora à noite, dura mais de 5 dias, mas pode persistir por 1 a 3 semanas. A bronquite ainda pode ser descrita como uma doença leve e autolimitada que requer apenas tratamento sintomático, incluindo analgésicos, antipiréticos e umidade. Os inibidores da tosse podem ser úteis para permitir o repouso, especialmente à noite, mas podem interferir na eliminação de secreções. A maioria dos pacientes se recupera sem intercorrências dentro de 5 a 10 dias (Hockenberry; Winkelstein; Wilson, 2023).

2 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Primeiros sintomas a surgir

- Rinorreia;
- Faringite;
- Tosse, espirros;
- Sibilos;
- Possibilidade de secreção na orelha ou nos olhos;
- Febre intermitente;

Quando a doença progride

- Aumento da tosse e do sibilo;
- Febre;
- Taquipneia e retrações;
- Recusa em se alimentar (aleitamento materno ou mamadeira);
- Secreções abundantes;

Sinais de agravamento do quadro clínico

UNILEÃO.EDU.BR

- Taquipneia, maior que 70 respirações/min;
- Apatia;
- Crises de apneia;
- Alteração nas trocas gasosas (p. ex., retrações, crepitações);
- Diminuição dos sons respiratórios;

3 TRATAMENTO

- Nos casos não complicados devem ter tratamento sintomático, com ingesta adequada de líquidos, manutenção das vias aéreas e medicamentos;
- A hospitalização é recomendada para crianças com dificuldade respiratória ou com má alimentação, letargia, desidratação, dificuldade respiratória moderada a grave, apneia ou hipoxemia. Outras razões para a hospitalização incluem condições complicadas, como doença pulmonar ou cardíaca subjacente (p. ex., prematuridade) ou incapacidade do cuidador de fornecer cuidados adequados durante a doença.
- Broncodilatadores não são recomendados e raramente são benéficos;
- O uso de corticoides sistêmicos é controverso, mas pode ser feito em algumas instituições;
- Aerosol é indicado e o profissional vai avaliar a necessidade de corticoides, e higienização das narinas com soro fisiológico 0.9%.
- Os antibióticos não fazem parte do tratamento, a menos que haja uma infecção bacteriana coexistente, como otite média ou pneumonia. Recomendações adicionais incluem incentivar a amamentação, evitar a exposição passiva à fumaça do tabaco e promover medidas preventivas, como a lavagem das mãos.

4 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Geralmente são designadas a salas separadas ou agrupadas com outras crianças infectadas pelo mesmo agente;
- A lavagem adequada das mãos é essencial para reduzir a propagação da doença;
- Ter cuidado para evitar tocar na mucosa nasal ou na conjuntiva e orientar caso aconteça higienizar sempre as mãos;

- As mães que amamentam devem ser incentivadas a continuar alimentando o lactente ou, se as mamadas forem contraindicadas devido à gravidade da doença, as mães devem bombear o leite e armazená-lo adequadamente para uso posterior;
- Os pais devem ser ensinados a instilar gotas de soro fisiológico nas narinas e aspirar o muco com seringa antes das mamadas e antes de dormir, para que a criança possa comer, descansar e dormir mais facilmente;
- Para resolver o problema de diminuição da ingestão de líquidos, os pais podem oferecer pequenas quantidades de cada vez, de 5 a 10 ml, usando uma seringa de medicação a cada 10 minutos para manter a hidratação adequada pois, o estado de hidratação dos lactentes também pode ser afetado pela tosse e/ou vômito, pois as secreções se instalam na garganta e no estômago;
- Orientar os pais ou responsáveis sobre a importância de atentar para sinais de risco, orientar sobre o tratamento prescrito.
- Aumentar ingestão de água e outros líquidos (sucos e sopas; criança em aleitamento materno, aumentar o número e intensidade das mamadas);
- Vaporização em domicílio (vapor d'água do chuveiro, inalador, etc.);
- Remover umidade/mofo/bolor da casa;
- Manter a casa ventilada;
- Não fumar na presença da criança;
- Orientar sinais de gravidade e procurar a unidade de saúde ou emergência imediatamente;
- Evitar aglomerações (avaliar exposição em escolas, creches, centros de educação infantil).

REFERÊNCIAS

HOCKENBERRY, Marilyn J.; WINKELSTEIN, Marilyn L.; WILSON, David. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 11.ed.2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de Pediatria**: Departamento Científico de Pneumologia.2016.

PROTOCOLOS DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM

Procedimento	Pneumonia	Emissão: 02/2025
		Próxima revisão: 02/2026

1 DEFINIÇÃO

A pneumonia consiste em uma inflamação do parênquima pulmonar, é comum na infância, mas ocorre mais frequentemente na primeira infância. Clinicamente, pode ocorrer como doença primária ou como complicação de outra doença. A classificação mais útil de pneumonia é baseada no agente etiológico podendo ser viral, bacteriana e atípica primária (adquirida na comunidade). O agente causador geralmente é introduzido nos pulmões por inalação ou pela corrente sanguínea.

2 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Febre: geralmente alta;

Respiratórios

- Tosse: improdutiva ou produtiva com expectoração esbranquiçada;
- Taquipneia;
- Sons respiratórios: crepitações ou roncos;
- Embotamento à percussão;
- Dor torácica;
- Retrações;
- Dilatação das narinas;
- Palidez a cianose (depende da gravidade);

Radiografia de tórax: infiltração difusa ou irregular com distribuição peribronquica;

Comportamento: irritabilidade, agitação, letargia;

Gastrintestinais: anorexia, vômitos, diarreia, dor abdominal;

3 TRATAMENTO

- Consiste em uma conduta médica;
- Após a avaliação da criança o profissional decide se pode ser tratada em nível ambulatorial ou hospitalar;

- Na pneumonia utiliza-se antibioticoterapia, repouso, ingestão livre de líquidos VO e administração de antipirético para febre são as principais medidas terapêuticas.

4 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- O enfermeiro deve orientar a família sobre a observação de uma piora dos sintomas, administração de antibióticos e antipiréticos e incentivo à ingestão de líquidos VO;
- Se a criança enferma rejeitar alimentos sólidos, a ingestão de líquidos deve ser incentivada até que ela se sinta bem o suficiente para ingerir alimentos sólidos;
- É importante envolver a família no cuidado, estimular perguntas e facilitar uma comunicação efetiva;
- Reduzir a ansiedade, a apreensão e o sofrimento psicológico da criança incentivando a presença da família no cuidado;
- Manter a casa ventilada;
- Não fumar na presença da criança;
- Evitar aglomerações (avaliar exposição em escolas, creches, centros de educação infantil).

REFERÊNCIAS

CONSELHO REGIONAL DO RIO GRANDE DO SUL (COREN-RS). **Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica: Saúde da Criança e do adolescente**. 1ª ed. Rio Grande do Sul:2020. Disponível em: rs.corens.portalcofen.gov.br, Acessado em: 15 de dezembro de 2023.

HOCKENBERRY, Marilyn J.; WINKELSTEIN, Marilyn L.; WILSON, David. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 11.ed.2023.

PROTOCOLOS DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM

Procedimento	Consulta de Enfermagem a Criança com Diarreia	Emissão: 02/2025
		Próxima revisão: 02/2026

1 DEFINIÇÃO

A diarreia é um sintoma que resulta de distúrbios envolvendo as funções digestória, absorptiva e secretória. A diarreia é causada pelo transporte hidroeletrólítico intestinal anormal. Os distúrbios diarreicos envolvem estômago e intestinos (gastroenterite), intestino delgado (enterite), cólon (colite) ou cólon e intestinos (enterocolite). A diarreia é classificada como aguda ou crônica (Brasil, 2017).

A diarreia aguda, uma das causas principais de doença em crianças com idade inferior a 5 anos, é definida como um aumento súbito na frequência e alteração na consistência das fezes, frequentemente causados por um agente infeccioso no trato gastrointestinal (GI). A diarreia aguda em geral é autolimitada (< 14 dias de duração) e cede sem tratamento específico se não ocorrer desidratação. A diarreia infecciosa aguda (gastroenterite infecciosa) é causada por uma variedade de patógenos virais, bacterianos e parasitários (Hockenberry; Wilson; Winkelstein, 2023).

A diarreia crônica é definida como um aumento na frequência e conteúdo líquido das fezes, com duração de mais de 14 dias. É causada frequentemente por condições crônicas, como síndrome de má absorção, doença inflamatória intestinal (DII), imunodeficiência, alergia alimentar, intolerância à lactose ou diarreia crônica não específica ou, ainda, como resultado de manejo inadequado de diarreia aguda (Brasil, 2017).

A maioria dos patógenos que causam diarreia é disseminada pela via fecal-oral através de alimento ou água contaminada ou de pessoa a pessoa em locais onde há estreito contato (p. ex., creches). Falta de água limpa, aglomeração, higiene inadequada, deficiência nutricional e más condições sanitárias são os principais fatores de risco, especialmente para patógenos bacterianos ou parasitários (SBP, 2017).

2 OBJETIVOS DA CONSULTA

- Otimizar as práticas específicas e cuidados básicos da enfermagem;
- Possibilitar aos alunos o desenvolvimento de habilidades que os tornem aptos a lidar com o paciente.

3 MATERIAIS

- Termômetro;
- Estetoscópio;
- Balança para avaliação do peso da criança;

4 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS (SOAP)

As atividades desenvolvidas por ocasião da consulta englobam:

4.1 ANAMNESE (HISTÓRICO)(SUBJETIVO)

Identificação

- Nome;
- Data de Nascimento;
- Endereço;
- CPF;
- Cartão Nacional do SUS (CNS);
- Agente Comunitário de Saúde (ACS);

A avaliação da criança com gastroenterite aguda começa com uma história cuidadosa que procura descobrir a possível causa da diarreia, analisar a gravidade dos sintomas e o risco de complicações e extrair informações sobre sintomas atuais indicando outras doenças tratáveis que poderiam estar causando a diarreia.

A história deve incluir questões sobre viagem recente, exposição a fontes de água não tratada para beber ou lavar (banho, roupas etc.), contato com animais ou pássaros, estadia em creche, tratamento recente com antibióticos ou alterações dietéticas recentes.

As questões referentes à história também devem explorar a presença ou ausência de outros sintomas como febre e vômitos, frequência e aspecto das fezes (p. ex., líquida, sanguinolenta), débito urinário, hábitos alimentares e alimentos ingeridos recentemente.

Não esquecer de registrar duração da diarreia, número diário de evacuações, presença de sangue nas fezes, número de episódios de vômitos, presença de febre ou outra manifestação clínica, práticas alimentares prévias e vigentes, outros casos de diarreia em casa ou na escola. Deve ser avaliado, também, a oferta e o consumo de líquidos, além do uso de medicamentos e o histórico de imunizações. Obter informação sobre a diurese e peso recente, se conhecido.

Queixas

- Percepção a respeito da situação de saúde, queixas gerais e comuns (início, tempo de duração, intensidade, ciclicidade e fatores predisponentes), condições crônicas, uso de medicamentos.

4.2 EXAME FÍSICO GERAL (OBJETIVO)

Queixa principal

Dados antropométricos

- Peso atual;
- Peso habitual;
- Altura;
- IMC;
- Pulso radial;
- Frequência Respiratória;
- Temperatura;
- Inspeção da aparência geral: Estado Geral Bom (EGB) | Estado Geral regular (EGR) | Estado Geral Mau (EGM);

Ao exame físico é importante avaliar o estado de hidratação, o estado nutricional, o estado de alerta (ativo, irritável, letárgico), a capacidade de beber e a diurese. O percentual de perda de peso é considerado o melhor indicador da desidratação. Mesmo quando o peso anterior recente não é disponível, é fundamental que seja mensurado o peso exato na avaliação inicial do paciente. A avaliação nutricional é muito importante na abordagem da criança com doença diarreica. O peso é fundamental no acompanhamento tanto em regime de internação hospitalar como no ambulatório.

- Observar olhos, mucosas, turgor da pele;
- Outros achados podem ser importantes quando presentes, traduzindo a gravidade do quadro, tais como nível de alerta, fontanela baixa, saliva espessa, padrão respiratório alterado, ritmo cardíaco acelerado, pulso débil, aumento do tempo de enchimento capilar, extremidades frias, perda de peso, turgência da pele e sede;

Exame físico específico

- **Palpação do abdome:** se possível deitar a criança na maca, se caso estiver muito chorosa avalie a mesma no colo do pai/mãe. Mantenha a palma da sua mão totalmente em contato com a superfície abdominal durante algum tempo, antes de iniciar a palpação. Isto permite que se acostume a ser tocada. Na avaliação da sensibilidade atentar se a criança for muito sensível mantenha a mão dela sob a sua enquanto você faz a sua palpação. Utilize sinais objetivos para auxiliar sua avaliação como mudança na intensidade do choro, careta fácil, retração e defesa durante a palpação. Observar ausência de visceromegalia e de massas;
- **Ausulta:** observar presença de ruídos intestinais.

Exames subsidiários para diagnóstico

- Não se indica avaliação laboratorial extensa nas crianças que têm diarreia não complicada e nenhuma evidência de desidratação, já que a maioria das doenças diarreicas é autolimitada. Os exames laboratoriais são indicados para as crianças gravemente desidratadas e que estejam recebendo cuidados a nível hospitalar.

4.3 DIAGNÓSTICOS (INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES) (AVALIAÇÃO)

Estabelecer Diagnósticos de Enfermagem conforme a condição clínica da paciente utilizando como referência a Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA).

- Volume hídrico deficiente relacionado com perdas por diarreia (GI), ingestão inadequada;
- Risco de infecção relacionada com a invasão do trato GI por microrganismos;
- Integridade da pele prejudicada relacionada com a irritação causada por evacuações aquosas e frequentes.

4.4 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (PLANO)

Problemas e/ou condições avaliados neste atendimento (CIAP2)	
Código	Motivo da consulta
D05	Irritação Perianal
D11	Diarréia
D18	Alterações das fezes/movimentos intestinais

- O manejo da maioria dos casos de diarreia aguda ocorre em casa, com a orientação do cuidador. Os cuidadores devem ser instruídos a monitorar os sinais de desidratação (especialmente o número de fraldas úmidas ou evacuações) e a quantidade de líquidos administrada por via oral, bem como a avaliar a frequência e a quantidade de perdas fecais;
- A orientação relativa à TRO, incluindo a administração de líquidos de manutenção e reposição de perdas contínuas, é importante;
- Orientações sobre higiene como lavagem das mãos (ao manusear alimentos, trocas de fraldas, após ir a banheiros etc.), descartes das fraldas, lavagem dos alimentos são essenciais;
- A SRO deve ser administrada em pequenas quantidades a intervalos frequentes. Os vômitos não são contraindicações para a TRO, a menos que sejam graves. Esclarecimentos sobre a introdução da dieta normal;
- Atentar para as preocupações dos pais merecem atenção a fim de assegurar sua adesão ao plano de tratamento. Neste sentido fazer orientações claras e simples;
- Os pais precisam saber que ocorre um ligeiro aumento na eliminação de fezes inicialmente com a continuidade da dieta normal e com a reposição contínua das perdas;
- Orientações sobre reduzir o risco de bactérias transmitidas pelos alimentos. Usar sabão ou solução alvejante clorada para lavar todas as frutas e vegetais que não possam ser descascados;
- As fezes diarreicas causam irritação perianal, desse modo, deve-se orientar os pais ou responsáveis a higienização e uso de pomadas ou creme que a criança já utiliza rotineiramente para evitar ou diminuir esse desconforto;
- As orientações devem ser incluídas ainda a higiene perianal, se possível o isolamento das pessoas infectadas também minimiza a transmissão de infecção. Os pais necessitam

UNILEAO.EDU.BR

de informações sobre a prevenção de diarreia durante as viagens. Eles são alertados para não administrar às suas crianças medicamentos para adultos que são usados na prevenção da diarreia do viajante;

- Evitar água de torneira, gelo, produtos lácteos não pasteurizados, vegetais crus, frutas não descascadas, carnes e frutos do mar também devem ser evitados;
- Orientar os pais frente os sinais de risco como criança inquieta ou irritada, Olhos fundos, bebe avidamente, com sede, piora do quadro de diarreia ou presença de sangue nas fezes disenteria;
- Monitorar a criança verificando mudanças e identificando sinais de risco;
- Encaminhar para avaliação médica na unidade de saúde ou mesmo para unidade hospitalar.

TRATAMENTO

Após ser estabelecido a avaliação, conforme as definições apresentadas acima, e realizado exame físico completo com definição do estado de hidratação, deve ser seguido o esquema clássico de tratamento, distribuído em três categorias segundo a presença ou não de desidratação.

PLANO A

Realizada no domicílio

Oferecer ou ingerir mais líquido que o habitual para prevenir a desidratação:

- O paciente deve tomar líquidos caseiros (água de arroz, soro caseiro, chá, suco e sopas) ou solução de reidratação oral (SRO) após cada evacuação diarreica;
- Não utilizar refrigerantes e não adoçar o chá ou suco.

Manter a alimentação habitual para prevenir a desnutrição:

- ✓ Continuar o aleitamento materno;
- ✓ Manter a alimentação habitual para as crianças e os adultos;
- ✓ Se o paciente não melhorar em dois dias ou se apresentar qualquer um dos sinais abaixo levá-lo imediatamente ao serviço de saúde.

Sinais de perigo

- Piora na diarreia;
- Vômitos repetidos;
- Muita sede;
- Recusa de alimentos;
- Sangue nas fezes;
- Diminuição da diurese.

Orientar o paciente ou acompanhante para:

- Reconhecer os sinais de desidratação;
- Preparar e administrar a solução de reidratação oral;
- Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos);
 - Administrar zinco uma vez ao dia, durante 10 a 14 dias:
 - Até seis meses de idade: 10 mg/dia;
 - Maiores de seis meses de idade: 20 mg/dia.

PLANO B

Importante ressaltar que o plano B deve ser realizado na Unidade Básica de Saúde buscando evitar a desidratação.

- Administrar o soro de reidratação oral sob supervisão médica (reparação das perdas vinculadas à desidratação);
- Manter o aleitamento materno e suspender os outros alimentos (jejum apenas durante o período da terapia de reparação por via oral);
- Após o término desta fase, retomar os procedimentos do Plano A. De acordo com a Organização Mundial de Saúde é importante que a alimentação seja reiniciada no serviço de saúde para que as mães sejam orientadas quanto à importância da manutenção da alimentação;
- A primeira regra nesta fase é administrar a solução de terapia de reidratação oral (SRO), entre 50 a 100 mL/Kg, durante 2 a 4 horas;

- A SRO deve ser oferecida de forma frequente, em quantidades pequenas com colher ou copo, após cada evacuação;
- A mamadeira não deve ser utilizada;
- **ATENÇÃO:** Considera-se fracasso da reidratação oral se as dejeções aumentam, se ocorrem vômitos incoercíveis, ou se a desidratação evolui para grave. Nesta fase deve-se iniciar a suplementação de zinco.

Neste sentido o Plano B deve seguir:

- Administrar solução de reidratação oral (SRO);
- A quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente;
- A SRO deverá ser administrada continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação:
 - Apenas como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100mL/kg para ser administrado no período de 4-6 horas. Durante a reidratação reavaliar o paciente seguindo os sinais indicados no quadro 1 (avaliação do estado de hidratação);
 - Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o **PLANO A**;
 - Se continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (gastróclise);
 - Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o **PLANO C**.

Durante a permanência do paciente ou acompanhante no serviço de saúde, orientar a:

- Reconhecer os sinais de desidratação;
- Preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral;
- Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos).

PLANO C

Unidade Hospitalar

- Corrigir a desidratação grave com terapia de reidratação por via parenteral (reparação ou expansão). Em geral, o paciente deve ser mantido no serviço de saúde, em hidratação parenteral de manutenção, até que tenha condições de se alimentar e receber líquidos por via oral na quantidade adequada. As indicações para reidratação

venosa são: desidratação grave, contraindicação de hidratação oral (íleo paralítico, abdômen agudo, alteração do estado de consciência ou convulsões), choque hipovolêmico. Idealmente deve-se conseguir a punção de veia calibrosa. Quando necessário, sobretudo em casos de choque hipovolêmico, podem ser necessários dois acessos venosos. Caso não seja possível infusão venosa, considerar infusão intraóssea. Podem ser utilizados os seguintes critérios para internação hospitalar: choque hipovolêmico, desidratação grave (perda de peso maior ou igual a 10%), manifestações neurológicas (por exemplo, letargia e convulsões), vômitos biliosos ou de difícil controle, falha na terapia de reidratação oral, suspeita de doença cirúrgica associada ou falta de condições satisfatórias para tratamento domiciliar ou acompanhamento ambulatorial.

Figura 1. Fase rápida e Fase de manutenção e reposição.

PLANO C		
O PLANO C CONTEMPLA DUAS FASES PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS: A FASE RÁPIDA E A FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO		
FASE RÁPIDA (EXPANSÃO) – MENORES DE 5 ANOS		
SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
Soro Fisiológico a 0,9%	Iniciar com 20mL/kg de peso. Repetir essa quantidade até que a criança esteja hidratada, reavaliando os sinais clínicos após cada fase de expansão administrada.	30 minutos
	Para recém-nascidos e cardiopatas graves começar com 10mL/kg de peso.	
AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE		
FASE RÁPIDA (EXPANSÃO) – MAIORES DE 5 ANOS		
SOLUÇÃO	VOLUME TOTAL	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
1º Soro Fisiológico a 0,9%	30mL/kg	30 minutos
2º Ringer Lactato	70mL/kg	2 horas e 30 minutos
FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS		
SOLUÇÃO	VOLUME EM 24 HORAS	
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 4:1 (manutenção)	Peso até 10kg	100mL/kg
	Peso de 10 a 20 kg	1000mL + 50mL/kg de peso que exceder 10kg
	Peso acima de 20kg	1500mL + 20mL/kg de peso que exceder 20kg
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 1:1 (reposição)	Iniciar com 50mL/kg/dia. Reavaliar esta quantidade de acordo com as perdas do paciente.	
KCl a 10%*	2mL para cada 100mL de solução da fase de manutenção.	

Fonte: SBP, 2017.

Nesse cenário, é importante avaliar o paciente continuamente. Se não houver melhora da desidratação, aumentar a velocidade de infusão.

- Quando o paciente puder beber, geralmente 2 a 3 horas após o início da reidratação venosa, iniciar a reidratação por via oral com SRO, mantendo a reidratação venosa.
- Interromper a reidratação por via endovenosa somente quando o paciente puder ingerir SRO em quantidade suficiente para se manter hidratado;
- A quantidade de SRO necessária varia de um paciente para outro, dependendo do volume das evacuações. Lembrar que a quantidade de SRO a ser ingerida deve ser maior nas primeiras 24 horas de tratamento, devendo o paciente ser observado por pelo menos seis (6) horas.

4.5 REGISTRO

O uso do SOAP permite o correto registro e implementação do **processo de Enfermagem (PE)**.

ETAPAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM			
	ETAPA	SOAP	PE
S	Subjetivo	Informações colhidas na entrevista sobre o motivo da consulta/problema/necessidade	Histórico de Enfermagem (entrevista)
O	Objetivo	Dados do exame físico, laboratoriais e complementares	Histórico de Enfermagem (exame físico)
A	Avaliação	Avaliação dos problemas	Diagnóstico de Enfermagem Planejamento de Enfermagem Avaliação de Enfermagem
P	Plano	Plano de cuidados / conduta	Implementação Intervenções de Enfermagem

Fonte: Adaptado COREN-SC, 2020

5 OBSERVAÇÕES

Figura 2. Avaliação do estado de hidratação para crianças com diarreia importante.

Observar	A	B	C
Condição	Bem alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico*
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Boca e língua	Úmidas	Secas	Muito secas
Sede	Bebe normalmente	Sedento, bebe rápido e avidamente	Bebe mal ou não é capaz de beber*
Examinar			
Sinal da prega	Desaparece Rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Cheio	Rápido, débil	Muito débil ou ausente*
Enchimento capilar [†]	Normal (até 3 segundos)	Prejudicado (3 a 5 segundos)	Muito prejudicado (mais de 5 segundos)*
Conclusão	Não tem desidratação	Se apresentar dois ou mais dos sinais descritos acima, existe desidratação	Se apresentar dois ou mais dos sinais descritos, incluindo pelo menos um dos assinalados com asterisco, existe desidratação grave
Tratamento	Plano A Tratamento domiciliar	Plano B Terapia de reidratação oral no serviço de saúde	Plano C Terapia de reidratação parenteral

Fonte: AIDIP, 2017.

REFERÊNCIAS

 BRASIL. **Manual de quadros de procedimentos: Aidpi Criança : 2 meses a 5 anos.**

Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

 JARVIS, Carolyn. **Exame físico e avaliação de saúde para enfermagem.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.

 HOCKENBERRY M.J.; WILSON D.; WINKELSTEIN M.L. *Wong Fundamentos da Enfermagem Pediátrica.* 9ª ed. São Paulo: Elsevier; 2014.

 SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento.**

Guia Prático de Atualização. Departamento Científico de Gastroenterologia. Março, 2017.

 Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Guia-Pratico-Diarreia-Aguda.pdf. Acessado em 26 de janeiro de 2024.

PROTOCOLOS DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM

Procedimento	Consulta de Enfermagem ao paciente portador de Tuberculose	Emissão: 02/2025
		Próxima revisão: 02/2026

1 DEFINIÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa de transmissão aérea causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* e permanece sendo um desafio à saúde pública mundial. O Brasil é um dos países com alta carga dessa doença e enfrenta dificuldades para controlar esse agravamento. A TB persiste como importante e desafiador problema no âmbito da saúde da população, contribuindo para manutenção do quadro de desigualdade e exclusão social em diversos países. É uma das enfermidades mais prevalentes entre as pessoas em situação de pobreza no mundo com elevada carga em termos de mortalidade, juntamente com o HIV/aids e a malária (Brasil, 2017; Brasil, 2019).

2 OBJETIVOS DA CONSULTA

- Orientar e estabelecer fluxos das ações referentes às atividades de enfermagem, diante da assistência prestada ao usuário com tuberculose durante o tratamento, de maneira adequada e integral, realizando a prescrição de medicamentos do esquema padronizado de tratamento de tuberculose, bem como a solicitação de exames para o diagnóstico e acompanhamento da tuberculose na atenção básica.

3 MATERIAIS

- Estetoscópio;
- Esfigmomanômetro;
- Oxímetro;
- Termômetro;
- Máscara;
- Álcool;
- Papel toalha;
- Sabão;
- Coletor para o exame de escarro (quando necessário);

4 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS (SOAP)

É inserido, no sistema, o motivo da consulta, por meio de códigos (Classificação Internacional de Atenção Primária – 2ª Edição – **CIAP2**). Abaixo, apresentam-se alguns possíveis motivos para a realização da consulta:

Código	Motivo da consulta
44	Vacinação/medicação preventiva
45	Educação em saúde / aconselhamento / dieta
46	Consulta com profissional de APS
48	Esclarecimento / Discussão do motivo da consulta
50	Medicação / Prescrição / Renovação / Injeção
58	Aconselhamento / Escuta terapêutica
60	Resultados de análises / procedimentos

4.1 ANAMNESE (HISTÓRICO)(SUBJETIVO)

Identificação

- Nome;
- Data de Nascimento;
- Endereço;
- CPF;
- Cartão Nacional do SUS (CNS);
- Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Dados socioeconômicos

- Grau de instrução;
- Profissão/ocupação (deve-se identificar fatores de risco);
- Estado civil/união;
- Número e idade de dependentes (deve-se avaliar a sobrecarga de trabalho doméstico);
- Renda familiar, situação social (pessoas da família com renda);
- Condições de moradia (tipo, nº de cômodos);
- Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo);
- Distância da residência até a unidade de saúde;

Antecedentes pessoais

- Presença de alguma comorbidade, exemplo: (Hipertensão, diabetes, anemia entre outros);
- Tabagismo ou etilista;
- Uso de medicamentos.

Queixas

- Percepção a respeito da situação de saúde, queixas gerais e comuns (início, tempo de duração, intensidade, ciclicidade e fatores predisponentes), condições crônicas, uso de medicamentos.

4.2 EXAME FÍSICO (OBJETIVO)

O Histórico de Enfermagem deve conter dados que permitam uma análise geral e prática das alterações apresentadas pelo doente de Tuberculose (TB). A realização de uma boa anamnese garante uma adequada relação enfermeiro - cliente.

O profissional deve acolher e realizar uma escuta qualificada do seu cliente, informando e explicando a natureza e gravidade dos sinais e sintomas da TB. Salienta-se a importância dos registros das informações de forma adequada, completa, organizada e de maneira clara. A anamnese busca ressaltar e avaliar fatores de risco e agravos de saúde.

É importante destacar a necessidade de avaliar o perfil do doente, uma vez que permitirá identificar provável fonte de contágio e listar os contactantes (familiares, trabalho, vida social). Esta avaliação inclui a identificação de grupos populacionais mais vulneráveis, investigação por contato prévio com a TB, cicatriz da BCG, condições de moradia, se é privado ou ex-privado de liberdade ou faz visita em prisões, indígena, pessoa vivendo com HIV, pessoa vivendo em situação de Rua, riscos ocupacionais, situação familiar, nível socioeconômico, dentre outros.

É importante identificar neste momento, se a consulta de enfermagem será direcionada para investigação de possível TB ou se o indivíduo já apresenta diagnóstico confirmado, avaliando a fase de tratamento em que o doente se encontra, ou se está retornando ao tratamento após abandono o que permitirá programar consultas compartilhadas entre profissional Médico (a) e Enfermeiro (a).

Exame físico geral e específico

- Queixa principal;

Dados antropométricos

- Peso atual;
- Peso habitual;
- Altura;
- IMC;
- Pulso radial;
- Frequência Respiratória;
- Inspeção da aparência geral: Estado Geral Bom (EGB) | Estado Geral Regular (EGR) | Estado Geral Mau (EGM);
- Inspeção da aparência nutricional: Bom Estado Nutricional (BEN) | Regular Estado Nutricional (REN) | Mau Estado Nutricional (MEN);
- Condição de pele e mucosas (Elasticidade, umidade, integridade);
- Avaliação Pulmonar;
- Saturação;
- Avaliação Cardíaca;
- Avaliação Abdominal;
- Hábitos urinários e intestinais.

Exames Realizados

Registrar resultado de exames (quando houver).

- Resultados de BAAR;
- Teste Rápido Molecular (TRM);
- Cultura;
- Radiografia de Tórax.

4.3 DIAGNÓSTICOS (INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES) (AVALIAÇÃO)

Possíveis diagnósticos de enfermagem

UNILEAO.EDU.BR

- Função do sistema respiratório prejudicada;
- Condição Respiratória eficaz;
- Falta de apetite;
- Apetite positivo;
- Estado de fadiga;
- Tosse;
- Tosse ausente;
- Termorregulação prejudicada;
- Temperatura corporal nos limites normais;
- Condição nutricional prejudicada;
- Condição nutricional melhorada;
- Deficiência imunológica;
- Polifármacos (ou Polifarmácia);
- Adesão ao Regime Medicamentoso;
- Não Adesão ao Regime Medicamentoso;
- Efeito Colateral da Medicação;
- Efeito Colateral da Medicação, Ausente;
- Interação Medicamentosa Adversa, Presente;
- Interação Medicamentosa Adversa, Ausente;
- Resposta à Terapia Eficaz;
- Conhecimento, Adequado (doença/medicação);
- Ajustamento, Prejudicado;
- Crença Cultural, Conflitos;
- Desempenho de Papel, Prejudicado;
- Problema Habitacional;
- Processo Familiar Disfuncional, com Abuso de Álcool;
- Dependência de Álcool;
- Abuso de Álcool (ou Alcoolismo), Ausente;
- Abuso de Tabaco (ou de Fumo), Presente;
- Abuso de Tabaco (ou de Fumo), Ausente;
- Socialização, Prejudicada;
- Apoio Social, Eficaz.

Problemas e/ou condições avaliados neste atendimento (CIAP2)	
Código	Motivo da consulta
A03	Febre
A04	Debilidade / Cansaço / Fadiga
A33	Exame microbiológico / imunológico
A38	Outras análises laboratoriais NE
A41	Radiologia diagnóstica
A43	Outros procedimentos diagnósticos
A45	Educação em saúde / aconselhamento / dieta
A50	Medicação / prescrição / renovação / injeção
A58	Aconselhamento / terapêutica
A61	Contrarreferência de outro prestador - resultado de exames/teste/ análise
A70	Tuberculose
A85	Efeito adverso de fármaco dose correta
A87	Complicações de tratamento médico
B02	Gânglio linfático aumentado/doloroso
P15	Abuso crônico de álcool
P16	Abuso agudo de álcool
P17	Abuso do tabaco
R05	Tosse
R24	Hemoptise
R29	Sinais / sintomas do aparelho respiratório, outros
Z01	Pobreza / problemas econômicos
Z03	Problemas de habitação / vizinhança
Z04	Problema sociocultural
Z08	Problema relacionado com sistema de segurança social

4.4 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (PLANO)

Intervenções de acordo com os diagnósticos:

- Examinar componente do sistema respiratório;
- Avaliar sintomas clínicos;
- Gerenciar exames;

UNILEAO.EDU.BR

- Orientar e Coletar Amostra;
- Obter dados sobre conduta clínica;
- Notificar doença compulsória (caso suspeito ou confirmado);
- Orientar sobre doença;
- Gerenciar Medicação - Orientar sobre Medicação;
- Prescrever Medicação;
- Reforçar adesão;
- Avaliar resposta à medicação;
- Obter dados sobre adesão ao regime terapêutico;
- Obter dados sobre efeito colateral da medicação;
- Obter dados sobre risco de interação medicamentosa, adversa (exemplo: rifampicina e anticoncepcional);
- Envolver-se no Processo de Tomada de Decisão;
- Risco de abandono;
- Gerenciar Acompanhamento de Rastreamento;
- Fazer rastreamento de Tuberculose na família / comunidade;
- Promover Apoio Social;
- Proteger Crenças Culturais;
- Fazer Rastreamento de Abuso de Substância;
- Obter Dados sobre Apoio Social;
- Obter Dados sobre Crenças Culturais;
- Obter Dados sobre Uso de Terapias Tradicionais.

Solicitação de exames

- Baciloscopia de escarro (BAAR)
 - Importante no início de tratamento, e controle de tratamento. Desejável: 2º, 4º e 6º mês.

Quadro 1. Tipos de exames disponíveis para o diagnóstico e controle da TB, e suas particularidades.

Tipo de Exame	Como funciona?	Material colhido/Exame realizado	Quando solicitar?
Baciloscopia de escarro (BAAR)	A pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), pelo método de Ziehl-Nielsen, é uma técnica simples e de baixo custo, sendo a mais utilizada. Examinadas sob microscopia para verificar a existências de bactérias. Esta técnica, quando executada corretamente, permite detectar a maioria dos casos pulmonares (Brasil, 2017).	Escarro espontâneo ou induzido, lavado brônquico, lavado gástrico (crianças). Observação: O lavado brônquico e lavado gástrico (crianças), devem ser colhidos em serviços especializados.	Início de tratamento, e controle de tratamento. Desejável: 2º, 4º e 6º mês.
Testes rápidos moleculares (TRM)	O teste rápido para diagnóstico de TB atualmente recomendado pela OMS é o Xpert® Ensaio MTB / RIF (Cepheid, Sunnyvale USA). É um teste de	Escarro ou lavado brônquico. Poderá ser utilizado para amostras extrapulmonares de líquido, lavado gástrico, gânglios linfáticos e outros tecidos Procedimentos de coletas invasivas, devem ser	Para diagnóstico. Não deve ser solicitado para controle e retratamento. *Verificar se em seu município, o equipamento Gene

	amplificação de ácidos nucleicos utilizado para detecção de DNA do M. tuberculosis e triagem de cepas resistentes à rifampicina pela técnica de reação em cadeia da polimerase (PCR) em tempo real.	realizados em unidades secundárias ou terciárias.	Xpert está disponível para diagnóstico.
Métodos por cultura	Estes são considerados padrão ouro de referência atual, mas requer capacidade laboratorial mais desenvolvida e pode levar até 12 semanas para fornecer o resultado.	Escarro ou quaisquer outros espécimes coletados a partir da suspeita clínica de localização da doença.	Para diagnóstico e controle do tratamento.
Radiografia de tórax	É um importante meio de diagnóstico da TB primária. Deve ser solicitada para todo o paciente com suspeita clínica de TB pulmonar, pois a TB apresenta lesões características fundamentais para a	Radiografia de Tórax (Perfil antero-posterior).	Para diagnóstico e controle de tratamento.

	definição do diagnóstico		
Histopatológico	É empregado na investigação das formas extrapulmonares ou nas formas pulmonares que se apresentam na radiografia como doença difusa, por exemplo, na TB miliar, ou em indivíduos imunossuprimidos.	Biópsia de tecido	À critério médico, para diagnóstico diferencial.
Prova Tuberculínica (PT)	É utilizada como uma importante avaliação de contatos assintomáticos com pessoas doentes por TB para identificação de infecção latente (ILTB), ou seja, quando o paciente tem o bacilo no organismo, mas não desenvolve a doença (primo-infecção da doença).	Consiste na inoculação de um derivado proteico purificado de M. tuberculosis com a finalidade de medir a resposta imune celular a estes antígenos	

Tratamento

O enfermeiro poderá prescrever somente o esquema básico de tratamento para tuberculose pulmonar, incluindo a fase intensiva e fase de manutenção. A prescrição do tratamento (início ou renovação) só poderá ser realizada nas seguintes situações:

- Nos casos novos - paciente que nunca usou medicamento anti-TB ou usou por menos de 30 dias;
- No 1º retratamento após cura – indivíduo com tuberculose pulmonar em atividade que já se tratou anteriormente com esquema básico e recebeu alta por cura. Neste caso o enfermeiro poderá reiniciar o tratamento básico e solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade, porém deverá agendar consulta médica no mês subsequente para reavaliação;
- No retratamento após abandono – doente que após iniciado o tratamento básico de tuberculose pulmonar, deixou de realizar o tratamento por mais de 30 dias consecutivos após data de início dele. Neste caso, o enfermeiro poderá reiniciar o tratamento básico e solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade, porém deverá agendar consulta médica no mês subsequente para reavaliação.
- O enfermeiro poderá iniciar tratamento básico para tuberculose pulmonar em dependentes químicos nos casos novos, 1º retratamento ou retratamento após abandono de tratamento básico, porém deverá agendar consulta médica subsequente para reavaliação. O acompanhamento destes casos deverá ser compartilhado com o médico.

É importante destacar que o enfermeiro não poderá iniciar o tratamento para tuberculose pulmonar nas seguintes situações: menores de 18 anos; gestantes; pacientes com história de doença hepática e renal prévia; pacientes com 60 anos de idade ou mais; pacientes com desnutrição severa; coinfeção por HIV; TB multirresistente. Nestes casos a necessidade de uma avaliação médica e muitas vezes os profissionais da referência.

Figura 2. Esquema Básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade)

ESQUEMA	FAIXAS DE PESO	UNIDADE/DOSE	DURAÇÃO
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 Kg	3 comprimidos	
	51 a 70 Kg	4 comprimidos	
	Acima de 70 Kg	5 comprimidos	
RH 300/150 mg ¹ ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg	4 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg	
	51 a 70 Kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg	
	Acima de 70 Kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

Fonte: Brasil, 2019.

- A associação de medicamentos tem o objetivo da proteção cruzada, a fim de evitar a resistência do bacilo;
- O esquema prolongado de tratamento tem duas fases: a fase de ataque (intensiva), com a finalidade de reduzir os bacilos que se multiplicam em uma escala geométrica, e a fase de manutenção, que visa o controle da doença, por meio da eliminação dos bacilos de multiplicação lenta;
- A regularidade do tratamento objetiva evitar a resistência adquirida e garantir a cura da doença.

4.5 REGISTRO

O uso do SOAP permite o correto registro e implementação do **processo de Enfermagem (PE)**.

ETAPAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM			
	ETAPA	SOAP	PE
S	Subjetivo	Informações colhidas na entrevista sobre o motivo da consulta/problema/necessidade	Histórico de Enfermagem (entrevista)

UNILEAO.EDU.BR

O	Objetivo	Dados do exame físico, laboratoriais e complementares	Histórico de Enfermagem (exame físico)
A	Avaliação	Avaliação dos problemas	Diagnóstico de Enfermagem Planejamento de Enfermagem Avaliação de Enfermagem
P	Plano	Plano de cuidados / conduta	Implementação Intervenções de Enfermagem

Fonte: Adaptado COREN-SC, 2020.

5 OBSERVAÇÕES

Reações adversas

- As reações adversas podem ser divididas em dois grandes grupos: reações adversas “menores” (Figura 2), em que normalmente não é necessária a suspensão dos medicamentos, e reações adversas “maiores”, que normalmente causam a suspensão do tratamento, e nestes casos o paciente deverá ser encaminhado para a referência secundária para TB.

Figura 2. Reações menores aos fármacos básicos.

Efeitos adversos	Provável(eis) fármaco(s) responsável(eis)	Condutas
Intolerância digestiva (náusea e vômito) e epigastralgia	Etambutol/ Isoniazida/ Pirazinamida/ Rifampicina	Reformular o horário da administração dos medicamentos (duas horas após o café da manhã). Considerar o uso de medicação sintomática. Avaliar a função hepática.
Suor/urina de cor avermelhada	Rifampicina	Orientar.
Prurido e exantema leve	Isoniazida/ Rifampicina	Medicar com anti-histamínico.
Dor articular	Isoniazida /Pirazinamida	Medicar com analgésicos ou antiinflamatórios não hormonais.
Neuropatia periférica	Etambutol (incomum) Isoniazida (comum)	Medicar com piridoxina (vitamina B6) na dosagem de 50mg/dia e avaliar a evolução.
Hiperuricemia (com ou sem sintomas)	Etambutol/ Pirazinamida	Orientar dieta hipopurínica e medicar com alopurinol ou colchicina, se necessário.
Cefaleia e mudança de comportamento (euforia, insônia, depressão leve, ansiedade e sonolência)	Isoniazida	Orientar.
Febre	Isoniazida/ Rifampicina	Orientar e medicar com antitérmico.

Fonte: Brasil, 2011; Brasil, 2022.

Figura 3. Comparativo dos sinais e sintomas da COVID-19 e da Tuberculose.

Sinais e sintomas	Covid-19 – sintomas e sinais leves a graves*	Tuberculose pulmonar
Início dos sintomas	Rápido	Lento
Febre	Comum	Comum, febre baixa ao final do dia (vespertina)
Cansaço	Às vezes	Comum
Tosse	Comum (geralmente seca)	Tosse persistente por ≥ 3 semanas (seca com ou sem expectoração)
Espirros	Raro	Ausente
Dores no corpo e mal-estar	Às vezes	Pode haver dor torácica
Coriza ou nariz entupido	Raro	Ausente
Dor de garganta	Às vezes	Ausente
Diarreia	Raro	Ausente
Dor de cabeça	Às vezes	Ausente
Falta de ar	Às vezes (pode ser grave)	Depende da gravidade do acometimento pulmonar
Emagrecimento	Ausente	Comum
Sudorese noturna	Ausente	Comum

Fonte: Brasil, 2020; Brasil, 2022.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Tuberculose na atenção primária: protocolo de enfermagem.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Linha de cuidado da tuberculose: orientações para gestores e profissionais de saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Tuberculose 2020.** Número Especial, Mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do

UNILEÃO.EDU.BR

Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO MATO GROSSO DO SUL-COREN-MS. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: tuberculose e hanseníase**. 1ª ed. Campo Grande, MS: 2021. Disponível em: ms.corens.portalcofen.gov.br, Acessado em: 19 de dezembro de 2023.

CONSELHO REGIONAL DE SANTA CATARINA (COREN-SC). **Protocolo de Enfermagem Volume 1. Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares**. Florianópolis, 202.57p. Disponível em: https://wiki.smsbrusque.sc.gov.br/images/0/00/PROTOCOLO-ENFERMAGEM-VOLUME-1-COREN_atualizado.pdf. Acesso em: 19 de dezembro, 2023.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnóstico de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2021-2023**. Tradução de Regina Machado Garcez. 12. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

PROTOCOLOS DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM

Procedimento	Consulta de Enfermagem ao paciente portador de Hanseníase	Emissão: 02/2025
		Próxima revisão: 02/2026

1 DEFINIÇÃO

A hanseníase consiste em uma doença crônica, de notificação compulsória, transmitida pelas vias respiratórias através de secreções, tosse e espirros, por meio de contato próximo e prolongado com pessoas suscetíveis a adoecer, (inclusive crianças) através de uma pessoa doente que apresenta a forma infectante da doença (multibacilar – MB) que ainda não está sendo tratada. No entanto apesar de ser transmissível por meio das vias aéreas superiores, um contato rápido com quem tem hanseníase dificilmente fará com que o outro indivíduo seja infectado pela doença. Estima-se que a maioria da população possua imunidade natural contra o bacilo, portanto a maior parte da população não adoece (Brasil, 2020).

O agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente, fracamente gram-positivo, que infecta os nervos periféricos e, mais especificamente, as células de *Schwann*. Faz-se importante ressaltar que estudos evidenciam que a susceptibilidade ao *M. leprae* possui influência genética, portanto pessoas que possuem familiares com hanseníase têm maiores chances de adoecer, normalmente trata-se de um parente próximo ainda não diagnosticado, como pais, irmãos, cônjuges (Brasil, 2019).

Os critérios para classificação operacional da hanseníase são:

- Paucibacilares – PB: casos com até cinco lesões de pele; e
- Multibacilares – MB: casos com mais de cinco lesões de pele e/ ou com baciloscopia positiva, independentemente do número de lesões. Devido ao diagnóstico tardio, muitas pessoas ainda correm o risco de desenvolver incapacidades físicas, perfeitamente evitáveis com o diagnóstico e tratamento nas fases iniciais da patologia. O diagnóstico tardio contribui ainda para a manutenção da cadeia de transmissão, com o surgimento de novos casos da doença. Isto faz com que a hanseníase ainda seja um problema de saúde pública. O tratamento permite a eliminação de fontes de infecção e a prevenção de sequelas (Pontes, 2022).

A assistência de enfermagem consiste em uma parte integrante desse processo de cura. O acolhimento do usuário deve ocorrer através da prática de atendimento humanizado, por meio do processo de escuta e identificação adequada do problema, perpassa todo o cuidado à pessoa,

UNILEAO.EDU.BR

envolvendo fortalecimento de vínculo e o olhar ao indivíduo no seu contexto de vida. Na atenção à pessoa com hanseníase o enfermeiro tem o papel estratégico de: Identificar precocemente casos novos; realizar ações estratégicas para identificar precocemente casos novos e suspeitos; avaliar suspeitas; monitorar os casos; realizar consulta de enfermagem; solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas observadas as disposições legais da profissão, além de solicitar baciloscopia; monitorar o tratamento poliquimioterápico e antireacional; orientar sobre as reações das medicações; avaliar incapacidade física; prevenir incapacidades físicas; realizar exame de contato intradomiciliar; não esquecendo a importância a relação de diálogo com o usuário, família e a comunidade, tratamento e cura (Brasil, 2019).

2 OBJETIVOS DA CONSULTA

- Otimizar as práticas específicas e cuidados básicos da Enfermagem;
- Possibilitar aos alunos o desenvolvimento de habilidades que os tornem aptos a lidar com o paciente.

3 MATERIAIS

- Algodão;
- Álcool ou éter;
- Estesiometro;
- Tubo de ensaio;
- Agulha de insulina;
- Luvas.

4 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS (SOAP)

As atividades desenvolvidas por ocasião da consulta englobam:

4.1 ANAMNESE (HISTÓRICO) (SUBJETIVO)

Identificação

- Nome;
- Data de Nascimento;
- Endereço;

- CPF;
- Cartão Nacional do Sus (CNS);
- Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Dados socioeconômicos

- Grau de instrução;
- Profissão/ocupação (deve-se identificar fatores de risco);
- Estado civil/união;
- Número e idade de dependentes (deve-se avaliar a sobrecarga de trabalho doméstico);
- Renda familiar, situação social (pessoas da família com renda);
- Condições de moradia (tipo, nº de cômodos);
- Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo);
- Distância da residência até a unidade de saúde.

Antecedentes pessoais

- Presença de alguma comorbidade, exemplo: (Hipertensão, diabetes, anemia entre outros);
- Tabagismo ou etilismo;
- Uso de alguma medicação.

Queixas

- Percepção a respeito da situação de saúde, queixas gerais e comuns (início, tempo de duração, intensidade, ciclicidade e fatores predisponentes), condições crônicas, uso de medicamentos.

Exame físico

- Inspeção;
- Palpação dos Nervos;
- Teste de Força Muscular;
- Teste de Sensibilidade.

4.2 EXAME FÍSICO (OBJETIVO)

Dados antropométricos

- Peso atual;
- Peso habitual;
- Altura;
- IMC;
- Pulso radial;
- Frequência Respiratória;
- Inspeção da aparência geral: Estado Geral Bom (EGB), Estado Geral regular (EGR) e Estado Geral Mau (EGM).

Exame físico específico

Iniciar o exame físico pelos nervos cutâneos.

- **Inspeção e palpação:** Comece pelos nervos da face observando a simetria dos movimentos palpebrais e de sobrancelhas (nervo facial). Em seguida, veja se há espessamento visível ou palpável dos nervos do pescoço (auricular), do punho (ramo dorsal dos nervos radial e ulnar), e dos pés (fibular superficial e sural). Depois, palpe os nervos do cotovelo (ulnar), do joelho (fibular comum) e do tornozelo (tibial). Observe se eles estão visíveis, assimétricos, endurecidos, dolorosos ou com sensação de choque;
- Caso você identifique qualquer alteração nos nervos, confirme a anormalidade com o teste da sensibilidade no território inervado. Se não houver perda de sensibilidade, mas persistir a dúvida, encaminhe o paciente para a referência e faça o acompanhamento do caso. Não troque o exame clínico pela baciloscopia ou biópsia;
- Posteriormente, em sala bem iluminada (luz do dia), é importante examinar toda a pele, inclusive as coxas, dorso e nádegas. Comece pela face, depois examine tronco e membros superiores. Embora respeitando a intimidade do paciente, é indispensável o exame das nádegas e membros inferiores. Não esqueça de examinar palmas e plantas (procure por calosidades, atrofia muscular e úlceras). Quando perceber uma lesão de pele, marque a área com uma caneta

esferográfica para não correr o risco de não encontrar a mesma região posteriormente.

Exame dermatoneurológico (teste de sensibilidade)

- A primeira sensibilidade perdida na hanseníase é a das fibras mais finas (sensibilidade ao calor e dor);
- Se possível procure disponibilizar os tubos de vidro para fazer um teste da sensibilidade térmica mais preciso. Caso não os consiga, utilize um algodão com éter ou álcool para simular o “frio” e um algodão seco para simular o “quente” para o teste da sensibilidade térmica. Caso não tenha nenhum desses materiais, utilize diretamente a agulha para o teste da sensibilidade dolorosa. Toda perda de sensibilidade na pele (térmica, dolorosa e/ou tátil), bem caracterizada, é indicadora de hanseníase;
- Ao abordar uma criança, nunca mostre a agulha de insulina. Esta deve ficar no bolso do jaleco. Avalie a criança sempre no colo da mãe (ou responsável). Tranquilize a criança, demonstre o teste de sensibilidade térmica em você, na mãe e só depois realize o teste no paciente. Peça para a mãe tapar os olhos da criança, e, de forma lúdica, pergunte o que ela sente. Se a resposta for confiável e ela não perceber a diferença, confirme o diagnóstico. Se persistir a dúvida sobre a sensibilidade térmica, encoste a ponta da agulha na lesão, com a criança de olhos fechados, e pergunte o que ela está sentindo. Se não houver resposta de retirada ou expressão de dor, há perda de sensibilidade, que pode ser parcial (hipoestesia) ou total (anestesia);
- Na criança, se não houver possibilidade de se fazer o teste e persistindo a hipótese de hanseníase, diante de uma lesão esbranquiçada, deve ser feita a prova da histamina, quando disponível;
- **Teste da sensibilidade térmica:** faça o teste de sensibilidade térmica nas áreas suspeitas: lesões de pele não elevadas (manchas) ou elevadas (placas, nódulos); áreas de pele secas ou áreas referidas pelo paciente como regiões com alteração de sensibilidade; territórios dos nervos ulnar (quarto e quinto dedos da mão), do nervo radial (dorso da mão até o terceiro dedo), do nervo fibular (lateral da perna e dorso do pé), do nervo tibial (região plantar). Evite áreas “calosas” (com calosidades ou queratósicas). Teste os tubos primeiro em você mesmo, e depois na face do paciente para verificar se os tubos estão em temperatura adequada. Pergunte o que ele sente (morno, frio ou quente);

UNILEAO.EDU.BR

- Em seguida, faça o teste nas áreas da pele com lesões. Compare com a área de pele normal contralateral ou adjacente. Se houver diferença na percepção da temperatura nas lesões (hipo ou anestesia) circundada por áreas periféricas de sensibilidade normal (normoestesia) é sinal de alteração da sensibilidade térmica. Confirma-se, então, o diagnóstico, apenas com alteração definida de uma das sensibilidades, não necessitando fazer os testes de sensibilidade dolorosa ou tátil. Faça o teste da sensibilidade dolorosa utilizando uma agulha de insulina. Encoste a ponta nas lesões de pele com uma leve pressão, tendo o cuidado de não perfurar o paciente, nem provocar sangramento;
- Faça isso alternando área interna e externa à lesão, observando expressão facial e queixa de respostas à picada. Certifique-se de que a sensibilidade sentida é de dor através da manifestação de “ai!” ou retirada imediata da região que é estimulada pela agulha. A insensibilidade (anestesia) ou sensibilidade diminuída (hipoestesia) dentro da área de lesão confirma o diagnóstico. Pode-se ainda avaliar a sensibilidade dolorosa alternando a ponta da agulha e o cabo da agulha (parte plástica). Observe se o paciente percebe a diferença entre a ponta da agulha e o cabo. Do contrário, isso é sinal de alteração da sensibilidade dolorosa naquela área da pele. Esse cenário também confirma o diagnóstico;
- 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 a circunvizinha, utilizando-se algodão, fio dental ou o monofilamento verde (0.05g) do kit estesiométrico. O uso do estesiômetro permite avaliar a sensibilidade protetora das mãos e pés, tendo grande aplicação na avaliação do grau de incapacidade física e para fins de prevenção de incapacidades, sendo seu uso importante para avaliação e seguimento dos casos.

Exames subsidiários para diagnóstico de hanseníase

- ✓ Baciloscopia de raspado intradérmico;
- ✓ Exame histopatológico (biópsia de pele);
- ✓ Prova da histamina;
- ✓ Novos exames complementares (sorologia-teste rápido);

Exames para acompanhamento dos pacientes em tratamento para hanseníase

- Orientação quanto à realização de exames complementares: hemograma, TGO, TGP, bilirrubinas (direta e indireta), glicemia de jejum, ureia, creatinina e exame parasitológico de fezes (EPF), ou outro solicitado, com atenção para resultados de exames compatíveis com situações de risco. Esses exames devem ser solicitados no início do tratamento e no final, no entanto o profissional poderá solicitar sempre que houver necessidade.

4.3 DIAGNÓSTICOS (INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES) (AVALIAÇÃO)

Estabelecer diagnósticos de Enfermagem conforme a condição clínica da paciente utilizando como referência a Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA).

- Risco de lesão;
- Integridade da pele prejudicada;
- Mucosa nasal alterada;
- Membrana mucosa ocular seca / alterada;
- Deambulação prejudicada;
- Risco de queda;
- Alteração física em pernas, pés e mãos;
- Exame físico alterado com perda de força física - Exame físico alterado com perda de sensibilidade;
- Visão eficaz;
- Visão prejudicada;
- Autoimagem negativa;
- Baixa autoestima;
- Humor deprimido;
- Pressão arterial alterada.

4.4 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (PLANO)

- Cuidados com a pele, quanto à risco de ferimentos; orientações para autocuidado;

UNILEAO.EDU.BR

- Discutir com o paciente os riscos de trauma e queimadura, advindos da dormência; identificar os riscos em que o paciente está exposto; orientar e ensinar o paciente a adaptar artefatos utilizados em sua vida diária e laboral, para evitar traumas e queimaduras;
- Observar a presença de manchas novas e alteração nas já existentes (tamanho, cor e consistência);
- Avaliar o nível de hidratação da pele; orientar o paciente a evitar água quente no banho; orientar o paciente a usar sabonete de glicerina;
- Orientar o paciente a observar a presença de sangue, crosta e secreção na mucosa nasal; monitorar o aspecto da mucosa nasal;
- Orientar o paciente a realizar lubrificação artificial dos olhos, realizar proteção diurna (óculos de sol); aplicar colírio a critério médico;
- Avaliar perda de sensibilidade, perda de força e avaliar perda da capacidade de preensão (dedos em garra); se necessário encaminhar para fisioterapeuta para uso de órtese e/ou prótese;
- Identificar déficits cognitivos ou físicos do paciente que podem aumentar o potencial para quedas em determinados ambientes; identificar comportamentos e fatores que aumentem o risco de queda;
- Identificar as características do ambiente capazes de aumentar potencial de quedas e ensinar o paciente formas de cair de modo a minimizar lesões; o paciente deverá providenciar iluminação adequada para aumentar a visibilidade; sugerir adaptações no lar para aumentar segurança; sugerir sapatos seguros;
- Verificar alterações nos olhos através do exame físico e encaminhar para consulta médica, se necessário;
- Apoiar imagem corporal, positiva; identificar percepções alteradas; obter dados sobre condição psicológica; solicitar apoio da equipe multiprofissional;
- Encorajar afirmações positivas; facilitar capacidade para comunicar sentimentos; gerenciar comportamento negativo; - Identificar percepções alteradas;
- Facilitar acesso ao tratamento; monitorar adesão a medicação; promover apoio emocional e incentivar a participação em grupos terapêuticos;
- Orientar sobre a doença; orientar sobre alimentação saudável; orientar sobre uso dos medicamentos (doses, horários, indicação, efeitos colaterais); orientar sobre prevenção

de complicações com a manutenção de níveis pressóricos normais e controle de fatores de risco (tabagismo, estresse, bebida alcoólica e sedentarismo);

- Estimular o autocuidado, adesão ao tratamento e envolver familiares no cuidado; orientar modificações do estilo de vida Alimentação saudável: Dieta rica em frutas, vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais; - Diminuição de ingesta de sal; limite da ingesta diária de bebidas alcoólicas; perda de peso se em sobrepeso (pelo menos 10% do peso inicial); abandono do tabagismo;
- Estimular a execução de atividades físicas de acordo com a limitação de cada cliente; encaminhar para nutricionista, profissional de educação física e avaliação médica.

OBS: Outros diagnósticos poderão ser utilizados mediante a situação avaliada na consulta.

Problemas e/ou condições avaliados neste atendimento (CIAP2)	
Código	Motivo da consulta
A80	Lesão traumática / acidente NE
A98	Medicina preventiva / manutenção de saúde
A99	Outras doenças gerais NE
F28	Limitação funcional / incapacidade
F29	Outros sinais / sintomas oculares
F99	Outras doenças oculares / anexos
K85	Pressão arterial elevada
K86	Hipertensão sem complicações
K87	Hipertensão com complicações
K88	Hipotensão postural
P03	Tristeza
P99	Outras perturbações psicológicas
S14	Queimadura / escaldão
S16	Traumatismo / contusão
S17	Abrasão / arranhão / bolhas
S19	Outra lesão cutânea
S20	Calos / calosidades

Tratamento

Faixa etária e peso corporal	Apresentação	Posologia	Duração do tratamento ^a	
			MB	PB
Pacientes com peso acima de 50Kg	PQT-U Adulto	Dose mensal supervisionada: Rifampicina 600 mg Clofazimina 300 mg Dapsona 100 mg Dose diária autoadministrada: Clofazimina 50 mg diariamente Dapsona 100 mg diariamente	12 meses	6 meses
Crianças ou adultos com peso entre 30 e 50Kg	PQT-U Infantil	Dose mensal supervisionada: Rifampicina 450 mg Clofazimina 150 mg Dapsona 50 mg Dose diária autoadministrada: Clofazimina 50 mg	12 meses	6 meses
Faixa etária e peso corporal	Apresentação	Posologia	Duração do tratamento ^a	
			MB	PB
		em dias alternados Dapsona 50 mg diariamente		
Crianças com peso abaixo de 30Kg	Adaptação da PQT-U Infantil ^{b,c}	Dose mensal supervisionada: Rifampicina 10 mg/Kg de peso Clofazimina 6 mg/Kg de peso Dapsona 2 mg/Kg de peso Dose diária autoadministrada: Clofazimina 1 mg/Kg de peso / dia Dapsona 2 mg/Kg de peso / dia	12 meses	6 meses

Fonte: Brasil, 2018.

Esquema de 2ª linha na falha terapêutica por reação adversa a clofazimina

Classificação	Esquema farmacológico alternativo	Duração
Hanseníase Paucibacilar (PB)	Dose mensal supervisionada: Rifampicina 600 mg + dapsona 100 mg + ofloxacino 400 mg (ou minociclina 100 mg) Dose diária autoadministrada: Dapsona 100 mg + ofloxacino 400 mg (ou minociclina 100 mg)	6 meses
Hanseníase Multibacilar (MB)	Dose mensal supervisionada: Rifampicina 600 mg + dapsona 100 mg + ofloxacino 400 mg Dose diária autoadministrada: Dapsona 100 mg + ofloxacino 400 mg (ou minociclina 100 mg)	12 meses

Fonte: Brasil, 2018.

Esquema de 2ª linha na falha terapêutica por reação adversa a dapsona

Classificação	Esquema farmacológico alternativo	Duração
Hanseníase Paucibacilar (PB)	Dose mensal supervisionada: Rifampicina 600 mg + clofazimina 300 mg + ofloxacino 400 mg (ou minociclina 100 mg) Dose diária autoadministrada: Clofazimina 50 mg + ofloxacino 400 mg (ou minociclina 100 mg)	6 meses
Hanseníase Multibacilar (MB)	Dose mensal supervisionada: Rifampicina 600 mg + clofazimina 300 mg + ofloxacino 400 mg (ou minociclina 100 mg) Dose diária autoadministrada: Clofazimina 50 mg + ofloxacino 400 mg (ou minociclina 100 mg)	12 meses

Fonte: Brasil, 2018.

Esquema de 2ª linha na falha terapêutica por reação adversa a rifampicina.

Classificação	Esquema farmacológico alternativo	Duração
Hanseníase Paucibacilar (PB) ou Multibacilar (MB)	Dose mensal supervisionada: Clofazimina 300 mg + ofloxacino 400 mg + minociclina 100 mg Dose diária autoadministrada: Clofazimina 50 mg + ofloxacino 400 mg + minociclina 100 mg	6 meses
Hanseníase Multibacilar (MB)	Dose mensal supervisionada: Clofazimina 300 mg + ofloxacino 400 mg (ou minociclina 100 mg) Dose diária autoadministrada: Clofazimina 50 mg + ofloxacino 400 mg (ou minociclina 100 mg)	18 meses subsequentes

Fonte: Brasil, 2018.

4.5 REGISTRO

O uso do SOAP permite o correto registro e implementação do **processo de Enfermagem (PE)**.

ETAPAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM			
	ETAPA	SOAP	PE
S	Subjetivo	Informações colhidas na entrevista sobre o motivo da consulta/problema/necessidade	Histórico de Enfermagem (entrevista)
O	Objetivo	Dados do exame físico, laboratoriais e complementares	Histórico de Enfermagem (exame físico)
A	Avaliação	Avaliação dos problemas	Diagnóstico de Enfermagem Planejamento de Enfermagem Avaliação de Enfermagem
P	Plano	Plano de cuidados / conduta	Implementação Intervenções de Enfermagem

Fonte: Adaptado COREN-SC, 2020

5 OBSERVAÇÕES

- Especialistas apontam que a amamentação por mulheres em uso de PQT-U é segura para bebês e pode até fornecer algum efeito protetor. Assim, as mulheres devem ser

orientadas a não suspender a amamentação, nem por causa do medo de prejudicar a criança com a PQT-U, nem pelo receio de transmitir a hanseníase;

- A rifampicina é um potente bactericida para *M. leprae*, sendo o único medicamento bactericida incluído no regime de PQT-U. Quatro dias após uma dose única de 600 mg, os bacilos de um paciente MB não tratado previamente tornam-se inviáveis. A rifampicina é bem absorvida por via oral e deve sempre ser administrada em combinação com outros hansenostáticos, para prevenir que o *M. leprae* desenvolva resistência. Risco na gravidez: o uso de rifampicina durante as últimas semanas de gravidez pode causar hemorragias pós-natais na mãe e no neonato. Recomenda-se o uso de vitamina K para esses casos;
- **Clofazimina e o risco na gravidez:** foi relatado aumento da pigmentação da pele em bebês nascidos de mulheres que receberam clofazimina durante a gravidez e o aleitamento, que regridem após a interrupção da transferência do fármaco para o recém-nascido. Em pacientes com hanseníase, recomenda-se manter o tratamento com clofazimina em ambas as situações;
- **Dapsona e o risco na gravidez:** não existem estudos controlados em mulheres. Usar na gravidez somente se os benefícios potenciais para a mãe justificarem os riscos para o feto. Em pacientes com hanseníase, recomenda-se manter o tratamento com dapsona durante a gravidez;
- Dentre os medicamentos utilizados para o tratamento da hanseníase, o mais frequentemente associado a reações adversas é a dapsona, especialmente as alterações hematológicas. A anemia pela dapsona é mais frequente nas mulheres do que nos homens, o que indica vigilância mais cuidadosa das queixas sugestivas de anemia e o monitoramento mais frequente do hemograma em indivíduos do sexo feminino. Independentemente do sexo, a idade é um fator de risco para as reações adversas à poliquimioterapia, que são mais reportadas em idosos, indicando cuidado especial com os indivíduos nessa faixa etária;
- A secreção dos medicamentos que compõem a PQT-U através do leite materno foi demonstrada, mas especialistas apontam que a amamentação por mulheres em uso de PQT-U é segura para bebês e pode até fornecer algum efeito protetor. Assim, as mulheres devem ser orientadas a não suspender a amamentação, nem por causa do medo de prejudicar a criança com a PQT-U, nem pelo receio de transmitir a hanseníase;

- **Ofloxacina e o risco na gravidez:** foi detectada a presença de ofloxacina no leite humano. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica
- **Clarithromicina e o risco na gravidez:** este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ação nacional de prevenção e controle da Resistência aos Antimicrobianos no Âmbito da Saúde Única 2018-2022**. Diário Oficial da União — N o 96 de 18 de maio de 2018. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase**. 2019.

BRASIL. **Guia prático sobre a hanseníase [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 68 p.

PONTES, A. Hanseníase-atualização no diagnóstico e manejo. Centro de Dermatologia Dona Libânia. Baseado no: **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

PROTOCOLOS DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM

Procedimento	Consulta de Enfermagem ao paciente portador de Hipertensão Arterial	Emissão: 02/2025
		Próxima revisão: 02/2026

1 DEFINIÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica crônica prevalente e tem forte relação com a ocorrência de doença cardiovascular, sendo a principal causa de morte no país e no mundo. Nova diretriz de hipertensão arterial traz mudanças no diagnóstico e tratamento de 2020 afirma que a pré-hipertensão fica definida com uma pressão sistólica entre 130-139 mmHg e/ou diastólica entre 85-89 mmHg, para medida no consultório. A pressão normal ótima é a que registra números abaixo de 120 mmHg x 80 mmHg. A faixa entre 120-129 e 80- 84 mmHg é considerada normal, mas não ótima e deve ser acompanhada (SBC, 2020).

O diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica (HAS) deve ser baseado em pelo menos duas aferições de pressão arterial por consulta, em pelo menos duas consultas. Sempre que possível, o diagnóstico de HAS deve ser estabelecido em mais de uma visita médica. Geralmente de 2 a 3 visitas com intervalos de 1 a 4 semanas (dependendo do nível de pressão arterial). O diagnóstico é feito em uma única visita se a PA do paciente estiver maior ou igual a 180/110 mmHg e houver evidência de doença cardiovascular. Cabe salientar o cuidado de se fazer o diagnóstico correto da HAS, uma vez que se trata de uma condição crônica que acompanhará o indivíduo por toda a vida. Deve-se evitar verificar a PA em situações de estresse físico (dor) e emocional (luto, ansiedade), pois um valor elevado, muitas vezes, é consequência dessas condições (Brasil, 2021).

Neste sentido o rastreamento deve acontecer através da aferição da pressão arterial para todos com mais de 18 anos de idade, indiferentemente da queixa que o levou à consulta. Para tal, a pessoa deve estar em repouso há pelo menos 15 minutos e não ter ingerido bebidas estimulantes (café, energético etc.), fumado ou feito exercícios extenuantes nos trinta minutos anteriores.

Para aqueles com resultado igual ou menor a 120/80 mmHg, rastrear a cada 2 anos.

Para aqueles com pressão arterial sistólica entre 120 e 139 mmHg, ou com pressão arterial diastólica entre 80 e 89 mmHg, rastrear anualmente. Além disso, todas as gestantes devem ter sua pressão arterial verificada em cada consulta.

Importante ressaltar que a sintomatologia relacionada a alterações na pressão arterial (PA) pode não ser tão facilmente identificada, já que uma grande gama de sinais/sintomas pode

ser atribuída a outras causas. Dessa forma, é importante aferir a PA de todas as pessoas com sinais e/ou sintomas mais facilmente relacionáveis, como síncope, sangramento nasal ou dores no peito e na cabeça; ou menos diretos, como dores difusas, parestesia ou alterações visuais e auditivas. É importante lembrar que dor e/ou desconforto podem alterar a PA e que aferições realizadas nesse momento sejam analisadas com cautela, já que podem ser a consequência dos sinais/sintomas, e não a causa (Brasil, 2021).

Importante salientar que para aferir PA deve-se seguir as seguintes orientações (SBC, 2016):

Deve-se explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso de 3 a 5 minutos em ambiente calmo. O profissional deve orientar o paciente a não conversar durante a medição e certificar-se que NÃO:

- Está com a bexiga cheia;
- Praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos;
- Ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos;
- Fumou nos 30 minutos anteriores.

O paciente deve estar sentado, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado.

O braço deve estar na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e as roupas não devem garrotar o membro. Para uma medida adequada da pressão arterial, é necessário:

- Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço;
- Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital;
- Estimar o nível da pressão arterial sistólica (PAS) pela palpação do pulso radial;
- Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;
- Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação;
- Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo);
- Determinar a PAS pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação;
- Determinar a Pressão arterial diastólica (PAD) no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff);

- Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa;
- Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da PAS/PAD/zero;
- Realizar pelo menos duas medições, com intervalo em torno de um minuto. Medições adicionais deverão ser realizadas se as duas primeiras forem muito diferentes;
- Medir a pressão em ambos os braços na primeira consulta e usar o valor do braço onde foi obtida a maior pressão como referência;
- Informar o valor de PA obtido para o paciente;
- Anotar os valores exatos e o braço em que a PA foi medida.

2 OBJETIVOS DA CONSULTA

- Descrever as ações da consulta de enfermagem ao cliente portador de hipertensão, dentro do contexto da Estratégia de Saúde da Família, embasados na Sistematização da Assistência de Enfermagem.

3 MATERIAIS

- Estetoscópio;
- Esfigmomanômetro;

4 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS (SOAP)

As atividades desenvolvidas por ocasião da consulta englobam:

4.1 ANAMNESE (HISTÓRICO) (SUBJETIVO)

É inserido, no sistema, o motivo da consulta, por meio de códigos (Classificação Internacional de Atenção Primária – 2ª Edição – **CIAP2**). Abaixo, apresentam-se alguns possíveis motivos para a realização da consulta:

Código	Motivo da consulta
44	Vacinação / medicação preventiva
45	Educação em saúde / aconselhamento / dieta
46	Consulta com profissional de APS

UNILEAO.EDU.BR

48	Esclarecimento / Discussão do motivo da consulta
50	Medicação / Prescrição / Renovação / Injeção
58	Aconselhamento / Escuta terapêutica
60	Resultados de análises / procedimentos

Identificação

- Nome;
- Endereço;
- Sexo;
- Idade;
- Raça;
- Escolaridade e condições socioeconômicas.

Queixas atuais do paciente

- História da doença atual (HDA): duração conhecida da hipertensão arterial, níveis de pressão arterial, aceitação e reação adversa ao tratamento prévio;
- Investigação de lesão de órgão alvo: sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca, doença vascular encefálica, doença arterial periférica, doença renal, diabetes mellitus. Tais como, tontura, cefaleia, dispneia, parestia, parestesia, alterações visuais, dor precordial, edema e lesões de membros inferiores; dislipidemia (Colesterol total > 190 mg/dL, Triglicérides > 150 mg/dL);
- HDL-C < 40 mg/dL, LDL-C > 100 mg/dL), tabagismo, etilismo, sedentarismo, sobrepeso, obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²); e ingestão de sal; estresse;
- História patológica pregressa: gota, doença arterial crônica e insuficiência cardíaca, síndrome metabólica, dentre outras;
- História familiar: AVC, doença arterial coronariana em homem < 55 e mulher < 65, morte prematura e súbita de familiares próximos;
- História social: avaliação dietética, incluindo consumo de sal, bebida alcoólica e prática de atividade física;
- Síndrome da apneia obstrutiva do sono;

- **Medicações:** Consumo de medicamentos ou drogas que podem interferir na PA: anti-inflamatório, antidepressivo, corticosteroide, anorexígenos e hormônios. Verificar o uso de medicamentos hipertensivos (dose, posologia, horários, efeitos colaterais);
- **Adesão à terapêutica:** verificar dificuldades com o seguimento do tratamento farmacológico e não farmacológico;
- **Exames laboratoriais anteriores:** Verificar alterações.

Figura 1. Estratificação do risco global do paciente hipertenso.

Figura 3 – Estratificação de risco global do paciente hipertenso

Fatores de risco	PA normal alta: PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sem fator de risco	Risco Baixo	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥ 3 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

Fonte: Adaptado de 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2017.

PA: Pressão Arterial; PAS: Pressão Arterial Sistólica; PAD: Pressão Arterial Diastólica; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; LOA: Lesão de Órgão-Alvo; DCV: Doença Cardiovascular; DRC: Doença Renal Crônica; DM: Diabetes Melito.

4.2 EXAME FÍSICO (OBJETIVO)

Exame físico geral

- **Inspeção, palpação, percussão e ausculta:** observação estática e dinâmica: fácies, sinais sugestivos de hipertensão secundária e de lesões em órgão alvo; cavidade oral (queixas, dentes e prótese); avaliação de pele (integridade, turgor, coloração e manchas);
- **Tórax;** abdome e avaliação das extremidades;
- **Medidas antropométricas:** peso, altura, índice de massa corporal, circunferência abdominal.

Exame físico específico

- Avaliação cardiovascular e respiratória: frequência cardíaca e respiratória, palpação de pulsos (radial, carotídeo, pedioso), edema periférico, distensão jugular, ausculta cardíaca (ritmo, presença de B3 ou B4, sopros), ausculta pulmonar;
- Avaliação da PA: 2 medições em intervalo de pelo menos 1 minuto, com paciente em posição sentada e deitada. Atentar para valores fora dos padrões de normalidade e encaminhar ao médico quando julgar necessário.

Exames para estratificação de riscos

- Dosagem de glicose;
- Dosagem de creatinina;
- Dosagem de Colesterol total;
- Dosagem de HDL;
- Dosagem de LDL;
- Dosagem de Triglicerídeos;
- Dosagem de potássio;
- Dosagem de Sódio;
- Dosagem de ácido úrico;
- Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos de urina;
- Hemograma com plaquetas;
- Transaminase Glutâmico-Oxalacética (TGO) também conhecido como aspartato aminotransferase (AST);
- Transaminase Glutâmico-Pirúvica (TGP), também conhecido como alanina aminotransferase (ALT).

4.3 DIAGNÓSTICOS (INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES) (AVALIAÇÃO)

Possíveis diagnósticos de enfermagem

- Estilo de vida sedentário;
- Comportamento de saúde propenso a risco;
- Risco de pressão arterial instável;
- Pressão arterial alterada
- Risco da função cardiovascular prejudicada;
- Conhecimento deficiente;

UNILEAO.EDU.BR

- Adesão ao tratamento;
- Falta de conhecimento sobre regime medicamentoso;
- Risco de sobrepeso;
- Sobrepeso;
- Obesidade;
- Déficit de autocuidado para alimentação;
- Tabagismo;
- Distúrbio do padrão do sono;
- Controle ineficaz da saúde;
- Ansiedade;
- Integridade da pele prejudicada;
- Falta de conhecimento sobre regime medicamentoso;
- Condição de saúde melhorada;
- Mobilidade física prejudicada.

4.4 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (PLANO)

Intervenções de acordo com os diagnósticos

- Orientar o paciente quanto a exercício regular e progressivo, conforme apropriado;
- Ajudar o paciente a identificar uma meta específica de mudança; Investigar com o paciente as barreiras potenciais à mudança do comportamento;
- Orientar o paciente/família quanto a terapias para reduzir o risco cardíaco; Orientar o paciente/família sobre sintomas de comprometimento cardíaco, indicativos de necessidade de repouso;
- Orientar sobre a importância e incentivar a adesão ao acompanhamento terapêutico;
- Explorar os sentimentos, conversando e inquirindo a paciente em relação à terapia adjuvante;
- Adaptar a instrução ao nível de conhecimentos e compreensão do paciente; Oferecer informações adequadas ao nível de desenvolvimento do paciente;
- Monitorar o peso do paciente rotineiramente;
- Dar a responsabilidade pelas escolhas alimentares e de atividade física ao paciente;
- Estimular o paciente a auto monitorar-se em relação à ingestão diária de alimentos e a pesar-se/manter o peso; Encaminhar o paciente ao nutricionista, conforme apropriado;

UNILEAO.EDU.BR

- Oferecer informações acerca dos malefícios que o tabagismo proporciona no processo saúde/doença;
- Enfatizar os benefícios à saúde, imediatos ou a curto prazo, a serem obtidos na cessação de fumar; Incorporar estratégias, como a participação em grupos antitabagismo para orientações e ouvir depoimentos de pacientes que pararam de fumar;
- Orientar quanto à possibilidade de sentir vontade de fumar e ensinar estratégias que possam minimizar essa vontade, como: ingerir líquidos gelados, comer frutas geladas, assistir televisão e diminuir a ingestão de café e/ou outros fatores que estimulem a vontade de fumar;
- Orientar sobre a importância de modificar fatores que propiciam ruídos e iluminação intensos à noite, visando reduzir interrupções e consequentemente a privação do sono.
- Ajudar o indivíduo a comprometer-se com um plano de ação para mudar comportamentos;
- Reforçar a confiança na realização de mudanças de comportamento e nas ações.
- Ajudar o paciente a identificar situações que precipitem a ansiedade;
- Encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos. Identificar mudanças no nível de ansiedade.
- Orientar, na consulta, sobre medidas de cuidados sobre higienização e hidratação.

Problemas e/ou condições avaliados neste atendimento (CIAP2)	
Código	Motivo da consulta
K22	Fator de risco de doença cardiovascular
K28	Limitação funcional / incapacitante
K29	Outros sinais / sintomas cardiovasculares
K85	Pressão arterial elevada
K86	Hipertensão sem complicações
K87	Hipertensão com complicações
K95	Veias varicosas da perna
N01	Cefaleia
N89	Enxaqueca

Tratamento para hipertensão

UNILEAO.EDU.BR

Inclui tratamento medicamentoso e não medicamentoso (mudanças nos hábitos de vida: Medidas de alimentação e nutrição, Prática de atividade física/exercício físico).

O tratamento de pacientes idosos segue a mesma recomendação da população em geral, devendo ser prescrito o fármaco de melhor tolerância. A abordagem terapêutica da PA elevada inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, a fim de reduzir a PA, proteger órgãos-alvo, prevenir desfechos cardiovasculares e renais (Brasil, 2021):

- Todos os medicamentos anti-hipertensivos disponíveis podem ser utilizados desde que sejam observadas as indicações e contraindicações específicas;
- Em estágios menos avançados de hipertensão, quase metade dos pacientes respondem à monoterapia;
- Se paciente não atingir as metas terapêuticas, aumentar a dose do fármaco ou associar outro anti-hipertensivo;
- Em pacientes que apresentam efeitos colaterais intoleráveis, trocar a medicação ou a combinação dos fármacos.

4.5 REGISTRO

O uso do SOAP permite o correto registro e implementação do **processo de Enfermagem (PE)**.

ETAPAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM			
	ETAPA	SOAP	PE
S	Subjetivo	Informações colhidas na entrevista sobre o motivo da consulta/problema/necessidade	Histórico de Enfermagem (entrevista)
O	Objetivo	Dados do exame físico, laboratoriais e complementares	Histórico de Enfermagem (exame físico)
A	Avaliação	Avaliação dos problemas	Diagnóstico de Enfermagem Planejamento de Enfermagem Avaliação de Enfermagem
P	Plano	Plano de cuidados / conduta	Implementação Intervenções de Enfermagem

Fonte: Adaptado COREN-SC, 2020

5 OBSERVAÇÕES

Quadro 4 - relação de medicamentos disponibilizados pela Rename em 2020 para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS)

Medicamentos de primeira escolha				
Classe	Medicamentos	Concentração e forma farmacêutica	Posologia	Efeitos adversos
Diuréticos tiazídicos	Hidroclorotiazida	12,5 mg comprimido 25 mg comprimido	12,5-50 mg 1x ao dia	Hiperuricemia e aumento de crises de gota Intolerância aos carboidratos hipocalemia
Diuréticos de alça	Furosemida	40 mg comprimido	20 - 320 mg 1x ao dia	Hipopotassemia, hipovolemia (com ototoxicidade), prováveis manifestações que podem incluir síncope
Diuréticos poupadores de potássio	Espironolactona	25 mg comprimido 100 mg comprimido	12,5mg- 100mg 1 x ao dia	Hiperpotassemia, Ginecomastia e diminuição da libido com espironolactona
Diuréticos	Hidroclorotiazida, em associação com poupador de potássio, diminui hipopotassemia e eleva glicemia.			
Classe	Medicamentos	Concentração e Forma farmacêutica	Posologia	
Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA)	Captopril	25 mg comprimido	25 -150 mg 2x ao dia (12/12h)	Tosse; efeitos teratogênicos Angioedema, modificação do paladar,
Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA)	Maleato de Enalapril	5 mg comprimido 10 mg comprimido 20 mg comprimido	10 - 40 mg 1 ou 2x ao dia (24h/24h ou 12/12h)	hiperpotassemia, piora da função renal em presença de estenose bilateral de artéria renal ou unilateral em rim único

continua

continuação

Medicamentos de primeira escolha				
Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA)	Para prevenção secundária em pacientes com insuficiência cardíaca ou cardiopatia isquêmica; menos eficaz que diuréticos na ausência de doença cardiovascular			
IECA + diurético	Em pacientes recuperados de AVC			
Classe	Medicamentos	Concentração e Forma farmacêutica	Posologia	
Bloqueadores de canal de cálcio di-hidropiridínicos	Anlodipino	5 mg comprimido 10 mg comprimido	2,5 mg-10 mg 1x ao dia	Palpitações, edema de membros inferiores
Bloqueadores de canal de cálcio	Menos eficaz que clortalidona para a prevenção de insuficiência cardíaca			
Classe	Medicamentos	Concentração e Forma farmacêutica	Posologia	
Betabloqueadores beta e alfa	Carvedilol	3,125 mg comprimido 6,25 mg comprimido 12,5 mg comprimido	6,25-12 mg 2x ao dia (12/12h)	Hipotensão, síncope e palpitações (especialmente na 1ª dose), fraqueza
Betabloqueadores Seletivos	Succinato de metoprolol	25 mg comprimido de liberação prolongada 50 mg comprimido de liberação prolongada 100 mg comprimido de liberação prolongada	50-200mg 1x ao dia	
Betabloqueadores seletivos	Tartarato de metoprolol	100 mg comprimido	100-400 mg 2x ao dia (12/12h)	
Betabloqueadores não seletivos	Cloridrato de Propranolol	10 mg comprimido 40 mg comprimido	50-200 mg 1x ao dia	
Classe	Medicamentos	Concentração e Forma farmacêutica	Posologia	
Bloqueadores do receptor de angiotensina	Losartana	50 mg comprimido	25 -100 mg 1 ou 2x ao dia (24/24h ou 12/12h)	Hiperpotassemia, diminuição de função renal em presença de estenose bilateral de artéria renal ou unilateral em rim único

continua

Medicamentos de primeira escolha				
Bloqueadores do receptor de angiotensina	Para prevenção secundária em pacientes com insuficiência cardíaca ou cardiopatia isquêmica; menos eficaz que diuréticos na ausência de doença cardiovascular			
Segunda e terceira escolha (considerando diurético como primeira)				
Classe	Medicamentos	Concentração e Forma farmacêutica	Posologia	
Vasodilatadores diretos	Cloridrato de Hidralazina	25 mg comprimido 50 mg comprimido	50-200 mg 2 ou 4x ao dia (12/12h até 6/6h)	Hipotensão postural, palpitações, cefaleia

Fonte: Brasil, 2021.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica. Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq. Bras. Cardiol., 116(3), 516-658.

NANDA INTERNACIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2021-2023.** Tradução de Regina Machado Garcez. 12.ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: doenças crônicas. Conselho Regional de Enfermagem. Mato Grosso do Sul. 1ª ed. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.** ISSN-0066-782X. Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016.

PROTOCOLOS DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM

Procedimento	Consulta de Enfermagem ao paciente portador de Diabetes Mellitus	Emissão: 02/2025
		Próxima revisão: 02/2026

1 DEFINIÇÃO

Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome metabólica de origem múltipla, que envolve fatores genéticos, biológicos e ambientais, caracterizado por altas taxas de açúcar no sangue (hiperglicemia). Pode evoluir com complicações agudas (hipoglicemia, cetoacidose e síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica); crônicas – microvasculares (retinopatia, nefropatia, neuropatia) e macrovasculares (doença arterial coronariana, doença arterial periférica e doença cerebrovascular) (American Diabetes Association, 2017; Brasil, 2013).

Há três principais tipos de diabetes classificados conforme a etiopatogenia: Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e a Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). Classificar permite tratamento adequado e definição de estratégias de rastreamento de comorbidades e complicações crônicas (American Diabetes Association, 2017; Brasil, 2020).

DM1 é mais comum em crianças e adolescentes, entre 10 e 14 anos, mas adultos também podem ser diagnosticados. Caracteriza-se pela deficiência grave de insulina devido a destruição das células β , associada à autoimunidade. A apresentação clínica é abrupta, com propensão à cetose e cetoacidose, com necessidade de insulino terapia plena desde o diagnóstico ou após curto período. Os sintomas mais frequentes incluem fome e sede frequentes, urgência em urinar diversas vezes ao dia, perda de peso, fadiga, mudanças de humor, náuseas e vômitos (Rodacki *et al.*, 2023; International Diabetes Federation, 2022).

O DM2 é quando ocorre uma relativa e progressiva deficiência de secreção de insulina associada a uma resistência à ação de insulina e, representa de 90 a 95% dos casos, a etiologia é multifatorial, associada à predisposição genética, idade avançada, excesso de peso, sedentarismo e hábitos alimentares não saudáveis. Frequentemente, as características clínicas são associadas à resistência à insulina, como *acantose nigricans* (manchas escuras na pele, com textura grossa e aveludada, são ocasionadas pelo excesso de açúcar no corpo) e hipertrigliceridemia (triglicerídeos elevados). Além disso, outros sintomas também podem ser encontrados, como fome e sede frequentes, urgência em urinar diversas vezes ao dia, formigamentos nos pés e nas mãos, deficiência na cicatrização de feridas e acuidade visual deficitária (Rodacki *et al.*, 2023; International Diabetes Federation, 2022).

Sinais e sintomas do Diabetes Mellitus

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS		
SINTOMAS CLÁSSICOS (mais comum em DM1 ou DM descompensada):	SINTOMAS MENOS ESPECÍFICOS:	COMPLICAÇÕES CRÔNICAS/DOENÇAS INTERCORRENTES:
Poliúria	Fadiga, fraqueza e letargia	Doença renal crônica (albuminúria, perda de função renal e evolução para insuficiência renal terminal)
Polidipsia	Visão turva (ou melhora temporária da visão para perto)	Neuropatia (parestesias e/ou dor nos membros inferiores, formigamento, câimbras)
Polifagia	Prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite (inflamação da glândula e do prepúcio)	Retinopatia
Perda involuntária de peso		Catarata
		Retinopatia
		Infecções de repetição (urinária, cutânea)

 Fonte: Brasil, 2020, apud Duncan, *et al.*, 2013.

Diagnóstico DM 1 e 2

EXAME	NORMAL	PRÉ-DIABETES	DIABETES MELLITUS*
Glicemia plasmática em jejum*	<100	100 e < 126	≥ 126 mg/dL
Glicemia em qualquer horário	<200	---	≥ 200 mg/dL com sintomas de hiperglicemia*
Glicemia após 2 h de sobrecarga oral de 75 g de glicose	< 140	≥ 140 e < 200	≥ 200 mg/dL
Hemoglobina glicada	< 5,7%	≥ 5,7 e < 6,5	≥ 6,5%

*Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de DM. Na ausência de hiperglicemia inequívoca, é necessário confirmar o diagnóstico pela repetição de testes.

Fonte: Brasil, 2020, adaptado de American Diabete Association, 2019-2020.

Já o diabetes gestacional é um tipo de diabetes que ocorre durante a gestação e usualmente desaparece após o parto. Pode ocorrer em qualquer estágio da gestação, mas é mais comum nos segundo e terceiro trimestre (National Health Service, 2022; Brasil, 2020).

Considerando o período gravídico-puerperal, é possível a ocorrência de hiperglicemia tanto em mulheres já sabidamente diagnosticadas como portadoras de DM previamente à gestação quanto em gestantes sem esse diagnóstico prévio (Elsayed *et al.*, 2023).

As recentes diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) e dos principais protocolos de manejo de DM recomendam que a hiperglicemia inicialmente detectada em qualquer momento da gravidez deva ser categorizada e diferenciada em DM diagnosticado na gestação (do inglês overt diabetes) ou em DMG (American Diabetes Association, 2017).

Com definição, diabetes mellitus gestacional consiste na mulher com hiperglicemia detectada pela primeira vez durante a gravidez, com níveis glicêmicos sanguíneos que não atingem os critérios diagnósticos para DM (American Diabetes Association, 2017).

Diabetes mellitus diagnosticado na gestação (overt diabetes) ocorre quando a mulher sem diagnóstico prévio de DM, com hiperglicemia detectada na gravidez e com níveis glicêmicos sanguíneos que atingem os critérios da OMS para o DM em não gestantes (American Diabetes Association, 2017).

Critérios diagnósticos para Diabetes *Mellitus* Gestacional.

Figura 1. Interpretação dos valores da glicemia plasmática em jejum na primeira consulta do pré-natal.

	Normal	DMG	DM diagnosticado na gestação
Glicemia de jejum	<92 mg/dL	≥92 e ≤125 mg/dL	≥126 mg/dL
Glicemia ao acaso	NA	NA	≥200 mg/dL
Ação	Solicitar TOTG na 24-28 sem.	Iniciar tratamento	Iniciar tratamento

NA: Não aplicável, DMG: Diabetes Gestacional. DM: Diabetes Mellitus; TOTG: Teste Oral de Tolerância à Glicose.

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), 2023.

Outras classificações de DM têm sido propostas na literatura científica, incluindo subtipos de DM levando em conta características clínicas como o momento do início do diabetes, a história familiar, a função residual das células beta, os índices de resistência à

insulina, o risco de complicações crônicas, o grau de obesidade, a presença de autoanticorpos e eventuais características sindrômicas (Rodaki *et al.*, 2022).

2 OBJETIVOS DA CONSULTA

- Descrever as ações da consulta de enfermagem ao cliente portador de diabetes mellitus, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, embasados na Sistematização da Assistência de Enfermagem, na perspectiva de fortalecer e qualificar o cuidado ao usuário com essa condição.

3 MATERIAIS

- Estetoscópio;
- Esfigmomanômetro;
- Oxímetro;
- Glicosímetro;
- Fitas de Glicemia;
- Algodão;
- Álcool;
- Lancetas;
- Luvas de procedimento;
- Descartex.

4 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS (SOAP)

As atividades desenvolvidas por ocasião da consulta englobam:

4.1 ANAMNESE (HISTÓRICO) (SUBJETIVO)

É inserido, no sistema, o motivo da consulta, por meio de códigos (Classificação Internacional de Atenção Primária – 2ª Edição – **CIAP2**). Abaixo, apresentam-se alguns possíveis motivos para a realização da consulta:

Código	Motivo da consulta
45	Educação em saúde / aconselhamento / dieta
46	Consulta com profissional de APS
50	Medicação / Prescrição / Renovação / Injeção

UNILEAO.EDU.BR

58	Aconselhamento / Escuta terapêutica
60	Resultados de análises / procedimentos

Identificação da pessoa

- Nome;
- Cartão nacional de saúde ou CPF;
- Idade;
- Unidade de saúde;
- Agente comunitário de Saúde (ACS) e trabalho;
- Antecedentes familiares e pessoais (história familiar de diabetes, hipertensão, doença renal, cardíaca e diabetes gestacional).

Principais queixas e vulnerabilidades

- História da doença atual (HDA): duração conhecida de diabetes mellitus, taxas de glicose, aceitação e reação adversa ao tratamento prévio;
- Percepção da pessoa diante da doença, tratamento e autocuidado;
- Hábitos de vida: alimentação, sono e repouso, atividade física, higiene, funções fisiológicas;
- Identificação de fatores de risco (tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo);
- Exames laboratoriais anteriores;

4.2 EXAME FÍSICO (OBJETIVO)

- Altura, peso, circunferência abdominal e IMC;
- Medida da pressão arterial;
- Estado mental: Avaliar nível de comprometimento cognitivo;
- Alterações de visão;
- Exame da cavidade oral, com atenção para a presença de gengivite, problemas odontológicos e candidíase;
- Palpação da Tireoide;
- Frequência cardíaca e respiratória e ausculta cardiopulmonar;

- Avaliação da pele quanto a sua integridade, turgor, coloração, manchas e presença de acantose *nigricans*;
- Membros inferiores: edema, lesões; dor, articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade);
- Exame dos pés: avaliar coloração, presença de bolhas, sensibilidade, higiene, ferimentos, calosidades e corte das unhas, avaliação de pulso arterial pedioso e tibial;
- Padrão do sono: Padrão/ Diminuído/ Aumentado/Dificuldades para dormir;
- Reações/ Comportamentos: Medo/ Agressividade/ Ansiedade/ Frustração/ Choro/ Agitado/ Tranquilo/ Incapacidade;
- Resultado de Exames.

4.3 DIAGNÓSTICOS (Interpretação das informações e Planejamento das ações) (AVALIAÇÃO)

Estabelecer diagnósticos de enfermagem conforme condição clínica da paciente utilizando como referência a Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA).

Principais diagnósticos de enfermagem encontrados

- Hiperglicemia;
- Hipoglicemia;
- Não adesão ao regime medicamentoso;
- Capacidade para manejar (controlar) o regime medicamentoso prejudicada;
- Efeito colateral da medicação;
- Polifármacos (ou polifarmácia);
- Déficit de autocuidado;
- Sono prejudicado;
- Fadiga;
- Risco de integridade da pele prejudicada;
- Risco de úlcera de pé diabético;
- Integridade da pele prejudicada;
- Úlcera diabética;
- Edema periférico;

- Mobilidade prejudicada;
- Visão prejudicada;
- Audição prejudicada;
- Cognição prejudicada;
- Desorientação;
- Vertigem postural (tontura);
- Não adesão ao regime de exercício físico.

OBS: outros diagnósticos poderão ser traçados de acordo com o quadro clínico de cada paciente.

Problemas e/ou condições avaliados neste atendimento (CIAP2)	
Código	Motivo da consulta
K22	Fator de risco de doença cardiovascular
T83	Excesso de peso
T87	Hipoglicemia
T89	Diabetes insulínica dependente
T90	Diabetes não insulínica dependente
T99	Doenças endócrinas /metabólicas/ nutricionais, outras

4.4 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (PLANO)

Realização das ações ou intervenções necessárias mediante condição de saúde do paciente e diagnósticos apresentados:

- Verificar sinais/sintomas de hiperglicemia ou hipoglicemia;
- Monitorar glicemia capilar;
- Estimular a hidratação;
- Administrar insulina, conforme ajuste terapêutico prescrito;
- Tratar hipoglicemia, conforme protocolos institucionais;
- Identificar crenças e as barreiras para a adesão ao regime medicamentoso;
- Obter informações sobre manifestação da doença, complicações e regime medicamentoso;

- Explicar a importância dos medicamentos no controle glicêmico;
- Orientar e verificar efeitos colaterais e riscos de interação medicamentosa;
- Discutir efeito colateral com a equipe inter/multidisciplinar;
- Orientar a administração correta dos medicamentos por via oral e a conservação em embalagem original;
- Identificar as barreiras para as práticas de autocuidado (física, emocional, social);
- Estimular a confiança no regime terapêutico proposto;
- Pactuar metas para as práticas de autocuidado;
- Incentivar comportamentos para autocuidado;
- Encorajar atitudes positivas;
- Monitorar o sono e sinais de fadiga;
- Investigar as causas e as patologias relacionadas às alterações do sono e fadiga;
- Encorajar repouso, descanso, lazer e atividade física;
- Orientar sobre autocuidado com a pele e os pés;
- Orientar sobre hidratação diária após o banho da pele e dos pés;
- Avaliar a presença de dor, edema, coloração da pele, hiperpigmentação, eczema de estase em MMII;
- Avaliar sinais e sintomas de comprometimento arterial;
- Orientar sobre a inspeção dos pés diariamente e para a presença de lesões pré-ulcerativas: calos, calosidade, bolhas, hematomas, unhas encravadas (onicocriptose), micoses interdigitais;
- Identificar as causas desencadeantes do edema;
- Realizar avaliação abrangente da circulação periférica (verificar pulsos, edema, enchimento capilar cor e temperatura da extremidade);
- Orientar sobre calçados adequados;
- Encaminhar a pessoa com déficit visual para acompanhamento oftalmológico e prescrição de lentes corretoras;
- Comunicar-se verbalmente sempre de frente para a pessoa com déficit auditivo;
- Avaliar o nível de comprometimento cognitivo;
- Estimular autocuidado;
- Orientar como reconhecer sinais e sintomas de hipotensão postural;
- Orientar como reconhecer sinais e sintomas de hipoglicemia;

- Obter dados sobre a etiologia da vertigem.

Exames Laboratoriais

- Dosagem de glicose;
- Dosagem hemoglobina glicada;
- Hemograma;
- Dosagem de creatinina;
- Dosagem de Colesterol total;
- Dosagem de HDL;
- Dosagem de LDL;
- Dosagem de Triglicerídeos;
- Dosagem de potássio;
- Dosagem de Sódio;
- Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos de urina;
- Transaminase Glutâmico-Oxalacética (TGO) também conhecido como aspartato aminotransferase (AST);
- Transaminase Glutâmico-Pirúvica (TGP), também conhecido como alanina aminotransferase (ALT).

4.5 REGISTRO

O uso do SOAP permite o correto registro e implementação do **processo de Enfermagem (PE)**.

ETAPAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM			
	ETAPA	SOAP	PE
S	Subjetivo	Informações colhidas na entrevista sobre o motivo da consulta/problema/necessidade	Histórico de Enfermagem (entrevista)
O	Objetivo	Dados do exame físico, laboratoriais e complementares	Histórico de Enfermagem (exame físico)
A	Avaliação	Avaliação dos problemas	Diagnóstico de Enfermagem Planejamento de Enfermagem Avaliação de Enfermagem

UNILEAO.EDU.BR

P	Plano	Plano de cuidados / conduta	Implementação Intervenções de Enfermagem
---	-------	-----------------------------	---

Fonte: Adaptado COREN-SC, 2020.

5 OBSERVAÇÕES

Tratamento da Diabetes Mellitus

Todos os pacientes com DM2 deverão receber orientações para melhorar hábitos de vida como reorganização dos hábitos alimentares, cessação do tabagismo, redução da ingestão de bebidas alcoólicas, redução de peso, incentivo à atividade física e redução de estresse.

O paciente deve ser instruído em relação à alimentação saudável e deve receber orientações dietéticas específicas para o DM de um nutricionista, quando possível. Entre as orientações nutricionais específicas, destacamos incentivar o consumo de alimentos ricos em fibras a partir de vegetais, frutas, grãos e cereais integrais, legumes e adequar a quantidade do consumo de alimentos fonte de carboidratos como pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão, angu, mandioca, cará, batata e farináceos. Alimentos ricos em gorduras saturadas (por exemplo: carnes gordurosas, manteiga, óleo de dendê, leites e derivados integrais, bacon, torresmo e embutidos) e gorduras trans (por exemplo: gordura vegetal hidrogenada, frituras, doces industrializados, fast-foods, biscoitos salgados e recheados) devem ser evitados.

5.1.1 Tratamento farmacológico

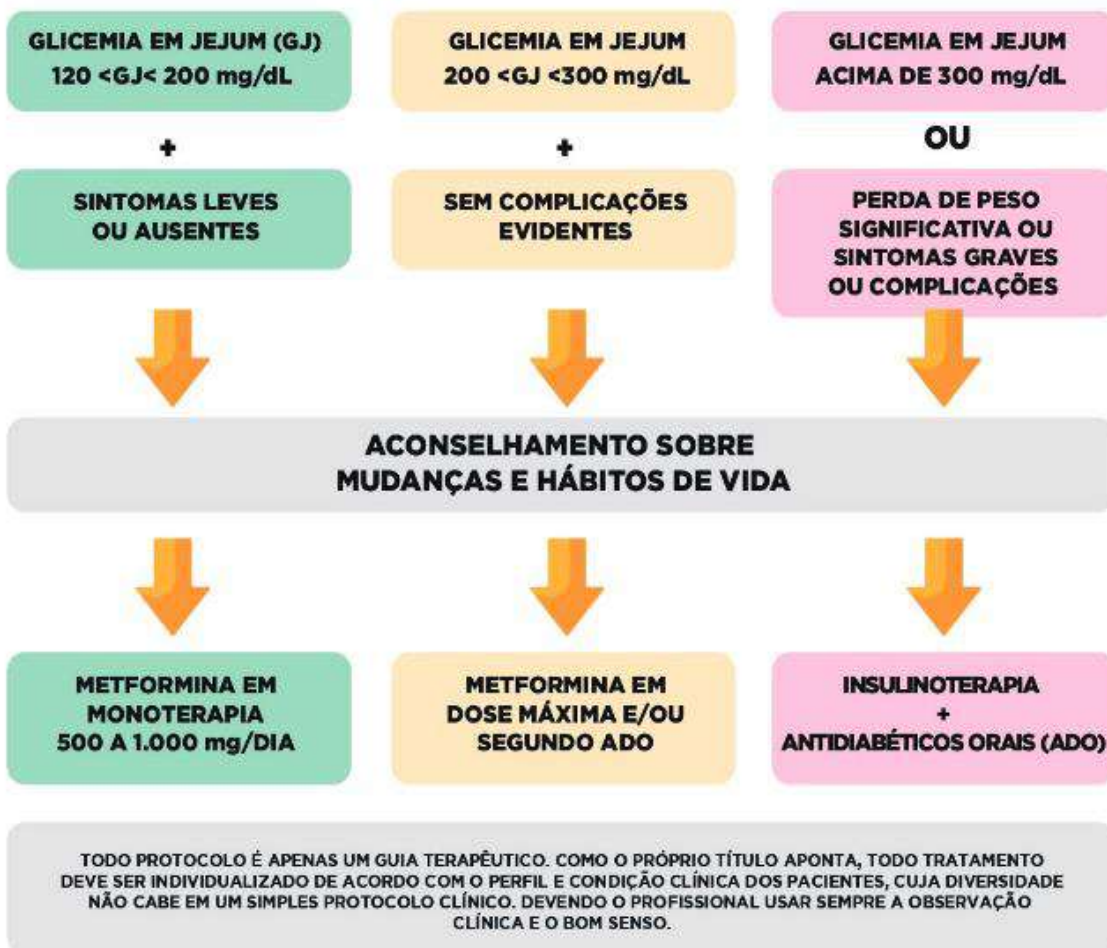
A modificação de hábitos de vida é fundamental nessa população, mas para um controle glicêmico adequado, geralmente faz-se necessário o uso de farmacoterapia. O tratamento farmacológico do DM2 iniciado precocemente está associado a melhores resultados no controle glicêmico e à diminuição das complicações em longo prazo. Para a maioria dos pacientes, é indicado o início terapêutico com metformina e mudanças de hábitos de vida após diagnóstico de DM2.

Tabela 1. Medicamentos disponíveis no SUS para tratamento do DM2.

Classe	Medicamento e dosagem	Administração	Posologia
Biguanida	Metformina 500/850 mg/cp	Oral	até 2g/dia
Sulfonilureia	Glibenclamida 5mg/cp	Oral	2,5 a 20mg/dia
	Gliclazida 30/60mg por cp		30 a 120mg/dia
Insulina	Insulina NPH 100 U/mL suspensão injetável	Subcutânea	Conforme insulínização prescrita
	Insulina regular 100 U/mL solução injetável		
iSGLT2	Dapagliflozina 10 mg/cp	Oral	10mg/dia

Fonte: Adaptado do PCDT DM2 2020!

CONDUTA INICIAL CONFORME CONDIÇÃO CLÍNICA E PESO DO PACIENTE



COMPLICAÇÕES AGUDAS

Hipoglicemia grave (glicose plasmática <50 mg/dl ou 2,8 mmol/l) ou sinais: Se consciente, administrar uma bebida adoçada com açúcar. Se inconsciente, administrar 20-50 ml de glicose (dextrose) a 50% em 1 a 3 minutos. Hiperglicemia grave (glicose plasmática > 18 mmol/l (325 mg/dl) e cetonas na urina 2+) ou sinais e sintomas de hiperglicemia grave: Iniciar infusão intravenosa de solução de NaCl a 0,9% - 1 litro em 2 horas, continuar com 1 litro a cada 4 horas. ENCAMINHAR ao hospital.

RASTREAMENTO COMPLICAÇÕES CRÔNICAS

Medir a pressão arterial em todas as consultas marcadas, reavaliar os medicamentos segundo o protocolo de hipertensão. ENCAMINHAR para exame de fundo do olho com pupilas dilatadas por ocasião do diagnóstico, e a cada dois anos posteriormente, ou conforme recomendações de oftalmologista. Examinar os pés, em todas as consultas, para detectar úlceras. ENCAMINHAR a nível de maior complexidade se houver úlcera. Avaliar, anualmente, o risco de amputação de membros inferiores (pulsos do pé, neuropatia sensitiva por teste com monofilamento, presença de úlceras cicatrizadas ou abertas, calosidades). ENCAMINHAR a nível de maior complexidade se houver úlcera ou ausência de pulso. Avaliação anual de proteinúria. ENCAMINHAR a nível de maior complexidade se positiva.

META DE CONTROLE GLICÊMICO GLICOSE PLASMÁTICA*

Jejum >7,0 mmol/l (126mg/dl)+

Consultar tabela com valores de referência de outros exames que podem ser usados para diagnóstico de diabetes. Se forem economicamente mais acessíveis que a insulina, os inibidores da DDP-4, os inibidores do SGLT2 ou a proglitazona podem ser usados antes da insulina em caso de insucesso terapêutico com metformina e gliclazida. Iniciar o tratamento com insulina e ajustar gradualmente a dose segundo as práticas locais. Deve-se usar HbA1c quando disponível. Considerar controle glicêmico menos rigoroso em pacientes com episódios frequentes de hipoglicemia grave, complicações avançadas, comorbidades graves e/ou expectativa de vida limitada.

Fonte: adaptado do Manual Conduta Terapêutica no Diabetes tipo 2 - Algoritmo SBD 2019.

REFERÊNCIAS

American Diabetes Association. **Diagnosis and classification of diabetes mellitus**. Diabetes Care. 2017;37(Suppl. 1):S81-90.

BRASIL. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023**. Brasília: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023. 491 p. ISBN: 978-85-93746-02-4

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellito Tipo 2**. Brasília, 2020a. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/20201113_Minuta_PCDT_Diabetes_Mellito_Tipo_2_29_10_2020_Final.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes melito tipo 1** [recurso eletrônico]. Brasília Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_terapeuticas_diabete_mellito.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2020c**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN-SC). **Protocolo de Enfermagem Volume 1. Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares**. Florianópolis, 2020. 57 p. Disponível em: https://wiki.smsbrusque.sc.gov.br/images/0/00/PROTOCOLO-ENFERMAGEM-VOLUME-1-COREN_atualizado.pdf. Acesso em: 07 de dezembro de 2023.

ELSAIED NA, ALEPPO G, ARODA VR, ET AL., American Diabetes Association. Summary Of Revisions: *Standards Of Care In Diabetes—2023*. DIABETES CARE 2023;46(SUPPL. 1):S5–S9.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF **Diabetes Atlas**. 2022. Disponível em <https://www.diabetesatlas.org>.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2021-2023**. Tradução de Regina Machado Garcez. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

NATIONAL HEALTH SERVICE – Diabetes, 2022. Disponível em:
<https://www.nhs.uk/conditions/diabetes/> Acesso em: 28/12/2023.

RODACKI M, TELES M, GABBAY M, MONTENEGRO R, BERTOLUCI M. **Classificação do diabetes**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023). DOI: 10.29327/557753.2022-1, ISBN: 978-85-5722-906-8. Disponível em:
<https://diretriz.diabetes.org.br/classificacao-do-diabetes/>

PROTOCOLOS DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM

Procedimento	Consulta de Enfermagem ao paciente com Pé Diabético	Emissão: 02/2025
		Próxima revisão: 02/2026

1 DEFINIÇÃO

O Pé Diabético está entre as complicações mais frequentes do Diabetes Mellitus (DM), consiste em uma série de alterações que podem ocorrer nos pés de pessoas com diabetes não controlado. Infecções ou problemas na circulação dos membros inferiores estão entre as complicações mais comuns, provocando o surgimento de feridas que não cicatrizam e infecções nos pés. Se não for tratado, o pé diabético pode levar à amputação (Brasil, 2013; International Diabetes Federation, 2019).

Denomina-se Pé Diabético a presença de infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e a vários graus de doença vascular periférica em pessoas com DM (Brasil, 2013).

O Pé Diabético pode ser classificado, segundo sua etiopatogenia, em:

- Neuropático;
- Vascular (também chamado isquêmico);
- Misto (neurovascular ou neuroisquêmico).

O pé neuropático é caracterizado pela perda progressiva da sensibilidade. Os sintomas mais frequentes são os formigamentos e a sensação de queimação (que tipicamente melhoram com o exercício). A diminuição da sensibilidade pode apresentar-se como lesões traumáticas indolores ou a partir de relatos, como perder o sapato sem se notar (Parisi, 2003; Brasil, 2016).

Já o pé isquêmico caracteriza-se tipicamente por história de claudicação intermitente e/ou dor à elevação do membro. Ao exame físico, pode-se observar rubor postural do pé e palidez à elevação do membro inferior. À palpação, o pé apresenta-se frio, podendo haver ausência dos pulsos tibial posterior e pedioso dorsal (Parisi, 2003; Brasil, 2016).

O exame periódico dos pés propicia a identificação precoce e o tratamento oportuno das alterações encontradas, possibilitando assim a prevenção de um número expressivo de complicações do Pé Diabético (Brasil, 2013).

Figura 1. Classificação fisiopatológica do pé diabético, acompanhada dos seus sinais e sintomas típicos.

Sinal/Sintoma	Pé Neuropático	Pé Isquêmico
Temperatura do pé	Quente ou morno	Frio
Coloração do pé	Coloração normal	Pálido com elevação ou cianótico com declive
Aspecto da pele do pé	Pele seca e fissurada	Pele fina e brilhante
Deformidade do pé	Dedo em garra, dedo em martelo, pé de Charcot ou outro	Deformidades ausentes
Sensibilidade	Diminuída, abolida ou alterada (parestesia)	Sensação dolorosa, aliviada quando as pernas estão pendentes
Pulsos pediais	Pulsos amplos e simétricos	Pulsos diminuídos ou ausentes
Calosidades	Presentes, especialmente na planta dos pés	Ausentes
Edema	Presente	Ausente
Localização mais comum da úlcera (se houver)	1º e 5º metacarpos e calcâneo (posterior); redondas, com anel queratósico periulcerativo; não dolorosas	Latero-digital; sem anel queratósico; dolorosas

Fonte: Dealey, 2006; International Diabetes Federation, 2006.

2 OBJETIVO DA CONSULTA

- Descrever os cuidados com os pés da pessoa com diabetes mellitus durante a consulta de enfermagem, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, embasados na Sistematização da Assistência de Enfermagem, na perspectiva de fortalecer e qualificar o cuidado ao usuário com essa condição.

3 MATERIAIS

- Glicosímetro;
- Fitas de Glicemia;
- Algodão;
- Álcool;
- Lancetas;
- Luvas de procedimento;
- Descartex.

4 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS (SOAP)

As atividades desenvolvidas por ocasião da consulta englobam:

4.1 ANAMNESE (HISTÓRICO) (SUBJETIVO)

É inserido, no sistema, o motivo da consulta, por meio de códigos (Classificação Internacional de Atenção Primária – 2ª Edição – **CIAP2**). Abaixo, apresentam-se alguns possíveis motivos para a realização da consulta:

Código	Motivo da consulta
45	Educação em saúde / aconselhamento / dieta
46	Consulta com profissional de APS
50	Medicação / Prescrição / Renovação / Injeção
58	Aconselhamento / Escuta terapêutica
60	Resultados de análises / procedimentos

Identificação da pessoa

- Nome;
- Cartão nacional de saúde ou CPF;
- Idade;
- Unidade de saúde;
- Agente comunitário de Saúde (ACS) e trabalho.

Antecedentes familiares e pessoais

- História familiar de diabetes, hipertensão, doença renal, cardíaca e diabetes gestacional);
- Investigar principais queixas e vulnerabilidades;
- Tempo de doença do Diabetes Mellitus e controle glicêmico;
- Percepção da pessoa diante da doença, tratamento e autocuidado;
- Hábitos de vida: alimentação, sono e repouso, atividade física, higiene, funções fisiológicas;
- Identificação de fatores de risco (tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo);

- História de complicações micro e macrovasculares. Complicações macro (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e doença arterial periférica) e microvasculares (retinopatia e nefropatia diabética) indicam doença mais avançada e apontam para um maior risco de desenvolvimento de complicações do pé diabético;
- História de úlceras, de amputações ou by-pass em membros. Episódios prévios de ulceração, de necessidade de by-pass em membros e/ou de amputações indicam igualmente doença mais avançada. A história pregressa positiva para uma dessas condições classifica o Pé Diabético em grau 3 (alto risco);
- Dor ou desconforto em membros inferiores;

4.2 EXAME FÍSICO (OBJETIVO)

O exame físico deve ser sistematizado, buscando pelos fatores de risco e pelas complicações do Pé Diabético. O exame clínico, associado à anamnese, é capaz de confirmar a presença e a gravidade da neuropatia periférica (neuropatia diabética) e da doença arterial periférica, os dois mais importantes fatores de risco para ulceração dos pés (Ochoa-vigo; Pace, 2005; McCulloch, 2012).

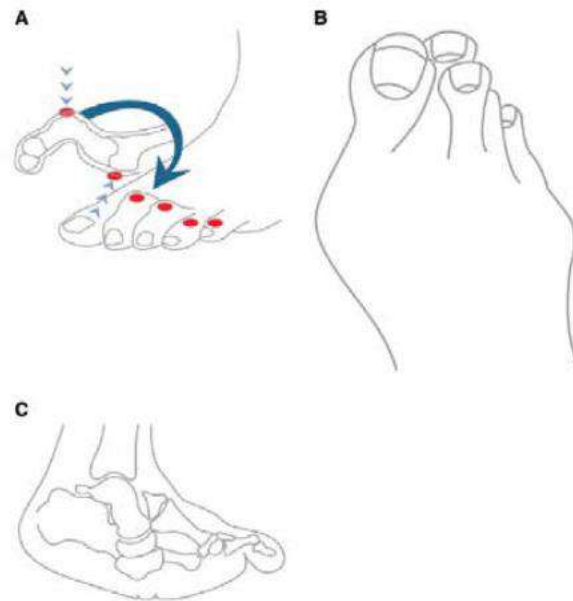
A avaliação dos pés da pessoa com DM – assim como o cuidado integral do indivíduo – deve ser periódico. O objetivo dessa avaliação periódica é a detecção precoce de alterações que confirmam um risco aumentado para o desenvolvimento de úlceras e outras complicações do Pé Diabético, levando, assim, ao cuidado/tratamento oportuno das alterações (Brasil, 2016).

O exame clínico dos pés deve ser abrangente, capaz de identificar as diversas alterações que elevam o risco de desenvolvimento de úlceras. Dessa maneira, durante o exame físico, deve-se sempre avaliar (Boulton *et al.*, 2008, Brasil, 2016):

Anatomia do pé

A neuropatia diabética predispõe às deformidades nos pés, com aumento das proeminências dos metatarsos, dedos em garra, dedos em martelo, joanetes e perda do arco plantar, também chamada de Artropatia de Charcot.

Figura 2. Deformidades anatômicas do pé diabético.



Fonte: Boulton et al., 2008.

Hidratação

O profissional deve avaliar a hidratação dos pés. Na presença de neuropatia diabética, os pés frequentemente encontram-se com a pele ressecada (xerodermia), o que predispõe às fissuras e às ulcerações.

Coloração, temperatura, distribuição dos pelos

Anormalidades da coloração da pele (pele pálida, avermelhada, azulada ou arroxçada), pele fria e rarefação de pelos são sinais de insuficiência arterial e devem ser complementados com o exame da palpação dos pulsos.

Integridade de unhas e pele

- Atrofia de pele e/ou unhas (pele e/ou unhas quebradiças) pode ser um sinal de insuficiência arterial, devendo ser correlacionada com os demais sinais e sintomas característicos do quadro;
- Lesões esfoliativas, úmidas nos espaços interdigitais habitualmente (mas não obrigatoriamente) pruriginosas podem ser encontradas, indicativas de dermatofitose (tinea pedis ou micose superficial). Podem também ocorrer em outras localizações dos

pés. São, frequentemente, porta de entrada para infecção bacteriana, devendo sempre ser buscadas e tratadas;

- Distrofias ungueais (alterações do aspecto, da forma, da cor e/ou da espessura da unha, com ou sem perda da integridade) devem levantar suspeita de onicomicose, idealmente devendo ser confirmada por raspado ungueal, sempre que disponível. São mais frequentes em pessoas com diabetes. Deve-se fazer diagnóstico diferencial com espessamento ungueal;
- O corte das unhas deve ser avaliado quanto a sua técnica. Elas devem ser cortadas sempre retas. O corte inadequado pode predispor um quadro de unha encravada;
- Calosidades (espessamento epidérmico causado por traumatismos locais recorrentes) são mais comuns em áreas de alta pressão na região plantar. São frequentemente predispostos por uso de calçado inadequado.

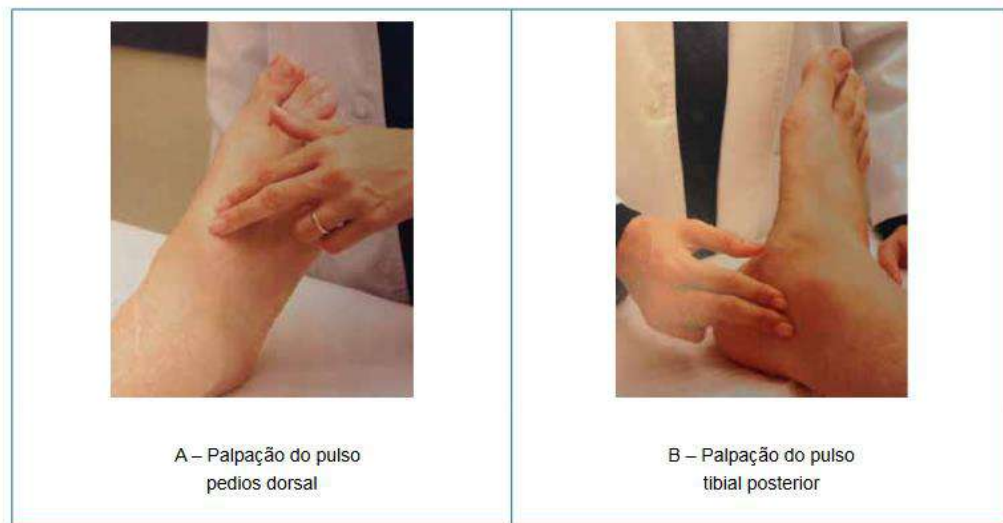
Avaliação Neurológica

- Compreende a avaliação da sensibilidade (tátil, dolorosa-térmica e vibratória), a avaliação de reflexos tendíneos e a avaliação da função motora;
- Tem como objetivo principal a identificação da perda da sensibilidade protetora dos pés, para classificação de risco e prevenção de complicações;
- Os testes que se mostraram mais úteis para a pesquisa de neuropatia periférica no contexto do Pé Diabético foram as avaliações de sensibilidade tátil com monofilamento e vibratória (Mcculloch, 2012).

Avaliação Vascular

- O exame físico do componente vascular deve contemplar, no mínimo, a palpação dos pulsos pediosos e tibiais posteriores (ADA, 2013);
- Os achados da palpação vascular devem ser correlacionados com os achados gerais na avaliação de pele (coloração, temperatura, distribuição dos pelos) e unhas (trofismo);
- Caso o exame clínico levante a suspeita de vasculopatia (por exemplo, pulsos diminuídos ou não palpáveis) e não consiga se palpar os pulsos, deve-se encaminhar o paciente para avaliação vascular complementar.

Figura 3. Técnica palpatória para identificação das artérias.



Fonte: Makadisse, 2004.

Isquemia crítica de membro

A isquemia crítica de membro é uma urgência médica, com elevado risco de perda da viabilidade do membro. Os seis sinais clássicos de isquemia aguda de membro são dor, paralisia, parestesia, ausência de pulso, paralisia por frio e palidez. Deve-se suspeitar de isquemia crítica de membro com os seguintes sintomas (Paraskevas, 2015):

- Dor na perna em repouso;
- Gangrena;
- Feridas/úlceras que não cicatrizam no pé;
- Atrofia muscular;
- Rubor dependente;
- Palidez quando a perna é elevada;
- Perda de pelos sobre o dorso do pé;
- Unhas do hálux espessadas;
- Pele brilhante/descamativa.

Avaliação de sinais de insuficiência venosa

A insuficiência venosa não faz parte do espectro das alterações associadas ao pé diabético; porém, é uma comorbidade frequente em pessoas com diabetes e predispõe a ulcerações. Manifesta-se com edema, hiperpigmentação da pele, dermatolipoesclerose (fibrose e atrofia do tecido subcutâneo e da pele), eczema ou úlcera venosa (Pereira *et al.*, 2013).

UNILEÃO.EDU.BR

O edema pode comprometer a cicatrização das úlceras, sendo necessário tratá-lo com terapia compressiva, geralmente meias elásticas de média compressão (Lipsky *et al.*, 2012).

Avaliação de feridas

As úlceras podem ser classificadas em úlceras agudas (secundárias à abrasão dérmica) ou crônicas (consequência do aumento da pressão sobre pontos específicos), arteriais (resultante de um quadro de insuficiência arterial periférica) ou venosas (causadas por insuficiência venosa periférica).

Sempre que presente, a ferida deve ser avaliada quanto à(ao):

- Localização anatômica;
- Tamanho: área (cm²)/diâmetro (cm)/profundidade (cm), observando se há exposição de estruturas profundas, como estruturas ósseas e tendões;
- Tipo/quantidade de tecido: granulação, epitelização, desvitalizado ou inviável: esfacelo e necrose;
- Exsudato: quantidade, aspecto, odor;
- Bordas/margens: aderida, perfundida, macerada, descolada, fibrótica, hiperqueratótica, outros;
- Pele perilesional: edema, coloração, temperatura, endurecimento, flutuação, crepitação, descamação, outros;
- Infecção: presença de sinais sugestivos de infecção concomitante.

Figura 4. Periodicidade recomendada para avaliação dos pés da pessoa com dm, segundo classificação de risco do pé diabético.

Categoria de risco	Periodicidade de acompanhamento recomendada
0	Anual, preferencialmente com médico ou enfermeiro da AB.
1	A cada 3 a 6 meses, com médico ou enfermeiro da AB.
2	A cada 2 a 3 meses, com médico e/ou enfermeiro da AB. Avaliar necessidade de encaminhamento para outro ponto de atenção.
3	A cada 1 a 2 meses, com médico e/ou enfermeiro da AB, ou equipe especializada.

Fonte: Boulton *et al.*, 2008; Brasil, 2013.

4.3 DIAGNÓSTICOS (INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES) (AVALIAÇÃO)

- Estabelecer diagnósticos de enfermagem conforme condição clínica da paciente utilizando como referência a Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA).

Principais diagnósticos de enfermagem encontrados:

- Risco de integridade da pele prejudicada;
- Risco de úlcera de pé diabético;
- Integridade da pele prejudicada;
- Úlcera diabética;
- Edema periférico;
- Mobilidade prejudicada.

OBS: outros diagnósticos poderão ser traçados de acordo com o quadro clínico de cada paciente.

Problemas e/ou condições avaliados neste atendimento (CIAP2)	
Código	Motivo da consulta
K22	Fator de risco de doença cardiovascular
T83	Excesso de peso
T87	Hipoglicemia
T89	Diabetes insulínica
T90	Diabetes não insulínica
T99	Doenças endócrinas / metabólicas / nutricionais, outras

4.4 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (PLANO)

Realização das ações ou intervenções necessárias mediante condição de saúde do paciente e diagnósticos apresentados:

- Pactuar metas para as práticas de autocuidado;
- Incentivar comportamentos para autocuidado;
- Encorajar atitudes positivas;

UNILEAO.EDU.BR

- Encorajar repouso, descanso, lazer e atividade física;
- Orientar sobre autocuidado com a pele e os pés;
- Orientar sobre hidratação diária após o banho, da pele e dos pés;
- Avaliar a presença de dor, edema, coloração da pele, hiperpigmentação, eczema de estase em MMII.
- Avaliar sinais e sintomas de comprometimento arterial;
- Orientar sobre a inspeção dos pés diariamente e para a presença de lesões pré-ulcerativas: calos, calosidade, bolhas, hematomas, unhas encravadas (onicocriptose), micoses interdigitais;
- Identificar as causas desencadeantes do edema;
- Realizar avaliação abrangente da circulação periférica (verificar pulsos, edema, enchimento capilar cor e temperatura da extremidade);
- Orientar sobre calçados adequados.

4.5 REGISTRO

O uso do SOAP permite o correto registro e implementação do **processo de Enfermagem (PE)**.

ETAPAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM			
	ETAPA	SOAP	PE
S	Subjetivo	Informações colhidas na entrevista sobre o motivo da consulta/problema/necessidade	Histórico de Enfermagem (entrevista)
O	Objetivo	Dados do exame físico, laboratoriais e complementares	Histórico de Enfermagem (exame físico)
A	Avaliação	Avaliação dos problemas	Diagnóstico de Enfermagem Planejamento de Enfermagem Avaliação de Enfermagem
P	Plano	Plano de cuidados / conduta	Implementação Intervenções de Enfermagem

Fonte: Adaptado COREN-SC, 2020

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. ADA. **Standards of medical care in diabetes**—2013. Diabetes care, v. 36, p. S11, 2013. Suppl 1.

BOULTON, A. J. M. et al. **Comprehensive foot examination and risk assessment**: a report of the Task Force of the Foot Care Interest Group of the American Diabetes Association, with endorsement by the American Association of Clinical Endocrinologists. Diabetes Care, New York, v. 31, n. 8, 2008. Disponível em: care.diabetesjournals.org/content/31/8/1679.full.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético**: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN-SC). **Protocolo de Enfermagem Volume 1. Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares**. Florianópolis, 2020. 57 p. Disponível em: https://wiki.smsbrusque.sc.gov.br/images/0/00/PROTOCOLO-ENFERMAGEM-VOLUME-1-COREN_atualizado.pdf. Acesso em: 07 de dezembro de 2023.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2006, pp. 158-62.
INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF **Diabetes Atlas**. 9 ed. Brussels, Belgium. 2019. Disponível em <https://www.diabetesatlas.org>.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. The Diabetes Atlas. 3 rd ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2006. Disponível em: <http://www.diabetesatlas.org/content/global-burden>.

LIPSKY, B. A. et al. Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections. **Clinical Infectious Diseases**, v. 54, n. 12, p.132-173, 2012.

MAKADISSE, M. **Índice tornozelo-braquial**: importância e uso na prática clínica. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MCCULLOCH, D. K. **Evaluation of the diabetic foot**. In: NATHAN, D. M.; MULDER, J. E. (Ed.). UpToDate. Waltham, MA, 2012. Literature review current through.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I**: definições e classificação 2021-2023. Tradução de Regina Machado Garcez. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

NATIONAL HEALTH SERVICE – Diabetes, 2022. Disponível em:
<https://www.nhs.uk/conditions/diabetes/> Acesso em: 28/12/2023.

PARASKEVAS, K. I. **Doença vascular periférica**. BMJ Best Practice. Disponível em:
<<http://bestpractice.bmj.com>>.

PARISI, M. C. R. **Úlceras no pé diabético**. In: JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo, Atheneu, 2003. p. 279-286.

PEREIRA, A. H.; PEREIRA, A. A. **Doenças venosas dos membros inferiores**. In: DUNCAN, B. B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.