

ATENÇÃO À DEMANDA ESPONTÂNEA DE CUIDADOS NO ADULTO

Florianópolis, dezembro de 2016.
(atualizado em setembro de 2017).

Versão 1



Foto: Sônia

www.corensc.gov.br



facebook.com/corenSC



twitter.com/Corensc



instagram.com/corensc

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

VOLUME 4

Atualizado em setembro de 2017

ATENÇÃO À DEMANDA ESPONTÂNEA DE CUIDADOS NO ADULTO

COLABORAÇÃO

Elizimara Ferreira Siqueira

DIAGRAMAÇÃO

Karen Nascimento Ramos

Florianópolis, abril de 2018

Versão 1

Prefeito

Gean Marques Loureiro

Vice-Prefeito

João Batista Nunes

Secretário de Saúde

Carlos Alberto Justo da Silva

Secretário Adjunto

Sandro José Andretti

Diretor de Atenção à Saúde

NulvioLermen Junior

Gerente de Atenção Primária

Sandra Regina da Costa

Responsável Técnica de Enfermagem e Coordenadora da Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE)

Elizimara Ferreira Siqueira

Autores

Vinícius Paim Brasil

Lucas Alexandre Pedebos

João Marcos Emerenciano

Fernanda de Conto

Juliana Weber

Guilherme MortariBelaver

Stella Pfitzenreuter

Colaboradores

Alessandra De Quadra

Esmeraldino

Ana Carolina Severino Da Silva

Anna Carolina Ribeiro Lopes

Rodrigues

Ana Cristina Magalhães

Fernandes Báfica

Caren Cristina Wiles Della Méa
da Fonseca

Carmen Ruggi Bonfim Santoro

Cilene Fernandes Soares

EdlaZwiener González

Fernanda Paese

Gisele Magnabosco

Ingrid Valeria Veronez

Izabel Cristina

MartendalConrat

JadsonJovaert Mota Kreis

Julia Maria De Souza

Juliana Cipriano Braga Silva

Karina Mendes Garcia

Laura Denise Reboa Castillo
Lacerda

Milena Pereira

Missouri Helena Bizarro

Komatu Paixão

Priscilla Cibele Tramontina

Renata Da Rosa

TurattiFetzner

Tatiana Vieira Fraga

Solange Alberti Andrzejewski



GESTÃO PARTICIPAÇÃO 2018-2020

DIRETORIA

Presidente

Enf. Msc. Helga Regina Bresciani – Coren/SC 29.525

Secretária

Enf. Daniella Regina Farinella Jora – Coren/SC 118510

Tesoureira

Téc. de Enf. Alessandra Junkes Coutinho – Coren/SC 183.306-TE

Membros Efetivos

Enf. Esp. Elizimara Ferreira Siqueira – Coren/SC 82888
Enf. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos – Coren/SC 9406
Enf. Msc. Helga Regina Bresciani – Coren/SC 29525
Enf. Msc. Ioná Vieira Bez Birolo – Coren/SC 58205
Enf. Daniella Regina Farinella Jora – Coren/SC 118510
Téc. de Enf. Alessandra Junkes Coutinho – Coren/SC 183306
Téc. de Enf. Míssia Mesquita Páscoa – Coren/SC 139423
Téc. de Enf. Priscila Rodrigues da Cunha – Coren/SC 575913
Aux. de Enf. Rosângela Borges da Silva – Coren/SC 586762

Membros Suplentes

Enf. Esp. Ana Paula da Silva Maciel – Coren/SC 201279
Enf. Dayane Carla Borille – Coren/SC 86248
Enf. Msc. Jerry Schmitz – Coren/SC 80977
Enf. Esp. Lais Concellos – Coren/SC 75136
Enf. Ediane Bergamin – Coren/SC 148765
Téc. de Enf. Daniela Maçaneiro – Coren/SC 119636
Téc. de Enf. Eliana Maria Kraeul Quintino – Coren/SC 87230
Téc. de Enf. Felipe da Rosa Pedro – Coren/SC 680401
Téc. de Enf. Vilmar Wanderet – Coren/SC 319008

COMISSÃO DE ÉTICA DO COREN/SC

Membros Efetivos

Maria do Carmo Vicensi - Coren/SC 61.288 - Coordenadora
Giana Marlize Boeira Poetini - Coren/SC 104.054
Maristela Jeci dos Santos - Coren/SC 58.528
Bernadette Kreutz Erdtmann - Coren/SC 62.472
Elizandra Faria Andrade - Coren/SC 83.641

APRESENTAÇÃO

A atenção primária em saúde (APS) é um ambiente complexo de cuidado e caracterizado por ser o espaço preferencial do primeiro contato do usuário com a rede assistencial de saúde. No Brasil a assistência à saúde nesse ambiente é realizada prioritariamente pela Estratégia de Saúde da Família, uma composição de equipe que visa organizar o serviço de modo a fornecer atendimento resolutivo à maior parte das pessoas.

Para tal, o atendimento à demanda espontânea é peça fundamental da organização da unidade de saúde, sendo que para devida efetivação desta deve haver envolvimento de todos os profissionais. Nesse sentido, é fundamental que a equipe de enfermagem esteja devidamente sensibilizada e capacitada para o atendimento e encaminhamento das morbidades mais comuns, bem como identificação de sinais de alerta que possam indicar uma situação potencialmente grave. Todos os capítulos deste protocolo se referem ao adulto legal, ou seja, com idade maior ou igual a 18 anos de idade.

Foi buscando auxiliar as condutas da equipe de saúde, em especial a equipe de enfermagem, que a Comissão Permanente para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE) construiu esse protocolo. Além disso, pretendemos com esta publicação validar a prática de enfermagem sobre os temas aqui abordados através de um guia simples e prático, para consulta do profissional de enfermagem no tocante a identificação de morbidades, prescrição de medicamentos e solicitação de exames referentes às condições descritas. Para um detalhamento sobre o assunto, indicamos a referência de livros texto ou os Cadernos de Atenção Básica (publicação do Ministério da Saúde), que descrevem de maneira mais aprofundada essas questões.

Para efeitos legais, este documento está em acordo com a Lei Federal nº 7.498/1986 (regulamentação do exercício da enfermagem) e com a Resolução COFEN 195/1997 (solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro), sendo válido como protocolo institucional.

Carlos Alberto Justo da Silva
Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis

Helga Regina Bresciani
Presidente do Coren/SC

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	21
LISTA DE FLUXOGRAMAS	22
1 – INTERCONSULTA	8
2 – DOR DE OUVIDO	10
3 – FEBRE	15
4 – CEFALÉIA /DOR DE CABEÇA	16
5 – DIARRÉIA	20
6 – NÁUSEAS E VÔMITOS	22
7 – DOR DE GARGANTA	24
8 – AZIA (PIROSE)	26
9 – CONSTIPAÇÃO INTESTINAL	28
10 – PARASITOSE INTESTINAL/VERMINOSE	29
11 – DOR LOMBAR/DOR NAS COSTAS	31
12 – RESFRIADO COMUM	33
13 – OLHO VERMELHO	35
14 – PROBLEMAS DA PELE MAIS COMUNS NO ADULTO NA APS	37
15 – PROBLEMAS DA BOCA MAIS COMUNS NO ADULTO NA APS	44
16 - ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NAS SITUAÇÕES DE DEMANDAS DA SAÚDE MENTAL.	46
16.1- Risco de Suicídio	46
16.2- Intoxicação alcoólica aguda	49
16.3 – Síndrome de abstinência do álcool (SAA)	50
16.4- Contenção mecânica do paciente	53
REFERÊNCIAS	55
ANEXO I – Alongamento	58
ANEXO II – Postura e mudanças de estilo de vida	59

<i>ANEXO III – Manejo Clínico em paciente com suspeita de Influenza/Síndrome Respiratória Aguda Grave</i>	60
<i>ANEXO IV – Etiqueta da Tosse</i>	61
<i>ANEXO V – Escalas para mensuração da dor</i>	62
<i>ANEXO VI – Escalas de Coma de Glasgow</i>	63
CONTROLE DE ALTERAÇÕES	64

LISTA DE QUADROS

<i>Quadro 2.1 – Problemas mais comuns que geram dor de ouvido</i>	11
<i>Quadro 3.1– Conduas de Enfermagem na presença de febre</i>	15
<i>Quadro 4.1 – Sinais de alerta do paciente com queixa de cefaléia</i>	17
<i>Quadro 4.2 – Cuidados da equipe de Enfermagem relacionados a dor de cabeça</i>	18
<i>Quadro 5.1 – Classificação da diarreia segundo a duração dos sintomas</i>	20
<i>Quadro 5.2 – Cuidados da equipe de enfermagem ao paciente com diarreia</i>	21
<i>Quadro 5.3 – Graus de desidratação</i>	21
<i>Quadro 6.1 – Conduas de enfermagem frente ao quadro de náuseas e vômitos</i>	22
<i>Quadro 7.1 – Conduas de enfermagem frente ao quadro de dor de garganta</i>	24
<i>Quadro 8.1 – Conduas de enfermagem frente aos sintomas de azia/pirose</i>	26
<i>Quadro 9.1 – Conduas de enfermagem na queixa de constipação intestinal</i>	28
<i>Quadro 9.2 – Sinais de alerta no quadro de constipação intestinal</i>	28
<i>Quadro 10.1 – Conduta de enfermagem na parasitose intestinal</i>	29
<i>Quadro 11.1 – Conduas de enfermagem frente a queixas de dor lombar.</i>	31
<i>Quadro 12.1 – Conduas de enfermagem frente a queixas de resfriado comum</i>	33
<i>Quadro 13.1 – Conduas de enfermagem frente a queixas de olho vermelho/conjuntivite</i>	35
<i>Quadro 14.1 – Problemas de pele mais comuns na APS e condutas de enfermagem.</i>	38
<i>Quadro 15.1 – Problemas de boca mais comuns na APS e condutas de enfermagem.</i>	44
<i>Quadro 16.1- Fatores a serem observados na avaliação do quadro de ideação suicida</i>	46
<i>Quadro 16.2 – Conduas básicas em relação ao suicídio.</i>	47
<i>Quadro 16.3 – Risco de suicídio: Identificação, avaliação e plano de ação</i>	48
<i>Quadro 16.4 - Conduas da Enfermagem frente ao quadro de intoxicação aguda por álcool.</i>	49
<i>Quadro 16.5 – Escala CIWA-Ar</i>	51
<i>Quadro 16.6 - Conduas básicas de Enfermagem frente ao quadro de SAA nível I</i>	53

LISTA DE FLUXOGRAMAS

FLUXOGRAMA 2.1 – DIMINUIÇÃO DA ACUIDADE AUDITIVA	13
FLUXOGRAMA 3.1 – FEBRE EM ADULTOS	16
FLUXOGRAMA 4.1 – CEFALÉIA/DOR DE CABEÇA	19
FLUXOGRAMA 6.1 – DIARREIA, NÁUSEA E VÔMTOS	23
FLUXOGRAMA 7.1 – DOR DE GARGANTA EM ADULTOS	25
FLUXOGRAMA 8.1 – CONDUTAS FRENTE À QUEIXA DE AZIA/PIROSE	27
FLUXOGRAMA 10.1 – PARASITOSE INTESTINAL/VERMINOSE	30
FLUXOGRAMA 11.1 – DOR NAS COSTAS	32
FLUXOGRAMA 12.1 – MANEJO DE RESFRIADO	34
FLUXOGRAMA 13.1 – OLHO VERMELHO	36

1 – INTERCONSULTA

A interconsulta atualmente se traduz como uma ferramenta de extrema importância no cotidiano das equipes de saúde de família, a qual além do aspecto de aprendizado conjunto serve para promover uma maior integração das equipes, contribuindo de maneira sistemática na ampliação do acesso e melhoria do cuidado continuado da população do território.

Neste sentido Mello et al (2005)²⁵, expõe na citação abaixo a maneira como esta ferramenta contribui no dia a dia de trabalho dos profissionais de saúde:

“uma ação de saúde interprofissional e interdisciplinar que tem por objetivo integrar e promover a troca de saberes de diferentes atores que atuam nos serviços de saúde, visando o aprimoramento da tarefa assistencial. Faz-se por meio de pedido de parecer, discussão de caso e consulta conjunta (2005, p. 148).²⁵”

Diante disto e tendo esta ferramenta um uso cada vez mais rotineiro, tanto nas equipes do município de Florianópolis como em outras localidades do Brasil, a dificuldade de encontrar maior referencial teórico específico para atenção primária de certa forma impõe algumas limitações acerca de conceituar a mesma.

Conforme Duncan (2006), o qual relata que a interconsulta é a interação de três atores: paciente, consultor e consultante; no qual o exemplo abaixo ilustra o dia a dia do trabalho na atenção primária, onde o enfermeiro procura o médico da equipe a fim de elaborarem em conjunto um plano terapêutico, o qual promoverá o crescimento e a troca de saberes, sempre em benefício da figura central, que neste caso é a pessoa.

Assim sendo, a citação deste autor expõe como exemplo a seguinte situação:

“Um enfermeiro, ao realizar a puericultura de uma criança, pode criar um vínculo tão estreito com a família que todo o aconselhamento passa a ser prestado por ele. Mesmo em situações graves, de doenças agudas, é a ele que a família recorre. O enfermeiro pode discutir a situação com um clínico e, se for necessário, um exame físico pode ser realizado. Depois disso, uma conduta pode ser planejada em conjunto e o tratamento acompanhado pelo enfermeiro.” (Duncan/2006, pág. 104)²⁶

Esse exemplo é bem a prática vivenciada pela equipe de enfermagem, principalmente em unidades as quais o trabalho compartilhado e a corresponsabilização de todos os membros é o principal objetivo.

Esta forma de trabalho reafirma a capacidade técnica dos membros da equipe de saúde, neste caso principalmente o enfermeiro, conforme orienta a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2011)²⁷ através dos artigos abaixo, principalmente através das palavras destacadas:

VI - participar do **acolhimento dos usuários** realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (**classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos**) e **identificação das necessidades** de intervenções de cuidado, proporcionando

atendimento humanizado, **se responsabilizando pela continuidade da atenção** e viabilizando o estabelecimento do **vínculo**;

XIII - realizar **trabalho interdisciplinar** e **em equipe**, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

Além da questão levantada na citação anterior, e fortalecendo a interconsulta como ferramenta de efetivação do trabalho no cotidiano das equipes de saúde, mais recentemente a Política Municipal de Atenção Primária a Saúde (PMAPS-Florianópolis/2016) reconheceu a mesma como importante ferramenta para a oferta assistencial, onde no seu artigo 14 parágrafo III expõe que a mesma é: “consulta individual com a **discussão presencial** ou **remota** do caso entre profissionais de saúde em **atuação complementar** de seus núcleos de categoria e com **responsabilização compartilhada** dentro dos princípios ético-legais de cada categoria.”

Assim, enfermeiro e técnico de enfermagem atuam nesta forma de trabalho nos respectivos conceitos desta ferramenta, conforme as prerrogativas ético-legais da profissão, reiterando a supervisão do enfermeiro também nesse processo de trabalho.

Sendo assim, a Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, instituída pela portaria nº 75/2015, acredita que a forma que a interconsulta é realizada, dentro dos expostos acima e com respeito aos aspectos éticos e legais da prática da enfermagem deve ser encorajada, fortalecendo o Processo de Enfermagem na instituição, respeitando sempre as especificidades do trabalho médico, e acima de tudo valorizando o trabalho em equipe.

2 – DOR DE OUVIDO

As queixas otológicas são uma das causas mais frequentes de busca de atendimento pelos serviços de atenção primária a saúde, constituindo um importante indicador na avaliação da efetividade destes serviços, principalmente no que se refere a prevenção de internações hospitalares por estas causas. As causas de otalgia primária mais comuns na prática clínica do enfermeiro são: otite externa (OE), otite média aguda (OMA) e a otite média crônica, as quais serão melhor descritas abaixo.^{2,4,6}

Neste sentido o exame físico através da inspeção externa, palpação auricular (tragus) e a realização da otoscopia constituem-se no principal mecanismo de avaliação e apontamento de problemas do ouvido, o que vai indicar a necessidade de uma intervenção médica ou de enfermagem imediatas.

Abaixo expõe-se a foto de uma otoscopia com achado normal durante o exame.

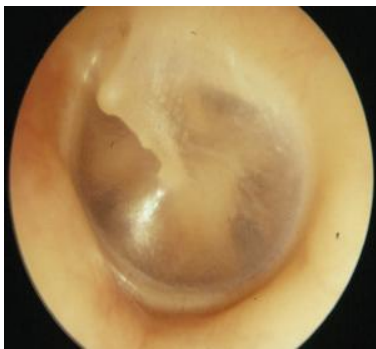
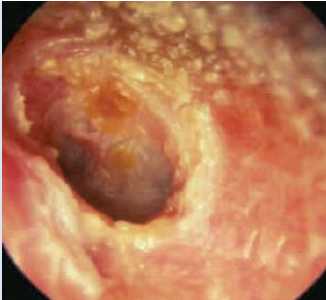
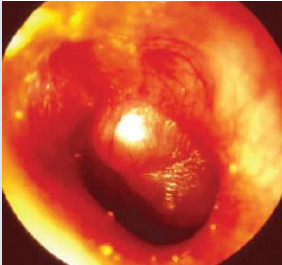
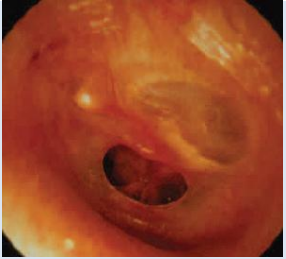



Foto: PACK Florianópolis/2016

A seguir se observa alguns sintomas e fotos sobre aspectos clínicos observáveis na anamnese e exame físico durante a prática do enfermeiro, nas quais a alterações otológicas estão presentes.

Quadro 2.1 – Problemas mais comuns que geram dor de ouvido¹⁵

Problema	Sinais e sintomas	Exame físico	Tratamento	Foto**
Otite externa	Dor e/ou prurido no ouvido, geralmente sem febre.	Aumento da dor a mobilização do pavilhão auricular e palpação do tragus. Otoscopia: Edema e hiperemia do conduto auditivo, podendo ocorrer secreção purulenta secundária. Caso não haja integridade da membrana timpânica, encaminhar para avaliação médica.	-Evitar o uso de cotonetes; -Manter o local seco; -Solução de ácido acético* 5%, 5 gotas 8/8 horas por 7 dias. -Se dor: Paracetamol 500-1000 mg ou dipirona 500-1000 mg de 6/6 horas se dor. -Se não houver melhora ou se paciente imunossuprimido, discuta com médico da equipe a necessidade de Antibioticoterapia conforme PACK pág.27. ¹⁵	 Fonte: Pack Florianópolis 2016.
Otite média aguda (menos de 2 semanas)	Dor de ouvido de leve a muito intensa com início súbito. A febre pode ocorrer em alguns casos. Otorreia supurativa	Otoscopia: Opacificação, Hiperemia (vermelhidão) e/ou abaulamento timpânico.	-Manter local seco e cuidados; -Solicitar avaliação médica em conjunto; -Em alguns casos pode ser necessário uso de antibioticoterapia. Encaminhar com urgência se: edema doloroso retroauricular e/ou rigidez de nuca/meningismo.	 Fonte: Pack Florianópolis 2016.

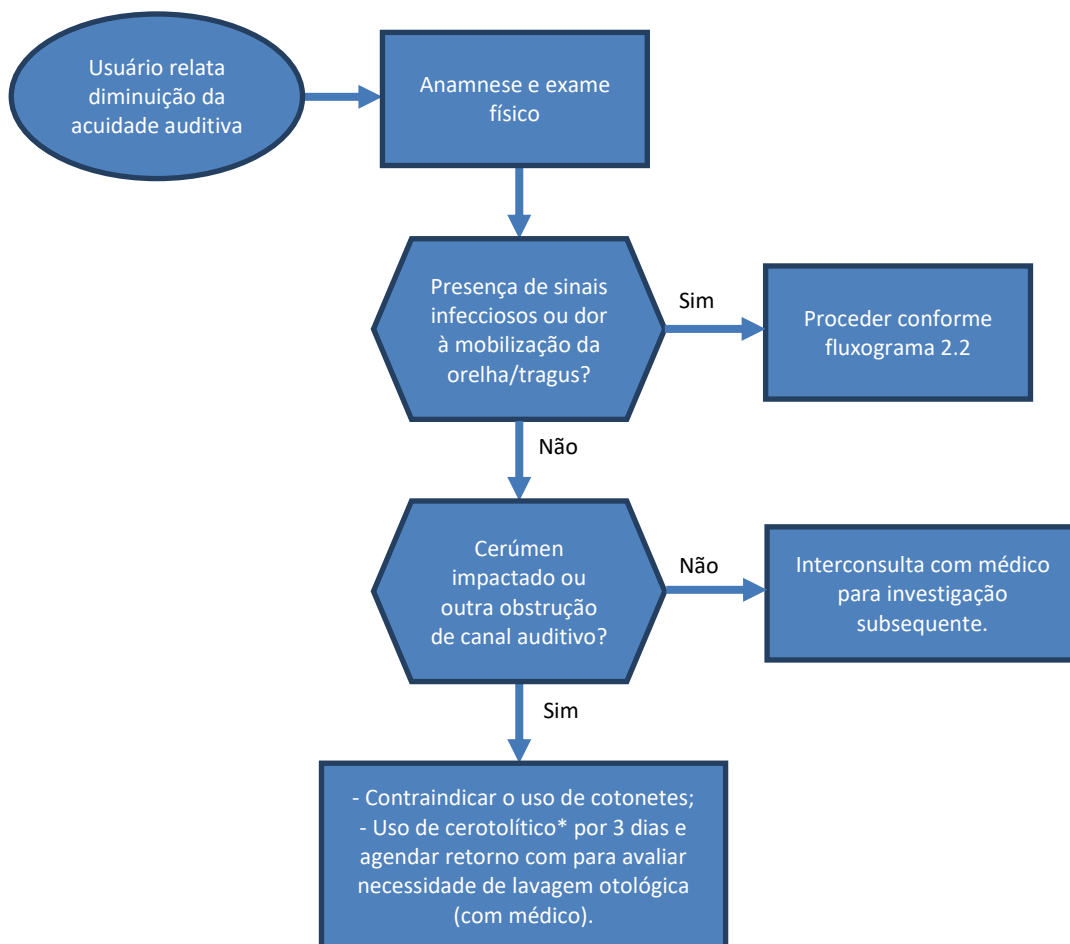
<p>Otite média crônica (mais de 2 semanas)</p>	<p>Otorreia supurativa, podendo ter mal cheiro; Pode ocorrer perda auditiva.</p>	<p>Otoscoopia: Perfuração da membrana timpânica e secreção.</p>	<p>-Manter o local seco, (o ouvido pode se recuperar apenas se estiver seco); -Evitar o uso de cotonetes; -Avaliação conjunta ou interconsulta médica se necessário. -Encaminhar novamente ao médico se não houver melhora após tratamento, presença de secreção malcheirosa; Encaminhar com urgência se: edema doloroso retroauricular e/ou rigidez de nuca/meningismo</p>	 <p>Fonte: Pack Florianópolis 2016.</p>
<p>Cerúmen impactado</p>	<p>Congestão (sensação de ouvido tapado/diminuição auditiva)</p>	<p>Otoscoopia: presença de rolha de cerúmen.</p>	<p>-Evitar o uso de cotonetes -Uso de ceratolítico (interconsulta médica/prescrição médica) ou uso de óleo mineral/óleo de oliva (prescrição do enfermeiro), 5 gotas 2-3x/dia por 3 dias; -Agendar retorno em 3 dias para reavaliação e necessidade de lavagem otológica (SF 0.9% morno-procedimento médico)</p>	 <p>Fonte: Pack Florianópolis 2016.</p>

*Solução de ácido acético: diluir duas partes de vinagre em oito partes de álcool etílico.

**Primeira escolha conforme PACK/2016¹⁶.

FLUXOGRAMA 2.1 – DIMINUIÇÃO DA ACUIDADE AUDITIVA

As condutas descritas nesse fluxograma devem ser interpretadas em conjunto com os achados no exame físico e descrições constantes no quadro 2.1.



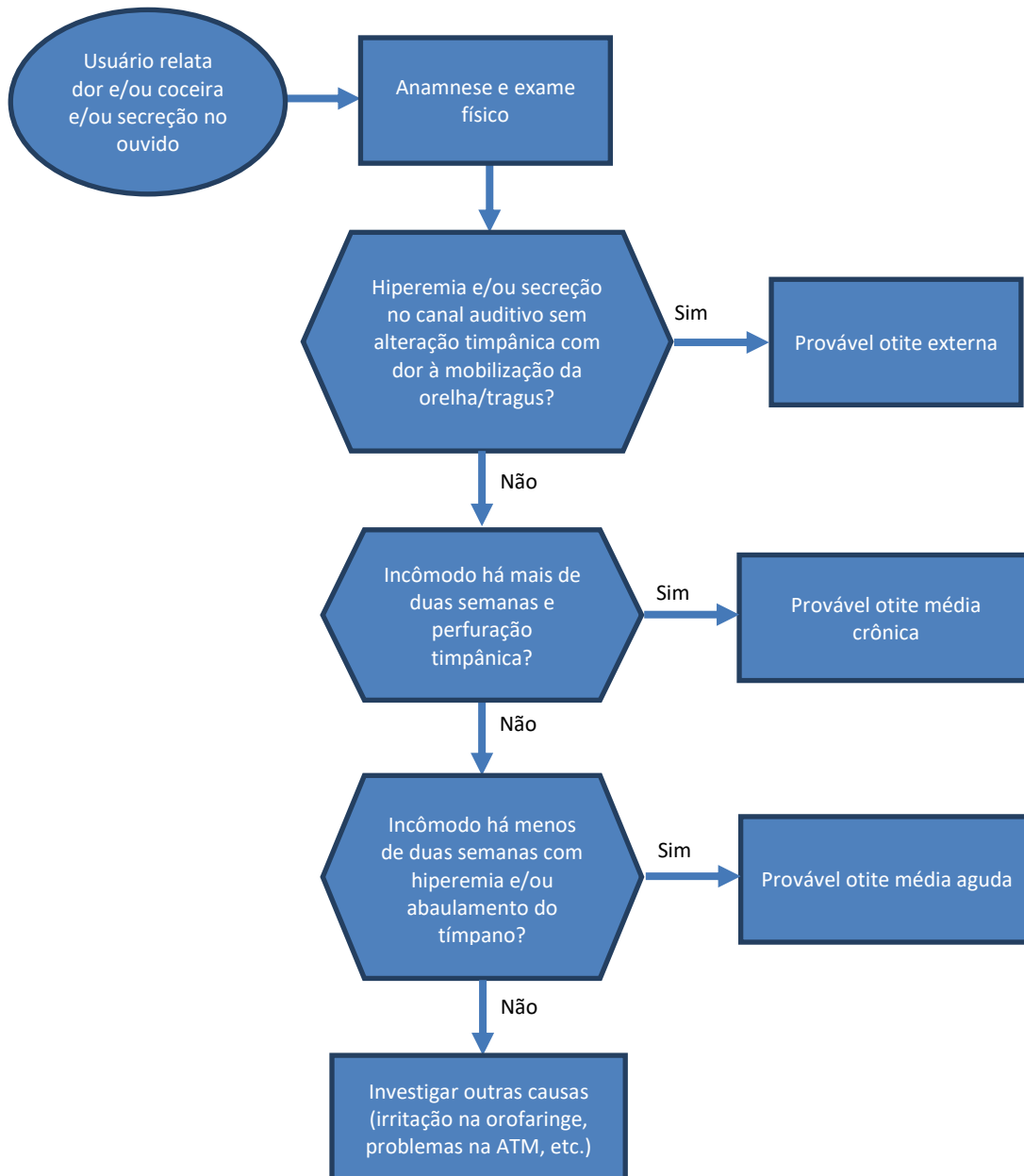
*O enfermeiro poderá prescrever como ceratolítico óleo mineral ou óleo de oliva, sendo utilizado 5 gotas em cada conduto auditivo prejudicado, de 2 a 3 vezes por dia por 3 dias.

Sinais de gravidade (atendimento médico imediato):

- Febre;
- Edema doloroso pós-auricular (mastoidite);
- Sinais de rigidez de nuca/meningismo;
- Suspeita de trauma de ouvido interno (otorragia).

FLUXOGRAMA 2.2 - Dor de ouvido e/ou coceira e/ou secreção no ouvido (adaptado de PACK Florianópolis/2016)

As condutas descritas nesse fluxograma devem ser interpretadas em conjunto com os achados no exame físico e descrições constantes no quadro 2.1.



Sinais de gravidade (atendimento médico imediato):

- Febre;
- Edema doloroso pós-auricular (mastoidite);
- Sinais de rigidez de nuca/meningismo;
- Suspeita de trauma de ouvido interno (otorragia).

3 – FEBRE^{2,8,11,13,15}

Febre é a elevação da temperatura corporal que pode ser causada por doença, alteração hormonal, ou ingestão de substâncias pirogênicas. A temperatura do nosso corpo é em torno de 36,7°C e considera-se febre em adultos quando acima de 37,7°C. A febre é um sinal que nunca deve ser avaliado separadamente, já que se constitui de um achado inespecífico.⁸

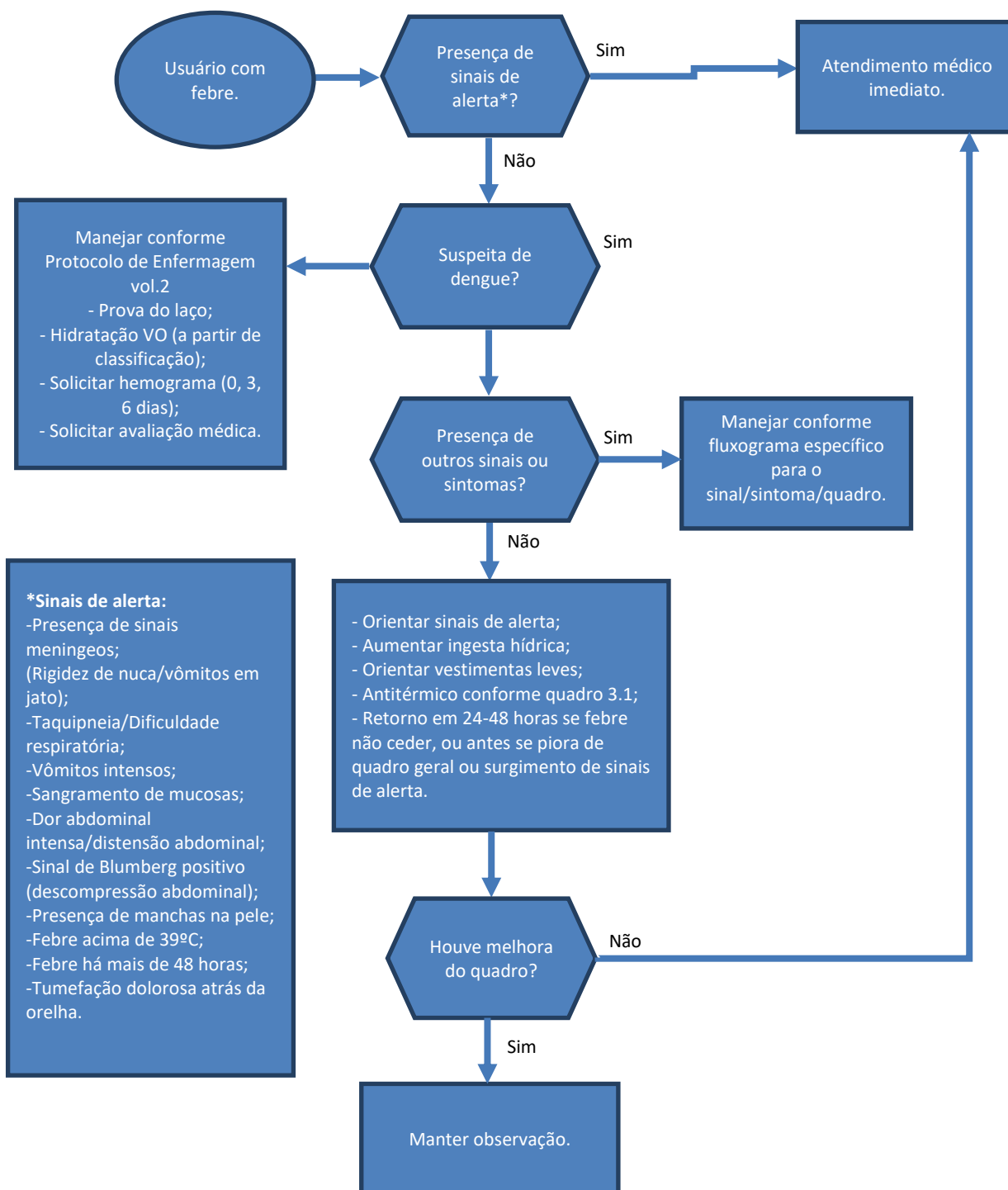
Sinais de alerta para a febre incluem convulsões, letargia ou inconsciência; cefaléia com rigidez de nuca; vômito em jato; tosse com guincho; petéquias ou equimoses; dor abdominal intensa ou de início súbito; tiragem subcostal ou batimento das asas do nariz ou afundamento retroesternal ou de fúrcula (c/ ou s/ cianose); dor de garganta com pontos necróticos ou quantidade numerosa de placas; dor de ouvido c/ tumefação dolorosa ao toque atrás da orelha; sinal de Blumberg ou de Giordano positivos, dentre muitos outros. Sendo um achado inespecífico, a investigação clínica tradicional busca outros sinais/sintomas que possa indicar a origem da febre, normalmente envolvendo agentes infecciosos.^{2,8,11,13,15}

As condutas de enfermagem estão especificadas no quadro a seguir.

Quadro 3.1– Condutas de Enfermagem na presença de febre

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Condutas não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sinais de alerta • Aumentar ingestão hídrica • Orientar vestimentas leves • Retorno em 24 horas caso a febre não ceder. • Questionar reação alérgica a algum medicamento 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
Condutas medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"> • Para pacientes acima de 40 kg, prescrever: dipirona 500-1000 mg ou paracetamol 500-1000 mg a cada 6 horas respeitando a dose máxima de 4g/dia 	Enfermeiro

FLUXOGRAMA 3.1 – FEBRE EM ADULTOS



4 – CEFALÉIA /DOR DE CABEÇA^{2,15}

A cefaléia é um dos sintomas mais freqüentes atendidos pelas equipes da atenção primária¹⁴. A queixa mais comum é a do tipo primária, principalmente a cefaléia tensional, responsável pela maioria dos casos, seguida pelas cefaleias tipo migrânea (enxaqueca) e as causadas por infecções sistêmicas agudas, tais como a gripe.¹⁴ Em menos de 1% dos casos a cefaléia está associada a doenças intracranianas graves como tumores ou infecções cerebrais.²

Algo muito importante ao manejar um caso de cefaleia no primeiro contato é realizar a diferenciação entre cefaleia primária e secundária. A cefaleia primária é aquela em que os sintomas não podem ser ligados a uma etiologia definida, sendo estas as mais prevalentes e amplamente manejadas na atenção primária, como a enxaqueca (migrânea) e a cefaleia tensional. No oposto, as cefaleias secundárias são aquelas que possuem algum outro problema associado e que seja capaz de explicar sua causa, como um trauma ou doença vascular. Os sinais de gravidade (descritos abaixo) podem ajudar a fazer a identificação de quadros desse tipo.

Mesmo sendo as cefaleias tensional e migrânea as mais incidentes no atendimento da demanda espontânea na APS, o profissional deve estar atento a outros diagnósticos que se apresentam com quadros de cefaléia aguda, alguns deles graves. Como pode ser observado no quadro abaixo.

Quadro 4.1 – Sinais de alerta do paciente com queixa de cefaléia²

Sinais e sintomas de alerta	Possíveis causas
Início abrupto de forte intensidade.	Hemorragia subaracnóide por ruptura de aneurisma ou malformação arteriovenosa (MAV) ou hematoma intracerebral.
Aumento da frequência e da intensidade das crises de dor de forma subaguda (semanas a meses). Mudança do padrão das crises, cefaleia diária desde a sua instalação.	Processo expansivo intracraniano e/ou hidrocefalia.
Febre, rigidez de nuca, convulsões.	Meningite, encefalite.
Convulsões, dor hemicraniana, sempre ocorrendo no mesmo lado da cabeça.	MAV ou processo expansivo intracraniano.
Sinais e sintomas de disfunção endocrinológica.	Adenoma de hipófise.
Surgimento de cefaleia após os 50 anos.	Neoplasia sistêmica/SNC, arterite de células gigantes – arterite temporal.

Anormalidades identificadas no exame físico neurológico (difusas ou focais).	Quaisquer das possíveis causas acima.
--	---------------------------------------

Aspectos relevantes como higiene do sono, a qual nada mais é do que ter uma rotina de cuidados antes de adormecer (banho morno, bebidas mornas, roupas adequadas, etc.), hidratação e um ambiente adequado para dormir, podem promover um aspecto favorável a prevenção de quadros de dor de cabeça.²

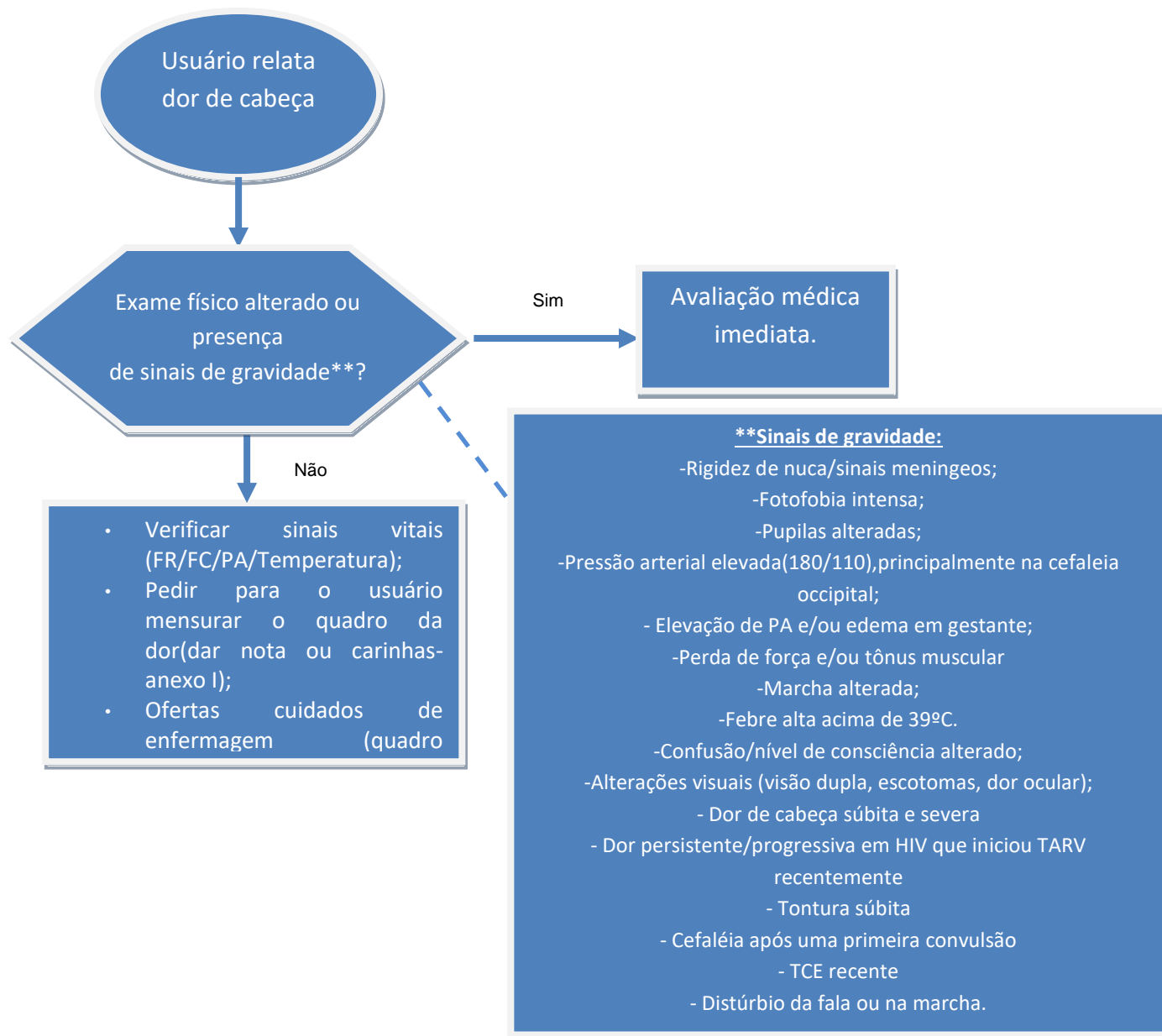
O quadro a seguir apresenta as possibilidades de atuação da equipe de Enfermagem a serem empregadas pelo nas crises de cefaléia no usuário do serviço de saúde de Florianópolis.

Quadro 4.2 – Cuidados da equipe de Enfermagem relacionados a dor de cabeça

Tipo de conduta	Condutas	Quem pode fazer?
Condutas não farmacológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a intensidade e características da dor (mensuração da mesma – mapa da dor*); • Avaliar sinais vitais; • Instruir o usuário a fazer compressão das artérias temporais (acima do arco zigomático por pelo menos 10 minutos – região popularmente conhecido como “fonte”³¹); • Estimular a ingestão hídrica e não ficar muito tempo sem alimentação; • Auriculoterapia pode ser útil para tratamento e prevenção das crises (realização por profissionais treinados); • Orientar sobre higiene do sono; • Orientar a construção de mapa da dor*. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
Condutas farmacológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Caso não haja sucesso com medidas anteriores, administrar dipirona 500-1000 mg via oral a cada 6 horas ou paracetamol 500-1000 mg via oral a cada 6 horas, reavaliando em 24-48 horas ou antes se piora ou sinais de gravidade. • Se PA elevada, mas menor que 180/110 (sinal de gravidade), ofertar analgésico e aguardar na unidade por pelo menos 45 minutos para nova verificação; • Se gestante com alteração pressórica e/ou alteração visual e/ou edema, encaminhar para avaliação médica imediata. 	Enfermeiro

***Mapa da dor:** planilha simples a qual é alimentada pelo próprio paciente contendo, pelo menos, os seguintes dados: data e hora do episódio, duração do episódio, intensidade da dor (nota atribuída pelo paciente), possíveis fatores desencadeantes/gatilhos (alimentos ou atividades).

FLUXOGRAMA 4.1 – CEFALÉIA/DOR DE CABEÇA



Cuidados de enfermagem:

- Conversar sobre possíveis fatores estressores;
- Instruir o usuário a evitar ambientes agitados, orientar repouso, quarto escuro, etc.
- Orientar sobre higiene do sono;
- Estimular a ingestão hídrica e alimentação em horários adequados;
- Evitar contraceptivos com estrogênio
- Exercícios regulares para prevenir cefaléia tensional
- Aconselhar contra o uso regulares de analgésicos e sugerir diminuição
- Se dores recorrentes, agendar consulta com médico da equipe e solicitar ao paciente a fazer o mapa da dor em casa até a próxima avaliação médica;
- Prescrever paracetamol 500-1000 mg ou dipirona 500-1000 mg VO de 6/6 horas se dor (pode ser prescrito para uso em casa, sempre logo no início da dor ou durante sintomas premonitórios);
- Retornar em 24 ou 48 horas se não houver remissão da dor, ou antes de houver surgimento de sinais de gravidade.

5 – DIARRÉIA²

A diarreia é dividida em aguda e persistente, como mostra o quadro abaixo:

Quadro 5.1– Classificação da diarreia segundo a duração dos sintomas

Classificação	Duração	Características
Diarreia Aguda	Menor que 14 dias	Aquosa: secreção ativa de água e eletrólitos sob a estimulação de determinadas substâncias. Disenteria: agente infeccioso invade a mucosa do cólon. A exsudação de muco, pus, proteínas e sangue é responsável pelas características clínicas dessa síndrome.
Diarreia persistente	Maior ou igual a 14 dias	Infecção continuada de um agente, danificando as vilosidades, e/ou uma regeneração inadequada dos eritrócitos devido à desnutrição crônica. Pode apresentar-se sob a forma de diarreia aquosa ou disenteria

Conforme o Caderno de Atenção Básica (CAB) do Ministério da Saúde², a principal causa de diarreia aguda é infecciosa, podendo variar entre viral ou bacteriana, devendo o enfermeiro saber diferenciar os sinais de uma ou outra, por exemplo, a presença de pus ou sangue nas fezes, os quais são sinais de gravidade e devem ser avaliados pelo profissional médico da equipe.

Ainda conforme o referindo CAB², o quadro do usuário irá variar conforme o tipo de patógeno e as condições clínicas do hospedeiro. Na diarreia aquosa, ocorre secreção ativa de água e eletrólitos para a luz intestinal, resultando em inúmeras evacuações diárias.

“Noventa por cento são autolimitadas e cessam em até cinco dias. Na história e no exame físico, deve-se procurar distinguir as diarreias potencialmente mais graves [...], como febre e sinais de peritonite”. (ARENZ; SCHNEIDER; KUPSKI, 2006, p.194 apud Ministério da Saúde, 2012)².

“A presença de muco, pus e/ou sangue sugere doença invasiva” (FALEIROS; MACHADO, 2006, P. 1328 apud Ministério da Saúde, 2012)².

O exame físico é importante para avaliar a presença de desidratação e instituição do cuidado adequado, tendo duas funções essenciais: buscar condições de comorbidades e estimar os níveis de desidratação.²

Após avaliação clínica do usuário, estabelece-se qual plano de intervenção será executado. O Quadro 5.2 a seguir resume os planos de tratamento de desidratação de acordo com a avaliação clínica inicial, a partir da classificação do grau de desidratação descrita no quadro 5.3. O fluxograma 6.1 descreve a conduta nos casos de diarreia, bem como náusea e vômitos.

Quadro 5.2 – Cuidados da equipe de enfermagem ao paciente com diarreia

Tipo de conduta	Condutas	Quem pode fazer?
Condutas não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as características da diarreia; • Distinguir as diarreias potencialmente mais graves; • Verificar (questionar) presença de febre, muco, pus e/ou sangue na fezes; • Instruir o paciente a evitar o seguinte: líquidos quentes ou frios, alimentos contendo gordura e fibras, alimentos temperados, cafeína e doces; • Avaliar a presença de desidratação; • Orientar maior oferta líquida; • Recomendar o fracionamento da dieta para poder melhorar a aceitação; • Administrar solução de reidratação oral à vontade após cada evacuação. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
Condutas medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"> • Usuários com desidratação leve devem receber 50ml/Kg de SRO em um período de quatro horas. Aqueles com desidratação moderada devem receber 100ml/Kg de SRO mais a reposição de perdas continuadas, em um período de quatro horas (observação na unidade); • Usuários com sintomas de desidratação grave devem ter iniciado o mais breve possível a hidratação endovenosa (conduta médica). 	Enfermeiro

Quadro 5.3 – Graus de desidratação

	HIDRATADO	DESIDRATADO	DESIDRATAÇÃO GRAVE
Aspecto geral	Alerta	Irritado, com sede	Deprimido, comatoso
Olhos	Brilhantes com lágrima	Fundos, lágrimas ausentes	Muito fundos, sem lágrima
Mucosas	Úmidas	Secas	Muito secas
Turgor	Normal	Pastoso	Muito pastoso
Pulso	Cheio	Palpável	Débil ou ausente
Perfusão	Normal	Normal	Alterada
Circulação	(PA) Normal	Normal	Diminuída/taquicardia
Diurese	Normal	Pouco diminuída	Oligúria/anúria
Redução do peso	0%	≤ 10%	> 10%

6 – NÁUSEAS E VÔMITOS^{2,15,20}

Pode ser entendido como a expulsão oral forçada do conteúdo gástrico, associada à contração da musculatura. Há três fases consecutivas da êmese que incluem náusea, arcadas e vômitos. A náusea é a sensação de necessidade iminente de vomitar que está associado à estase gástrica. As arcadas são os movimentos musculares bruscos, abdominais e torácicos, que precedem o vômito. A fase final da êmese é o vômito, a expulsão forçada do conteúdo gástrico devido à retroperistalse.²⁰

Deve-se atentar para sinais de distensão abdominal, presença de ruídos hidroaéreos, dor abdominal, presença de massas, dor à descompressão brusca dolorosa, contração abdominal involuntária, icterícia, alterações neurológicas e sinais de desidratação.^{2,15}

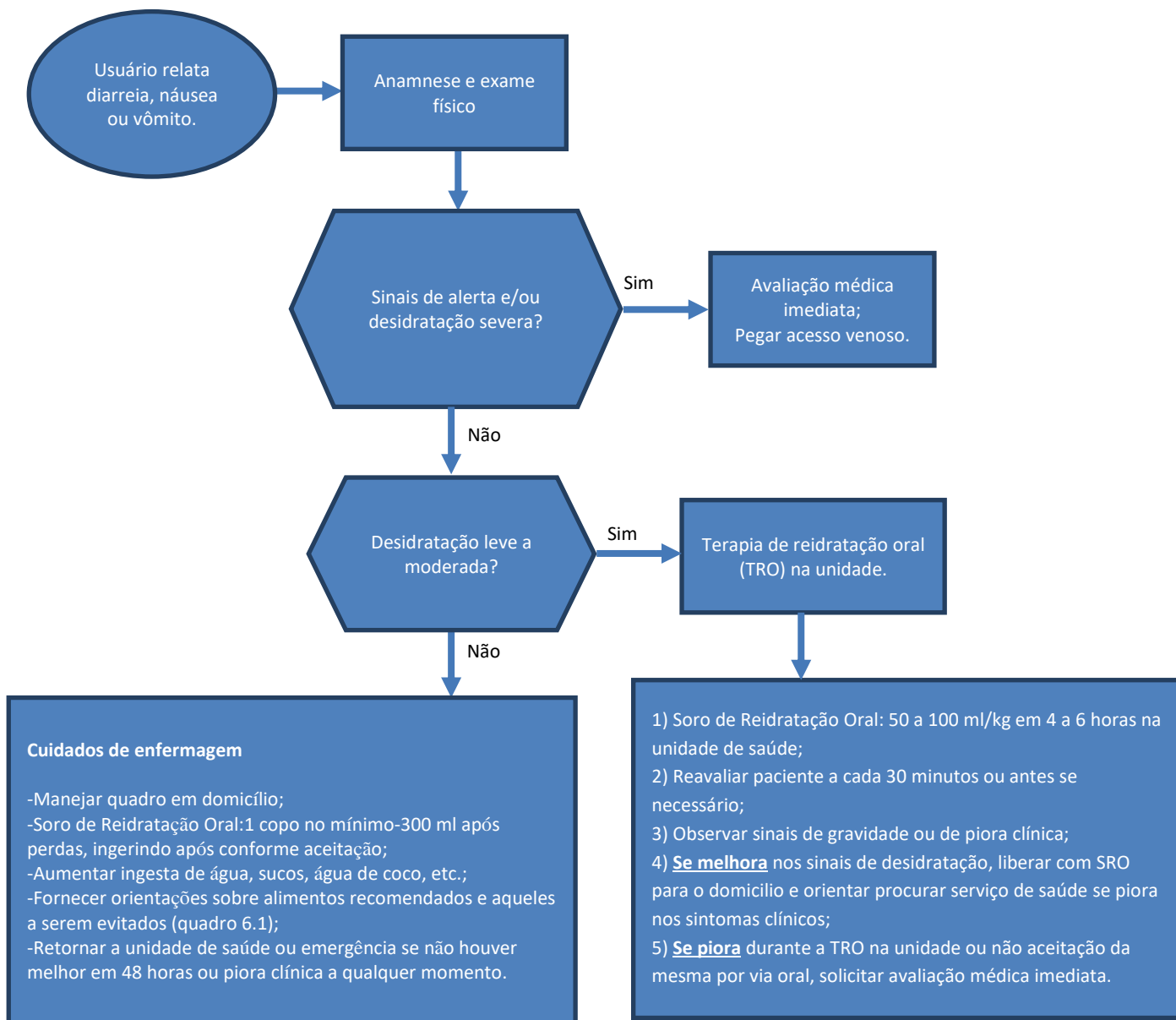
Segundo Vidor & Cunha (2006, p. 1196)²⁰ “a maioria dos casos de náuseas e vômitos não é séria e se resolve espontaneamente”. Para o Ministério da Saúde, na grande maioria dos casos, somente a hidratação oral é suficiente.²

É fundamental avaliar o grau de hidratação (Quadro 5.3) e identificar a causa de origem das náuseas e vômitos para a instituição de terapia apropriada orientada pelo diagnóstico, o que frequentemente resulta no controle dos sintomas.²⁰

Quadro 6.1 – Condutas de enfermagem frente ao quadro de náuseas e vômitos

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Condutas não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a causa de náusea e a duração se conhecidas; • Encorajar o cliente a fazer refeições pequenas e freqüentes; • Instruir o paciente a evitar: líquidos quentes, alimentos contendo gordura e fibras, alimentos temperados, cafeína e doces • Acompanhar evolução do caso; • Sal de Reidratação Oral após perdas. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

FLUXOGRAMA 6.1 – DIARREIA, NÁUSEA E VÔMTOS²



Sinais de alerta (atendimento médico imediato):

- Taquipneia;
- Taquicardia;
- Pulso rápido e fino;
- Sonolência ou confusão mental;
- Sinais de choque hipovolêmico;
- Dor abdominal intensa e ausência de ruídos hidroaéreos;
- Descompressão abdominal dolorosa (Blumberg positivo)
- Febre
- Fezes com sangue ou pus;
- Vômitos com sangue;
- Rigidez de nuca/sinais meníngeos;
- Vômitos em jatos e persistentes.
- Sinais de desidratação grave (Quadro 5.3).

7 – DOR DE GARGANTA^{2,15,17,19}

A faringite infecciosa aguda é a principal causa de dor de garganta e mais de 50% das faringites são de etiologia viral. A clínica é de dor de garganta, febre e mal-estar. O mal-estar costuma ser menor do que o provocado pelas infecções bacterianas. Alguns sintomas são comuns e ajudam a suspeitar da etiologia viral do quadro: rouquidão, tosse, conjuntivite e diarreia. No exame físico, notam-se: hiperemia da faringe e das amígdalas, com ou sem vesículas ou ulcerações, e com ou sem exsudato amigdaliano.

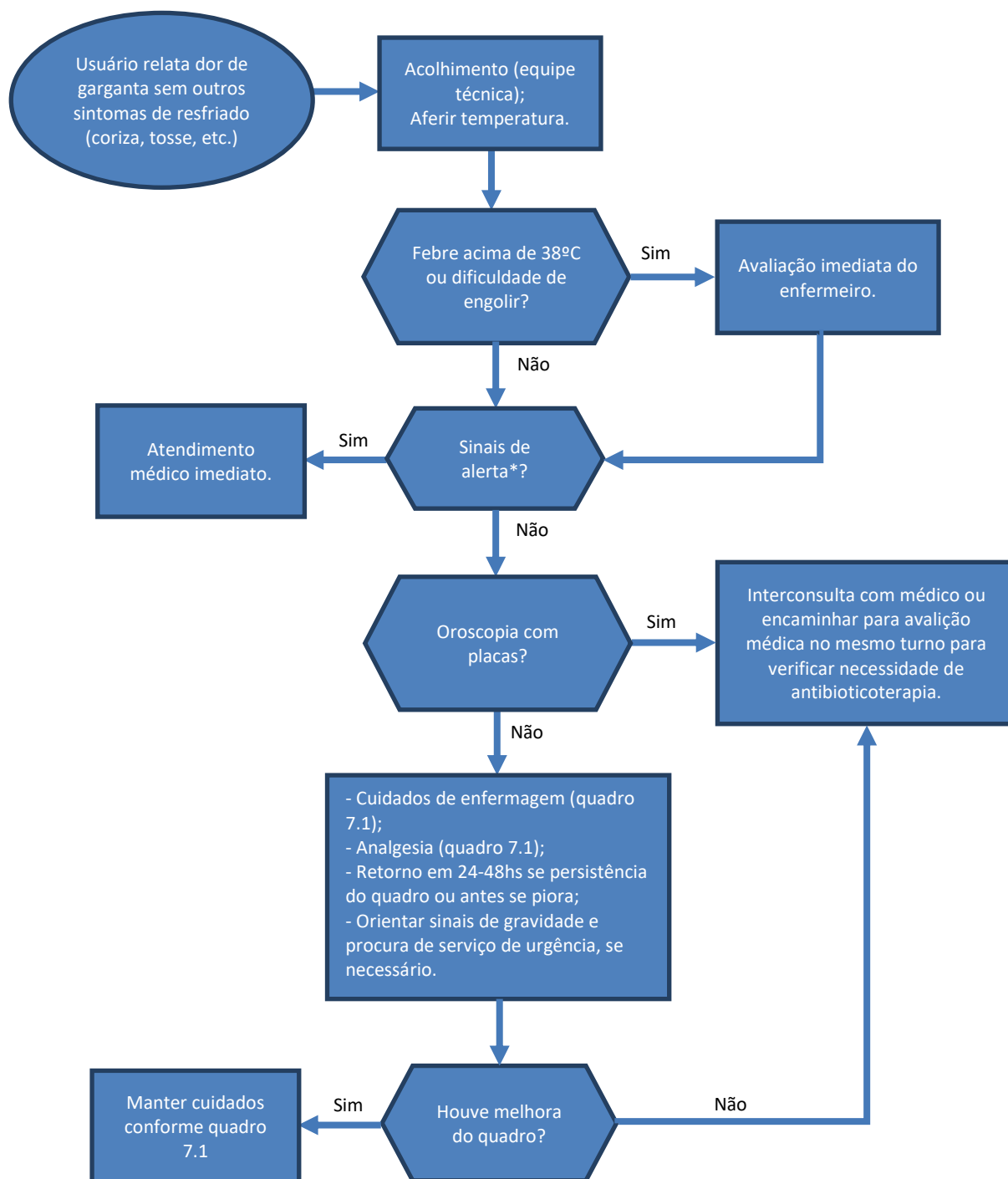
Perante esta queixa a equipe de enfermagem deve avaliar os seguintes aspectos: dificuldade para deglutir, dor de ouvido, tosse, febre, dor nas articulações (febre reumática), atentar para as doenças de notificação obrigatória (difteria). No exame físico deve ser observado: estado geral, aspecto da mucosa orofaríngea, presença de gânglios em região submandibular, febre. Os sinais de alerta que envolve esta queixa são: febre alta, secreção ou pontos purulentos, pontos necróticos, placas branco-acinzentadas, edema em região cervical e gânglios submandibulares.

A conduta para esta queixa segue no quadro abaixo.

Quadro 7.1 – Condutas de enfermagem frente ao quadro de dor de garganta

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Conduta não medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> • Prescrever gargarejo com água morna e sal (1 copo de água com 1 colher de café de sal); • Orientar a escovação dos dentes e gengivas, evitar contato com o público e cigarros, fazer repouso da voz; • Encaminhar para consulta médica em caso de sinais de alerta ou agravamento dos sintomas. • Orientar sinais de alerta; • Orientar aumento ingestão hídrica. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
Conduta medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> • Caso haja demanda para aliviar a dor, administrar dipirona 500-1000 mg via oral a cada 6/6 horas ou paracetamol 500-1000 mg 6/6 horas se dor; • Acompanhar tratamento 	Enfermeiro

FLUXOGRAMA 7.1 – DOR DE GARGANTA EM ADULTOS



Sinais de alerta (atendimento médico imediato):

- Dificuldade de abrir a boca (trismo);
- Totalmente incapaz de engolir;
- Dificuldade respiratória e febre (suspeitar de H1N1);
- Presença de sinais de abscesso de tonsilas à oroscopia;
- Febre maior que 39°C.

8 – AZIA (PIROSE)^{2, 15}

É uma sensação de dor ou queimação no esôfago, logo abaixo do esterno, que é causado pela regurgitação de ácido gástrico.

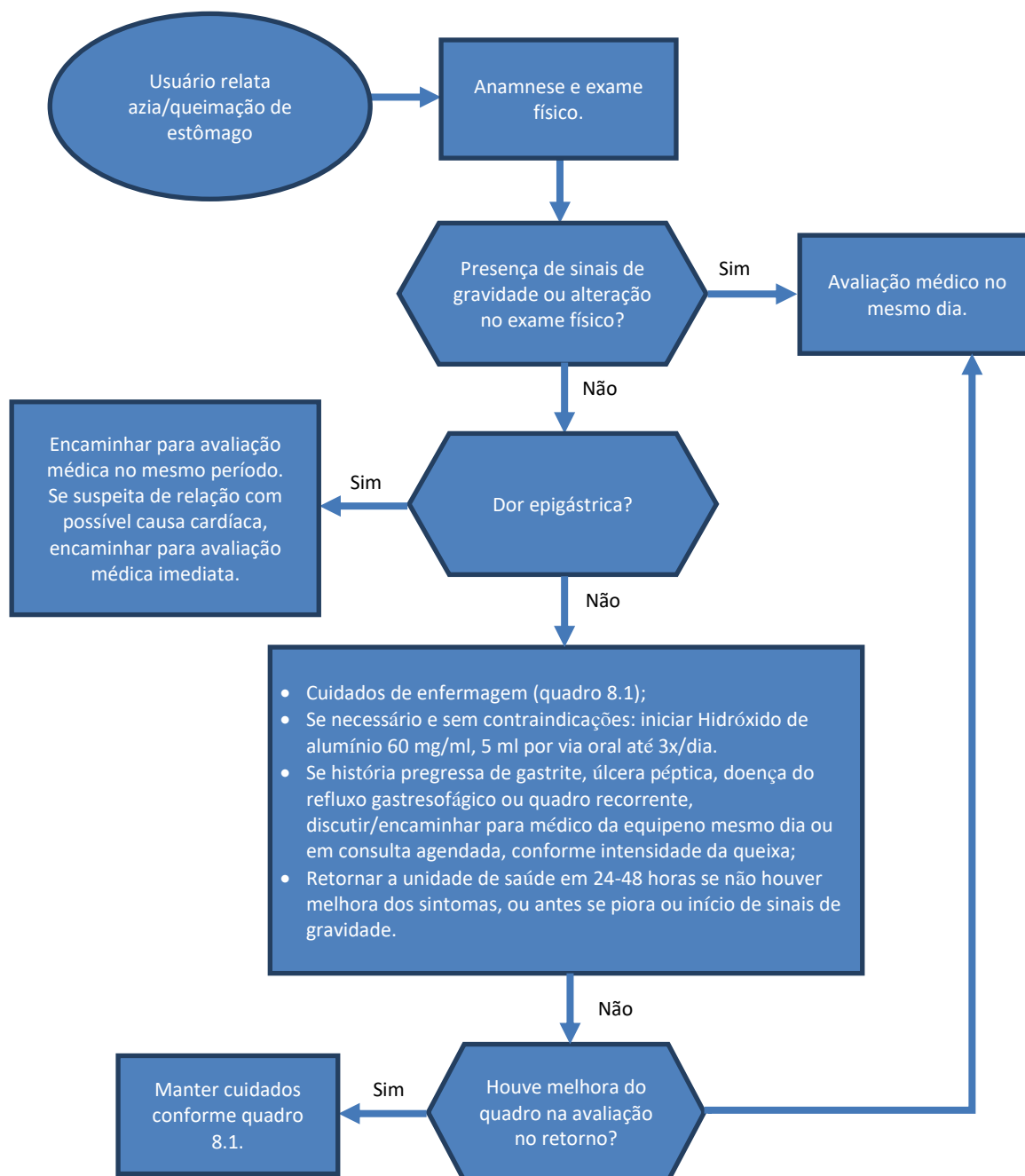
A equipe de Enfermagem deve avaliar a presença de sinais de alerta como segue: idade maior que 50 anos, emagrecimento, vômitos persistentes, disfagia, anemia, hematêmese, massa abdominal palpável, história familiar de câncer gastrointestinal, cirurgia gástrica prévia.

A consulta de Enfermagem deve conter os seguintes questionamentos: tempo de evolução, hábitos alimentares, gravidez, estado emocional, tabagismo, episódio único ou repetitivo, uso de medicação (analgésicos, anti-inflamatório, antibióticos, etc.), doenças associadas. A conduta para esta queixa segue no quadro 8.1 a seguir.

Quadro 8.1 – Condutas de enfermagem frente aos sintomas de azia/pirose

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Condutas não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"> Reavaliar em 24-48 horas; Reeducação de hábitos alimentares (evitar alimentos condimentados, temperos ácidos, frituras, bebidas alcoólicas ou gaseificadas, cafés, chás escuros, chimarrão, chocolates, sucos artificiais, cessação de tabagismo e no consumo de álcool; fracionar refeições, evitando ingerir grande quantidade de alimento em cada uma); Ainda que não haja forte evidência, a ingestão de 1 colher de sopa de batata inglesa (batatinha) crua, ralada ou bem mastigada nos momentos de crise pode oferecer conforto pelo pH alcalino do alimento; Para pacientes com Doença Refluxo Gastroesofágico (DRGE) já diagnosticado, orientar repouso em decúbito elevado, dietas fracionadas, evitar deitar-se logo após ingestão de alimentos. 	Enfermeiro/ Técnicos de Enfermagem
Medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar hidróxido de alumínio 60 mg/ml, 5 ml (uma colher de chá) VO até 3x/dia (uma hora após refeições e/ou antes de deitar-se), atentando para possível efeito rebote e evitando uso rotineiro já que a medicação não promove alívio a médio prazo (no máximo 14 dias); Realizar interconsulta médica ou avaliação médica em conjunto, a fim de determinar conduta medicamentosa mais adequada. 	Enfermeiro

FLUXOGRAMA 8.1 – CONDUTAS FRENTE À QUEIXA DE AZIA/PIROSE



Sinais de alerta (atendimento médico imediato):

- dificuldade de engolir/deglutir;
- sangue nas fezes;
- vômitos persistentes;
- vômitos com sangue;
- massa abdominal palpável;
- abdômen distendido/rígido (sinais de peritonite).

9 – CONSTIPAÇÃO INTESTINAL^{2, 15}

O atendimento de enfermagem consiste em avaliar o tempo de evolução, atendimentos anteriores com a mesma queixa, hábitos alimentares, consistência e aspecto das fezes, hábito intestinal, dor, distensão abdominal e flatulência.

Verificar a presença de queixas associadas: distúrbios anorretais, hemorroidas, fissuras ou sangramentos por esforço ao evacuar.

O quadro 9.1 exibe possíveis condutas da equipe de enfermagem perante o quadro de constipação intestinal, sempre observando os sinais de alerta exibidos no quadro 9.2.

Quadro 9.1 – Condutas de enfermagem na queixa de constipação intestinal

Tipo de consulta	Conduta	Quem pode fazer?
Condutas não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a ingesta hídrica; • Avaliação alimentar com orientações de aumento de alimentos ricos em fibras (verduras, feijão, aveia, milho cozido, brócolis, couve flor, rabanete, quiabo, ervilha, vagem, dobradinha, abacate, mamão, laranja com bagaço, melancia, uva e azeite. Evitar alimentos como cenoura cozida, batata, maçã, banana maçã, arroz em grande quantidade, bolachas); • Incentivar atividade física regular. 	Enfermeiro/ Téc. de Enfermagem
Condutas medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"> • Prescrever óleo mineral 15 ml à noite e outra dosagem no dia seguinte ao despertar. Caso não obtenha êxito, aumente a dosagem para 30 ml (2 colheres de sopa) à noite e 15 ml pela manhã. 	Enfermeiro

Quadro 9.2 – Sinais de alerta no quadro de constipação intestinal

<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de evacuação ou flatulência nas últimas 24 horas com dor/distensão abdominal; • Dor abdominal intensa; • Ausência de ruídos hidroaéreos; • Ausência de evacuações há mais de 5 dias; • Dor à decompressão abdominal; • Febre maior que 38°C sem outros sinais/sintomas que possam originá-la.

10 – PARASITOSE INTESTINAL/VERMINOSE^{2, 15, 17}

As parasitoses intestinais se apresentam como importante problema de saúde pública e sua ocorrência refletem as desigualdades no desenvolvimento socioeconômico e as diferenças nas condições de vida da população. As precárias condições de habitação e do saneamento básico favorecem as infecções, inclusive as parasitárias.

Ao abordar paciente avaliar as condições de higiene e moradia do mesmo. O diagnóstico se dá pela clínica ou através do relato pessoal do paciente e ainda por exame de pesquisa de ovos e cistos de parasitas nas fezes, sendo que a instituição do tratamento inicial deve ser feito sem a necessidade de solicitação de exames, devendo o mesmo ficar somente nos casos em que a primeira abordagem medicamentosa não resolveu o problema totalmente.

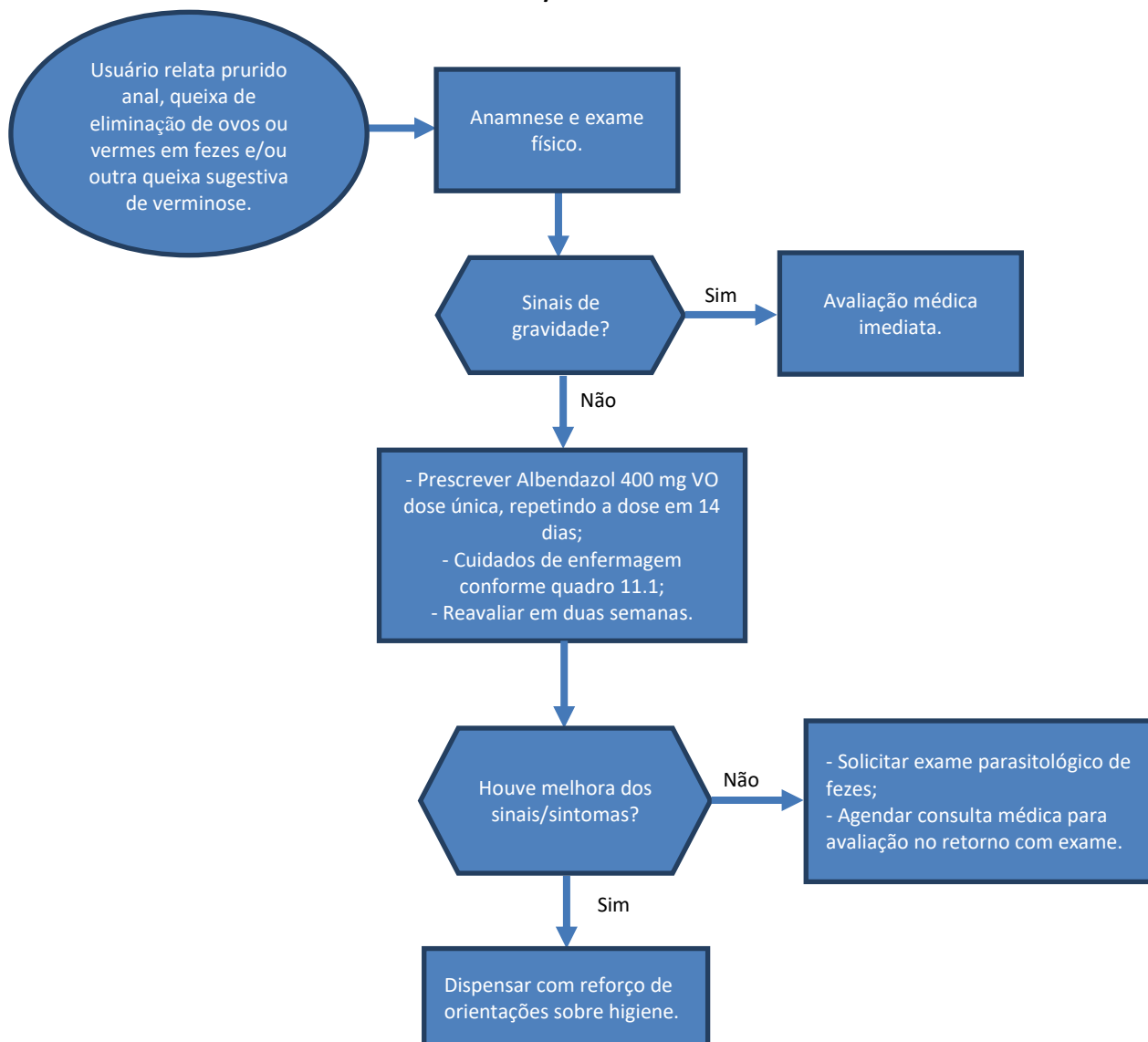
A conduta para esta queixa segue no quadro a seguir.

Quadro 10.1 – Conduta de enfermagem na parasitose intestinal¹⁷

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Conduta não medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar lavar bem os alimentos antes de ingerí-los, deixando alimentos a serem consumidos crus (principalmente folhosos) em solução contendo 10 ml de hipoclorito de sódio para cada 1 litro de água; • Orientar higiene das mãos antes das refeições e após usar o banheiro, pelo menos; • Limpeza dos utensílios de cozinha com água limpa e detergente; • Evitar contato intradomiciliar com animais, sobretudo nos ambientes onde são consumidos alimentos, lavando sempre as mãos após contato com os animais; • Em locais onde não se possa garantir a qualidade da água, utilizar sempre água filtrada ou fervida; • Manter as unhas curtas, principalmente em crianças. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
Conduta medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> • Prescrever Albendazol* 400 mg por via oral dose única, repetindo a dose em 14 dias; • Avaliar contatos intradomiciliares e tratar conforme necessidade (inclusive crianças maiores de 2 anos) com a mesa dose de medicamento. Se criança menor de 2 anos, encaminhar para avaliação médica. 	Enfermeiro

*Se a mulher estiver grávida, suspeitar que possa estar grávida ou estiver amamentando, não prescreva o medicamento e encaminhe para consulta médica.

FLUXOGRAMA 10.1 – PARASITOSE INTESTINAL/VERMINOSE



Sinais de gravidade (atendimento médico imediato):

- Presença ou relato de parasitas em cavidade oral ou nasal;
- Distensão abdominal importante e/ou ausência de ruídos intestinais (risco de obstrução intestinal);
- Dor abdominal intensa.

11 – DOR LOMBAR/DOR NAS COSTAS^{2, 23}

A dor lombar ou lombalgia é ainda uma das principais causas de procura pelo acolhimento da APS. Estudo realizado em Florianópolis no ano de 2009 abordando os principais motivos de consulta de acordo com o capítulo da CIAP-2, apontou os problemas musculoesqueléticos como segunda causa de procura por consulta médica na rede municipal de saúde da capital catarinense.²³

Neste sentido, o papel da enfermagem é de extrema relevância no que tange a abordagem e no manejo da mesma, sendo com medidas não farmacológicas e mudanças posturais e de estilo de vida, seja na identificação de sinais de gravidade e referenciamento imediato ao médico da equipe ou mesmo na prescrição de medicamentos de primeira linha, os quais possuem uma boa efetividade com poucos efeitos colaterais e auxiliam no conforto do paciente.

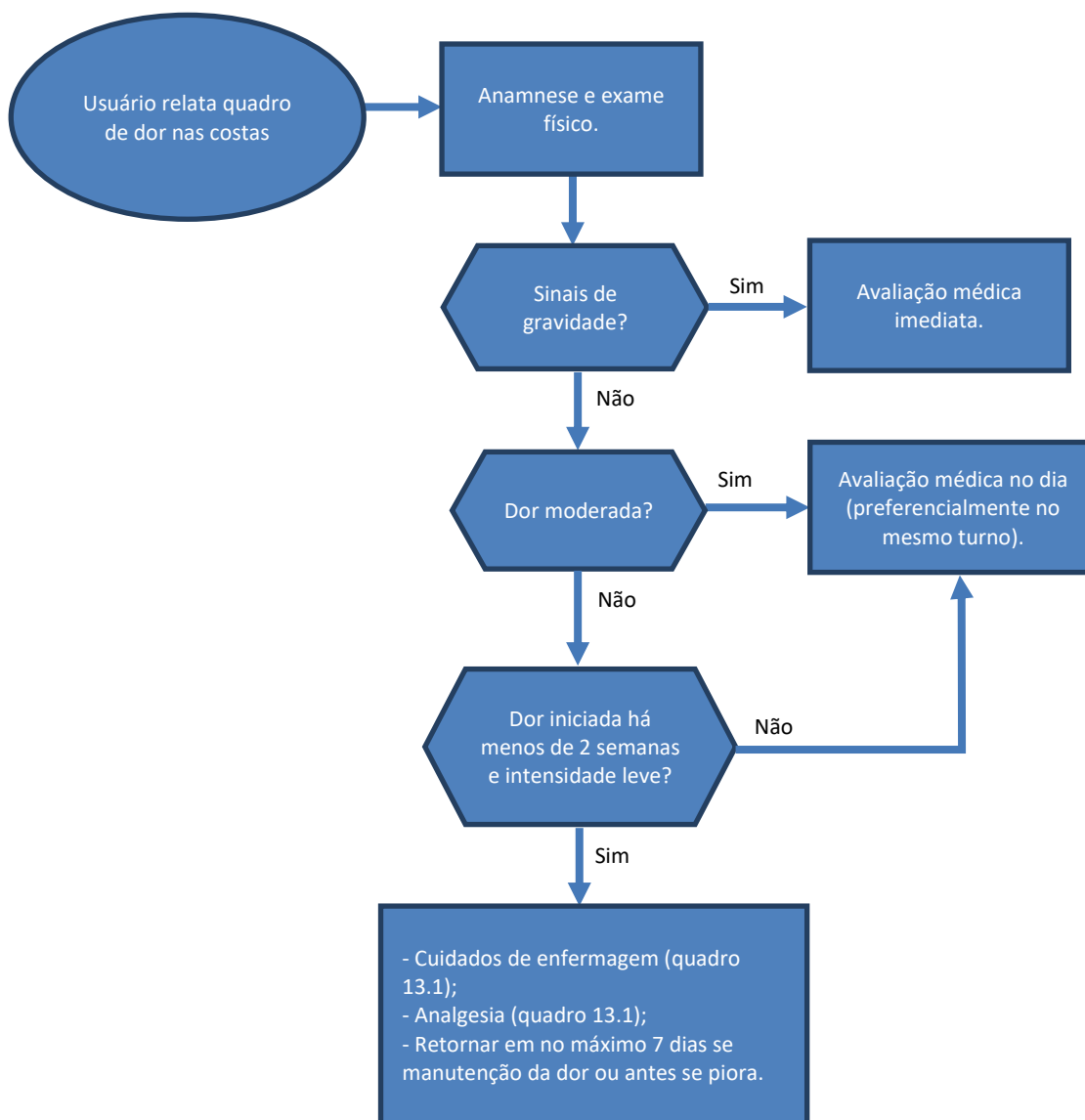
Conforme o Ministério da Saúde até 70% das pessoas com mais de 40 anos apresentam algum problema de coluna e esse número sobe para 80% a 90% na população acima de 50 anos.²

O fluxograma 11.1 e o quadro 11.1 abaixo apresentam orientações que auxiliarão o enfermeiro na tomada de decisão, bem nortearão o mesmo na discussão de caso com o médico da equipe, a fim da melhor escolha de conduta clínica seja ela através da interconsulta ou da própria tomada de decisão do enfermeiro.

Quadro 11.1 – Condutas de enfermagem frente a queixas de dor lombar.

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Conduta não medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar medidas alongamento (vide anexo 1-figura) • Orientar postura e medidas gerais para corrigir a mesma se necessário, • Orientar como carregar peso -fracionamento, divisão de volumes, etc. (anexo II) • Acompanhar o tratamento. • Compressas mornas locais; • Acupuntura e Auriculoterapia podem ser úteis, principalmente nos casos em que há cronificação (para profissionais treinados). 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
Conduta medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol ou Dipirona 500-1000 mg VO de 6/6 horas se dor. Se não houver melhora, encaminhar para avaliação médica; 	Enfermeiro

FLUXOGRAMA 11.1 – DOR NAS COSTAS



Sinais de gravidade (atendimento médico imediato):

- Alteração na função da bexiga ou do intestino (retenção ou incontinência);
- Fraqueza nas pernas;
- Dificuldade de andar;
- Trauma importante recente;
- Alteração anatômica importante no exame físico;
- Dormência nas nádegas, períneo ou pernas;
- Febre;
- Dificuldade urinária;
- Dor em flanco súbita, que se irradia para a região da virilha ou testículo;
- Dor intensa na flexão e/ou extensão passiva dos membros;
- Dor severa;

12 – RESFRIADO COMUM^{2, 15}

O resfriado comum ou mais conhecido como infecção das vias aéreas superiores (IVAS), constitui causa comum de consultas de enfermagem na atenção primária e dentro do contexto da saúde da família. Na ausência de fatores de risco ou sinais de gravidade, deve ser manejado inicialmente pelos profissionais de enfermagem, principalmente no que diz respeito às orientações de cuidados e conforto, os quais são as principais medidas no tratamento de IVAS.

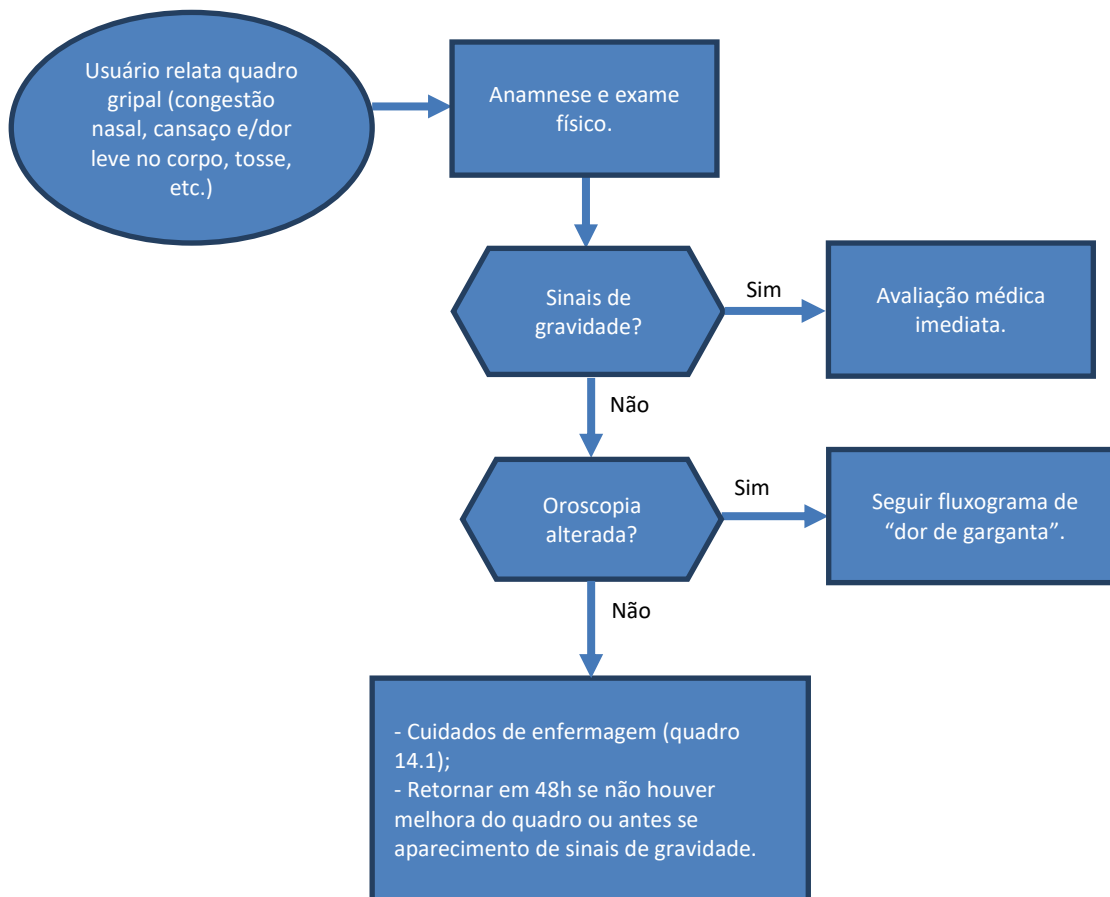
O fluxograma que trata do acompanhamento das IVAS tenta auxiliar a equipe de enfermagem no manejo e na identificação de sinais de gravidade, os quais deverão ser encaminhados prontamente ao médico da equipe ou na falta deste, serem referenciados a emergência hospitalar ou acionados o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). **Na suspeita de gravidade, observar o descrito no anexo III.**

Quadro 12.1 – Condutas de enfermagem frente a queixas de resfriado comum

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Conduta não medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> Realizar cuidados a fim de evitar a propagação (higiene da tosse- anexo IV); Aumentar a ingestão de líquidos (água, sucos, chás, sopas, etc.); Aumentar a ingesta de alimentos ricos em vitamina C; Orientar repouso; Se tosse produtiva persistente por mais de 3 semanas, solicitar baciloscopia de escarro; Orientar vacinação se paciente > 60 anos ou restrito ao leito/institucionalizado ou HIV positivo ou com DPOC, depois que os sintomas do episódio cessarem; Orientar o paciente a retornar se não houver melhora do quadro após 48 horas, ou antes se piora ou surgimento de sinais de gravidade. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
Conduta medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> Paracetamol ou Dipirona 500-1000 mg VO de 6/6 horas se dor; Lavar o nariz com Solução Fisiológica 0,9% ou solução caseira (soro caseiro)* – uma a duas aplicações por dia com jatos de 200ml, colocando a solução em uma narina e deixando sair pela outra; ou, pelo menos, utilizar essa mesma solução pingando 4 gotas em cada narina 4x/dia, o que já promove alguma melhora. 	Enfermeiro/Médico

*1/2 colher de chá de sal e 1/2 colher de bicarbonato de sódio para 2 copos de água fervida.

FLUXOGRAMA 12.1 – MANEJO DE RESFRIADO



Sinais de gravidade (atendimento médico imediato):

- Dispneia ou FR alterada;
- Febre > 38°C;
- Tosse persistente e/ou muito produtiva;
- Secreção nasal ou tosse amarelo-esverdeado em grande quantidade.

Fatores de risco (exigem avaliação médica em conjunto):

- Gestação e puerpério;
- População idosa (acima de 60 anos);
- População indígena;
- Cardiopatias;
- Imunossupressão;
- Nefropatias;
- Diabetes de difícil controle;
- Distúrbios hematológicos;
- Transtornos neurológicos;
- Obesidade.

13 – OLHO VERMELHO^{2, 15}

Sintoma muito comum na prática da clínica de enfermagem da atenção primária, o olho vermelho geralmente é um sinal claro de conjuntivite a qual pode ser de etiologia viral ou bacteriana.

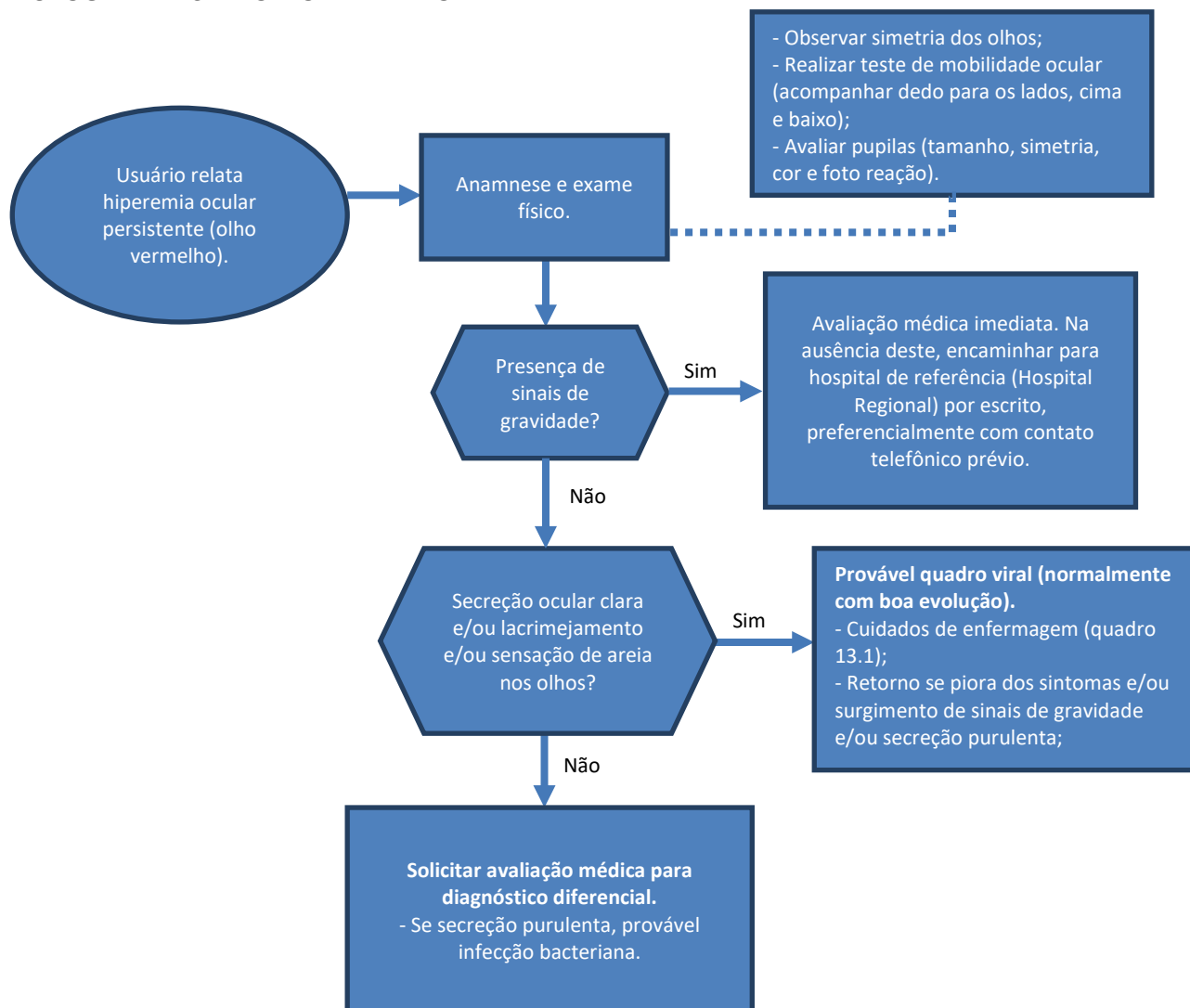
Este, geralmente, é um problema localizado o qual apresenta uma solução de fácil manejo, mas que deve ser trabalhada principalmente quanto aos aspectos de contágio, pois tanto o processo de natureza viral quanto bacteriana são muito fáceis de disseminarem.

O quadro abaixo apresenta os aspectos de manejo pela equipe de enfermagem.

Quadro 13.1 – Condutas de enfermagem frente a queixas de olho vermelho/conjuntivite

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Conduta não medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos seguidamente e sempre após o contato com os olhos; • Utilizar toalhas e roupas de cama próprias; • Limpar/secar os olhos com lenços de papel e desprezar em seguida os mesmos; • Arejar o ambiente, bem como tentar limpar as superfícies que entraram em contato com as mãos contaminadas com álcool (exemplo: maçanetas, corrimãos, etc..) • Realizar compressas frias com Soro Fisiológico 0,9% várias vezes ao dia; • Orientar afastamento de atividades laborais (atestado a critério médico) e contato íntimo com outras pessoas. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

FLUXOGRAMA 13.1 – OLHO VERMELHO






Sinais de gravidade (atendimento médico imediato):



- Histórico de trauma ocular;
- Presença de corpo estranho;
- Visão dupla (diplopia) ou visão borrada sem diagnóstico prévio de problema de refração;
- Diminuição da acuidade visual repentina;
- Pupilas anisocóricas;
- Dor ocular (atentar para dor retroorbital);
- Pálpebra inteira inchada, vermelha e dolorida;
- Pele vermelha e dolorida com vesículas envolvendo o olho, pálpebra e extremidade do nariz;
- Sintomas oculares há mais de 7 dias;
- Queimadura ocular (física ou química);
- Pressão arterial maior que 140/90 em gestantes ou primeira semana pós-parto, e maior que 180/110 nos demais;
- Sinais de AVC ou AIT.

14 – PROBLEMAS DA PELE MAIS COMUNS NO ADULTO NA APS

A pele é considerada o maior órgão ou sistema do corpo humano, sendo assim uma das regiões mais relevantes e mais suscetíveis a infecções sejam elas bacterianas, fúngicas ou determinadas por outros agentes etiológicos.

Abaixo exporemos as principais afecções de pele, as quais o enfermeiro poderá realizar abordagem clínica e farmacológica, sendo importante o registro e determinação de tempo de cada sinal ou sintoma e, caso haja dúvidas encaminhar para avaliação médica, a qual pode ser eletiva ou de urgência dependendo a situação.

 <p>Fonte²¹:</p>	<p>com o uso de antibióticos conforme conduta do médico da equipe (interconsulta/consulta conjunta).</p>	<p>Prescrever loção de permetrina a 1% (diluição de uma parte da loção a 5% para 4 partes de água) até encharcar o cabelo. Enxágue após 10 minutos. Repetir após 1 semana.</p>	<p>Enfermeiro</p>
<p>18.1.3. TUNGÍASE (bicho-do-pé)^{3,7,15} Agente etiológico: <i>Tunga penetrans</i></p>  <p>Fonte³</p>	<p>Sinais e sintomas: Pápulas amareladas com ponto central preto, medindo mais ou menos 0,5 cm de diâmetro.</p>	<p>Como tratar: Limpeza local e antisepsia local; Avaliar imunização dT e se em atraso ou ausente iniciar/completar esquema vacinal;</p> <hr/> <p>Exérese ou retirada da tunga com uso de agulha estéril ou bisturi, procurando remover o parasita dentro da bolsa. Caso rompa a mesma, garantir a retirada integral desta; Se presença de infecção secundária, solicitar avaliação médica; Pacientes imunossuprimidos e/ou portadores de diabetes não-compensada, deve ser avaliados em conjunto com o médico, avaliando risco-benefício do procedimento.</p>	<p>Enfermeiro/ Técnico de enfermagem</p> <p>Enfermeiro</p>
<p>18.1.4. MICOSE^{3,7,15} (Impingem)</p>  <p>Fonte¹⁵:</p>	<p>Sinais e sintomas: Lesões circulares e pruriginosas, com descamação de crescimento lento e bordas elevadas, tendo como áreas mais comuns as axilas e região da virilha.</p>	<p>Como tratar: Evitar contato direto ou indireto com pacientes ou animais com sintomas; Identificação e tratamento de animais domésticos infectantes; Lavar adequadamente roupas pessoais, de banho e de cama com água quente ou passar a ferro quente.</p> <hr/> <p>Prescrever Clotrimazol creme OU Miconazol creme dermatológico 2x/dia por 7 a 14 dias.</p> <p>Se lesões extensas, encaminhar ou discutir com médico da equipe uso de antifúngico sistêmico.</p>	<p>Enfermeiro/ Técnico de enfermagem</p> <p>Enfermeiro</p>
<p>18.1.5. MICOSE INTERDIGITAL^{3,7,15}</p>	<p>Sinais e sintomas:</p>	<p>Como tratar:</p>	<p>Enfermeiro/</p>

 <p>Fonte³</p>		<p>Albendazol 400 mg ao dia por 3 dias (não pode ser utilizado em gestante).</p>	
<p>18.1.8. Paroniquia aguda</p>  <p>Fonte²</p>	<p>Sinais e sintomas Dor, vermelhidão e inchaço em pregas ungueais, podendo haver pus. Problema frequentemente associado a história de trauma, por exemplo retirar a cutícula ou roer as unhas.</p>	<p>Como tratar: Curativo local e orientar o paciente a não traumatizar novamente a unha; Solução salina (salmoura) morna duas vezes por dia para alívio sintomática e diminuição da infecção.</p> <hr/> <p>Se houver pus (limitado a prega ungueal) Realizar drenagem local com bisturi ou agulha. Encaminhar e/ou discutir com médico da equipe naqueles casos de pacientes com risco de cicatrização, realizando o procedimento após esta interconsulta. Prescrever (até pregas ungueais): Mupirocina 2% tópica aplicada sobre as áreas afetadas duas a três vezes por dia, por até 10 dias, reavaliando a cada 5 dias ou antes, se piora. Se dor intensa, infecção além das pregas ungueais, lesões herpéticas no local ou temperatura acima de 38°C, encaminhe para avaliação do médico da equipe.</p>	<p>Técnico de enfermagem/ Enfermeiro</p> <p>Enfermeiro</p>
<p>18.1.9. Lesão por água viva. <i>Agente etiológico: Cnidaria sp</i></p>	<p>Sinais e sintomas Dor, linhas vermelhas, lesões urticariformes com sensação de queimação, podendo ser pulsáteis e com prurido. Nematocistos podem estar aderidos à pele. A dor pode irradiar. Podem estar presentes marcas de tentáculos. Vesículas e equimoses são menos comuns.</p>	<p>Remover os tentáculos de imediato raspando a pele com um objeto plástico (como um cartão de crédito) após lavar o local com água do mar. Após retirada dos tentáculos expor o local afetado a água quente por 20 minutos. Não esfregar o local vigorosamente.</p> <p>Para lesões nos olhos: limpeza com água do mar ou solução fisiológica.</p> <p>Ácido acético (vinagre): indicado para lesões por água-viva de espécies da Austrália e Hawaii, tem menor efeito analgésico que</p>	<p>Técnico de enfermagem/ Enfermeiro</p>

isolamento da mesma com o auxílio de esparadrapo.
Se paciente imunocomprometido ou suspeita, ou lesões disseminadas, encaminhar para avaliação médica.

16 - ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NAS SITUAÇÕES DE DEMANDAS DA SAÚDE MENTAL.

Cabe destacar que as condutas especificadas neste manual provêm do Manual de Saúde Mental do Município de Florianópolis (2011), este capítulo tem como objetivo nortear as condutas da equipe de Enfermagem.

16.1- Risco de Suicídio

O técnico na abordagem ao paciente com sofrimento mental deve avaliar o risco de suicídio. Segundo o protocolo de atenção em saúde mental de Florianópolis (2011) perguntar ao paciente sobre ideação suicida não induz ao suicídio, e pode tranquilizá-lo, por perceber que pode falar abertamente de todos os aspectos de sua condição sem ser julgado.

Todos os pacientes com depressão, unipolar ou bipolar, moderada a grave, além dos episódios mistos, devem ser perguntados abertamente e especificamente sobre ideação, planos e tentativas de suicídio. O quadro XX apresenta algumas questões importantes a serem avaliadas.

Quadro 16.1- Fatores a serem observados na avaliação do quadro de ideação suicida

Verificar idade do paciente: idosos têm alto risco de suicídio, e solidão é o principal motivo relatado para considerar suicídio. Aqueles com perdas recentes, principalmente de cônjuge, e doenças limitantes e incapacitantes devem ser rastreados ativamente para depressão e suicídio. Diagnóstico recente de doença grave.

Avaliar presença de ideação, intenção ou plano suicida

Verificar acesso a meios para efetuar o suicídio e a letalidade desses meios

Questionar sobre tentativas prévias e a gravidade dos intentos

Avaliar potenciais comportamentos de auto ou heteroagressão, incluindo autonegligência. A desesperança significativa é a principal dimensão psicológica associada ao suicídio. A impulsividade e agressividade podem ser as principais características que compõem o comportamento suicida.

Verificar se há presença de abuso de álcool ou outras substâncias. Aderência ao tratamento ambulatorial. Freqüentes recaídas, pobre controle sintomático, contínuo prejuízo funcional ou comorbidade com transtornos ansiosos.

Avaliar presença de sintomas psicóticos, alucinações de comando ou ansiedade severa

Exacerbação aguda dos sintomas de episódio maníaco ou depressivo grave

Verificar história familiar de ou exposição recente a suicídio

Avaliar presença ou ausência de suporte familiar/social

Fonte: Protocolo de Atenção em Saúde Mental (2011)

Se observado que o paciente encontra-se em risco de suicídio, um plano de crise deve ser desenvolvido em colaboração com o paciente, a intervenção com maior grau de recomendação para diminuição do risco de suicídio é o tratamento adequado e eficaz dos pacientes (PROTOCOLO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL, 2011). O quadro 16.2 apresenta condutas básicas para equipe de enfermagem.

Quadro 16.2 – Condutas básicas em relação ao suicídio.

O que fazer?	Quem?
Identificar e criar junto com paciente um lista de gatilhos potencialmente identificados, no âmbito pessoal, social e ambiental bem como sintomas iniciais de recaída	Técnico de enfermagem e/ou Enfermeiro
Acionar rede de contato do paciente para acompanhar paciente durante a crise	Técnico de enfermagem e/ou Enfermeiro
Afastar meios de realização do suicídio. Ex: deixar uma limitada quantidade de medicação psicotrópica com o paciente durante períodos de alto risco de suicídio.	Técnico de enfermagem e/ou Enfermeiro
Deixar claro como o paciente ou cuidador podem acessar cuidados: os nomes dos profissionais de saúde em atenção primária e secundária que se comprometeram com o plano de crise.	Técnico de enfermagem e/ou Enfermeiro
Realizar pacto anti-suicida	Técnico de enfermagem e/ou Enfermeiro
Definir local de tratamento: pode ser considerado para tratamento ambulatorial o paciente com ideação suicida crônica e/ou autolesão sem repercussão clínica grave, com apoio familiar e psicossocial estáveis e/ou acompanhamento psiquiátrico ambulatorial já em andamento	Enfermeiro e/ou Médico
Medidas gerais: Quando optamos por não	Técnico de enfermagem e/ou Enfermeiro

internar um paciente com risco de suicídio, devem ser orientadas medidas como tirar armas de fogo e facas da casa, não deixar medicamentos ou produtos tóxicos acessíveis, manter algum familiar ou amigo constantemente presente. Estas medidas simples podem diminuir o acesso do paciente a meios de se lesar e diminuir as chances de suicídio.

Fonte: Protocolo de Atenção em Saúde Mental (2011)

O quadro abaixo apresenta uma das escalas para classificação do grau de risco de suicídio, sintoma, avaliação e ação.

Quadro 16.3 – Risco de suicídio: Identificação, avaliação e plano de ação

Risco	Sintoma	Avaliação	Ação
0	Sem perturbação.	-	-
1	Perturbado emocionalmente.	Perguntar sobre ideias suicidas.	Ouvir com empatia.
2	Ideias vagas de morte.	Perguntar sobre ideias suicidas	Ouvir com empatia.
3	Pensamento suicidas vagos.	Avaliar a intenção (plano e método).	Explorar possibilidades. Identificar suporte.
4	Ideias suicidas sem transtorno psiquiátrico.	Avaliar a intenção (plano e método).	Explorar possibilidades. Identificar suporte.
5	Ideias suicidas com transtorno psiquiátrico ou estressores severos.	Avaliar a intenção (plano e método). Fazer um contrato (“pacto anti-suícida”).	Encaminhar para psiquiatra ou serviço de saúde mental – CAPS II (Ponta do Coral).
6	Ideias suicidas com transtornos psiquiátricos ou estressores severos ou agitação e tentativa prévia.	Ficar com o paciente (para prevenir acesso a meios).	Hospitalar.

Fonte: WHO. Preventing Suicide: a resource for general physicians. WHO: Geneva, 2000. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/en/56.pdf. Apud Protocolo de Atenção em Saúde Mental de Florianópolis (2011).

16.2- Intoxicação alcoólica aguda

Intoxicação aguda é uma condição transitória que ocorre após a ingestão de álcool, ou outra substância psicoativa, e tem como consequência perturbações no nível de consciência, cognição, percepção, afeto ou comportamento e outras funções ou respostas psicofisiológicas (BRASIL, 2013, p. 219)

Os principais sinais e sintomas de intoxicação por álcool são: rubor facial, euforia, alterações da fala, fala pastosa, alteração no raciocínio lógico, alterações na coordenação motora, andar cambaleante, dificuldade de manter o equilíbrio, podendo evoluir para tontura, ataxia e incoordenação motora mais acentuada, passando para confusão, desorientação e atingindo graus variáveis de anestesia, entre eles estupor e coma. (PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS, 2011)

Dependendo das características pessoais do paciente/usuário e do nível de consumo de álcool, uma avaliação mais minuciosa pode ser mais difícil. Alguns pacientes podem se tornar mais agressivos, hostis, barulhentos e sarcásticos. “A equipe deverá evitar confrontos que possam levar à quebra de vínculo, por isso a ajuda de amigos e familiares é imprescindível nesses casos”. (BRASIL, 2013, p. 220).

As condutas de Enfermagem frente ao quadro de intoxicação alcoólica aguda estão contidas no quadro a seguir.

Quadro 16.4 - Condutas da Enfermagem frente ao quadro de intoxicação aguda por álcool.

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Intervenções não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar interrupção da ingestão do álcool; • Proporcionar ambiente seguro e livre de estímulos (Sala de observação); • Abordar paciente em três técnicos; • Posicionar paciente em decúbito lateral evitando broncoaspiração em caso de rebaixamento do nível de consciência; • Monitoramento dos sinais; • Avaliar nível de consciência (se Glasgow* < 13 acionar Médico); • No caso de agitação psicomotora com hetero ou auto agressividade; • mobilizar equipe para abordagem e caso não seja eficaz iniciar contenção física no leito; • Acionar rede de contatos do paciente (familiares); 	Técnicos de Enfermagem/ Enfermeiro

	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar escuta do paciente e do familiar, se possível; • Realizar aconselhamento e intervenção buscando um vínculo com paciente; • Ofertar tratamento em ULS; • Caso necessário, encaminhar para o CAPS Ad (apenas enfermeiro). 	
<p>Intervenções medicamentosas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar tiamina 100 mg intramuscular no paciente oligotrófico como profilaxia da síndrome de wernicke-korsakoff; • Caso apresente hipoglicemia, aguardar se possível, 30 minutos após administração de tiamina 100 mg IM para iniciar administração de soro glicosado e/ou glicose hipertônica 25% ou 50 % intravenoso. 	<p>Enfermeiro do CAPS</p>

Fonte: (DIEHL, 2010, p. 90-91)

*Escala de coma de Glasgow no anexo

16.3 – Síndrome de abstinência do álcool (SAA)

A síndrome ou estado de abstinência é um conjunto de sinais e sintomas que podem apresentar gravidades variáveis, de acordo com a abstinência absoluta ou relativa de uma substância, no caso, o álcool.

Para Diehl; Laranjeira (2010, p.94) a SAA caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas que surgem já nas primeiras 6 horas após a diminuição ou interrupção do uso do álcool. Para Prefeitura municipal de Florianópolis (2011) a maioria dos dependentes apresenta uma síndrome de abstinência leve a moderada. Por volta de 5% dos dependentes apresentarão uma síndrome de abstinência grave.

Há alguns instrumentos para avaliar a gravidade da síndrome de abstinência validados para o Brasil. Dentre estes, citamos a escala CIWA-Ar (*Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised*), considerada como um bom instrumento para avaliação da gravidade da síndrome de abstinência, classificando-a em síndrome de abstinência leve, moderada ou grave, e auxiliando na definição de quais pacientes devem ser encaminhados para serviços especializados com maior ou menor urgência.

Quadro 16.5 – Escala CIWA-Ar

Avaliação	Escore				Pontos
1. Você sente um mal estar no estômago (enjôo)? Você tem vomitado?	0 Não	1 Náusea leve e sem vômito	4 Náusea recorrente com ânsia de vômito	7 Náusea constante, ânsia de vômito e vômito	
2. Tremor com os braços estendidos e os dedos separados	0 Não	1 Não visível, mas sente	4 Moderado, com os braços estendidos	7 Severo, mesmo com os braços estendidos	
3. Sudorese	0 Não	-	4 Facial	7 Profusa	
4. Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinicações?	Código da questão 8				
5. Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto?	Código da questão 8				
6. As luzes têm parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que tem lhe perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes?	0 Não	2 Leve	4 Alucinações moderadas	6 Extremamente graves	
	1 Muito leve	3 Moderado	5 Alucinações graves	7 Contínua	
7. Você se sente nervoso (a)? (observação)	0 Não	1 Muito leve	4 Leve	7 Ansiedade grave, um estado de pânico,	

				semelhante a um episódio psicótico agudo?	
8. Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento?	0 Não	2 Leve	4 Moderado / grave	6 Muito grave	
	1 Muito leve	3 Moderado	5 Grave	7 Extremamente grave	
9. Agitação (observação):	0 Normal	1 Um pouco mais que a atividade normal	4 Moderadamente	7 Constante	
10. Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (observação)	0 Orientado	2 Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias	4 Desorientado com o lugar e pessoa E		
	1 Incerto sobre a data, não responde seguramente	3 Desorientado com a data, com mais de 2 dias			

Critérios diagnósticos: 0-9 SAA leve; 10-18 SAA moderada; >18 SAA grave

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS (2011)

Esta escala permite classificar em SAA I leve e moderado e SAA II grave. O nível de gravidade da SAA aferido pela CIWA-Ar pode determinar a escolha do local mais adequado: com escore igual ou maior que 20, o paciente deve ser encaminhado para o CAPSad para avaliar a necessidade e disponibilidade de uma unidade hospitalar para internação ou regime intensivo para desintoxicação no próprio CAPS ad conforme disponibilidade de recursos sociais (família, moradia, etc) e complicações.

Escore menores permitem a desintoxicação domiciliar ou ambulatorial (com seguimento intensivo pelos centros de saúde e/ou CAPS ad), dependendo dos recursos clínicos, psíquicos, sociais e do local. O manejo clínico e medicamentoso dos pacientes também está condicionado à gravidade da SAA. Pacientes com SAA nível I podem receber tratamento ambulatorial (centros de saúde e/ou CAPSad). As consultas devem ser freqüentes. O paciente e sua família devem ser orientados sobre a doença e da necessidade de buscarem uma sala de emergência caso haja agravamento clínico

O quadro abaixo apresenta o apoio mínimo que pode ser dispensado pela equipe de enfermagem ao usuário com SAA.

Quadro 16.6 - Condutas básicas de Enfermagem frente ao quadro de SAA nível I

Período	Conduta	Quem pode fazer?
1º semana	<ul style="list-style-type: none"> Investigar com paciente consumo de álcool, avaliando: Quantidade de consumo, tempo de uso desta quantidade, data e horário da última ingesta. Histórico de crises convulsivas. Proporcionar ambiente seguro e livre de estímulos Aferir sinais vitais e HGT. Esclarecer adequadamente sobre a SAA para pacientes e familiares Orientar dieta leve ou restrita e hidratação adequada Orientar supervisão familiar 	Enfermeiro/Técnicos de Enfermagem
	<ul style="list-style-type: none"> Prescrever tiamina* 300 mg intramuscular 3 x por semana. 	Médico / Enfermeiro do CAPS
	<ul style="list-style-type: none"> Prescrever diazepam de 20 a 40 mg/dia por via oral ou lorazepam 	Médico
2º e 3º semana	<ul style="list-style-type: none"> Redução gradual dos cuidados gerais. 	Técnico de enfermagem/ Enfermeiro
	<ul style="list-style-type: none"> Prescrever tiamina 300 mg por dia por via oral 	Enfermeiro do CAPS

Fonte: (DIEHL; LARANJEIRA, 2010, p. 96-98); (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2011, p. 195-196)

*** Excepcionalmente nos casos em que a tiamina injetável não estiver disponível, poderá ser utilizado para os mesmos casos compostos que contenham tiamina, como os combinados de complexo vitamínico B. Para tanto, deve-se garantir que a quantidade de tiamina administrada fique o mais próximo possível das 300 mg recomendadas, e que nenhum dos outros componentes ultrapassem doses seguras.**

16.4- Contenção mecânica do paciente

A restrição é usada para pacientes que apresentam quadro de inquietação e possível agitação psicomotora. É um procedimento usado na psiquiatria, com pacientes com alto risco de violência. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA, 2015). A restrição pode ser dividida segundo o Conselho Regional de Enfermagem (2009) em restrição física, química, mecânica, psicológica e ambiental. Com relação a restrição física caracteriza-se pela imobilização do paciente por várias pessoas da equipe

assistencial que o seguram firmemente no solo. A restrição mecânica caracteriza-se pelo uso de faixas de couro ou tecido, em quatro ou cinco pontos, que fixam o paciente ao leito (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA, 2015).

O Conselho Federal de Enfermagem por meio da Resolução 427/2012 normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Trazendo clareza as possibilidades legais dos profissionais de enfermagem. Segue abaixo a citação da resolução 427/2012:

Art. 1º Os profissionais da Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro e, preferencialmente, em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, públicas ou privadas, a que estejam vinculados. Art. 2º A contenção mecânica de paciente será empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais. Parágrafo único. Em nenhum caso, a contenção mecânica de paciente será prolongada além do período estritamente necessário para o fim previsto no caput deste artigo. Art. 3º É vedado aos profissionais da Enfermagem o emprego de contenção mecânica de pacientes com o propósito de disciplina, punição e coerção, ou por conveniência da instituição ou da equipe de saúde. Art. 4º Todo paciente em contenção mecânica deve ser monitorado atentamente pela equipe de Enfermagem, para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou para identificá-los precocemente. § 1º Quando em contenção mecânica, há necessidade de monitoramento clínico do nível de consciência, de dados vitais e de condições de pele e circulação nos locais e membros contidos do paciente, verificados com regularidade nunca superior a 1 (uma) hora. § 2º Maior rigor no monitoramento deve ser observado em pacientes sob sedação, sonolentos ou com algum problema clínico, e em idosos, crianças e adolescentes. Art. 5º Todos os casos de contenção mecânica de pacientes, as razões para o emprego e sua duração, a ocorrência de eventos adversos, assim como os detalhes relativos ao monitoramento clínico, devem ser registrados no prontuário do paciente. Art. 6º Os procedimentos previstos nesta norma devem obedecer ao disposto na Resolução Cofen nº 358, de 15 de outubro de 2009. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012).

Considerando a presente resolução o profissional enfermeiro poderá orientar e determinar a contenção mecânica.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de atenção básica. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília-DF, 2013 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf >. Acesso em: 02 de fevereiro de 2016
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção básica. Departamento de atenção básica. Acolhimento à demanda espontânea. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II. Brasília-DF, 2012. Disponível: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_ii.pdf
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dermatologia na atenção básica. Caderno de Atenção básica nº 9. Brasília-DF, 2002.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 221/2008 Define a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária à Saúde. Brasília-DF, 17/08/2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.htm
5. BRITISH MEDICAL JOURNAL. Best Practice. Avaliação da dismenorréia: última atualização em outubro de 2015. Disponível: <http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/420/diagnosis/step-by-step.html>
6. BRITISH MEDICAL JOURNAL. Best Practice. Otite média e otite externa: última atualização em outubro de 2015. Disponível em: <http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/39.html> e <http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/40.html>
7. BRITISH MEDICAL JOURNAL. Best Practice. Scabies: última atualização em janeiro de 2016. Disponível em: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph-pdf/124.pdf>
8. BRUN, C. P.; PASQUALOTTO, A.C.. Febre. In. ROSA, A. A. A.; SOARES, J. L. M. F.; BARROS, E. Sintomas e sinais na prática médica: consulta rápida. Artmed: São Paulo, 2006.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de tratamento da Influenza 2015. Brasília-DF, 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/17/protocolo-influenza2015-16dez15-isbn.pdf>
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das mulheres. Brasília-DF, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf
11. FALEIROS, J.J.; MACHADO, A.R.L.. Diarréia. In. DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J.. Medicina ambulatorial: Conduas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 1325-1334

- 12.** FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA, et. al. Infecção urinária não complicada na mulher: Tratamento. [local desconhecido]: Associação médica Brasileira e Agência nacional de saúde suplementar, 2011. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/infeccao_urinaria_nao-complicada_na_mulher-tratamento.pdf.
- 13.** FERNANDES, J. G.; KOWACS, F. Cefaléia. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J.. Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 11164-1173
- 14.** FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de atenção a Saúde mental. Tubarão: Ed. Copiart, 2010. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf>. Acesso em: 25 de janeiro de 2016.
- 15.** FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Pack Brasil Adulto: Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde. Florianópolis-SC, 2016.
- 16.** MAXIMILHANO, M. A.; SCHENEIDER, N. C.; KUPSKI, C..Diarréia. In. ROSA, A. A. A.; SOARES, J. L. M. F.; BARROS, E. Sintomas e sinais na prática médica: consulta rápida. Artmed: São Paulo, 2006.
- 17.** RIO DE JANEIRO. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. Protocolos de Enfermagem na atenção primária á saúde. Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111921/enfermagem.pdf>.
- 18.** SCHMIDT F. M. Q. et al. Prevalência de constipação intestinal autorreferida em adultos da população geral. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo; n. 49, p. 443-452, mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n3/pt_0080-6234-reeusp-49-03-0443.pdf. Acesso em: 05 de fevereiro de 2016
- 19.** SMITH, M. M.; ROSITO, L. P. S.. Dor de garganta. In. ROSA, A. A. A.; SOARES, J. L. M. F.; BARROS, E. Sintomas e sinais na prática médica: consulta rápida. Artmed: São Paulo, 2006.
- 20.** VIDOR, A. C.; CUNHA, C. R. H.. Náuseas e vômitos. In. DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J.. Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 1193-1200.
- 21.** WOLF, Klaus et all. Fitzpatrick's color atlas & synopsis of Clinical Dermatology. Editora McGraw-Hill, 2009.
- 22.** GUSSO, Gustavo Diniz. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional Atenção Primária- CIAP/2. Tese de doutorado da Faculdade de medicina da USP. São Paulo-SP, 2009.
- 23.** LONDRINA. Prefeitura do Município. Avaliação e Assistência de Enfermagem: protocolo. Londrina-PR, 2006. Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/prot_enfermagem.pdf.
- 24.** SANTA CATARINA. Secretaria Estadual da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE). Cartaz de higiene respiratória/etiqueta da tosse. Florianópolis-SC, 2015.

- 25.** MELLO FILHO, J. SILVEIRA, LM. Consulta Conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, 2005.
- 26.** TAVARES. M. A Prática da Atenção Primária à Saúde. In. DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J.. Medicina ambulatorial: Conduas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, p.104.
- 27.** BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Portaria GM 2488/2011. Brasília-DF, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- 28.** MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS. Protocolo de atenção a saúde mental. Tubarão: Ed. Copiart, 2010.
- 29.** CORDEIRO, D. C.; DIEHL A.; LARANJEIRA R. Dependência química: prevenção tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011
- 30.** CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 427, de 07 de maio de 2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Resolução Cofen nº 427/2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html>. Acesso em: 26 out. 2016
- 31.** CIANCHETTI C. et al. Treatment of migraine attacks by compression of temporal superficial arteries using a device. In Medical Science Monitor, 2009; 15(4): 185-188. Disponível em <<http://www.medscimonit.com/download/index/idArt/869619>>

ANEXO I – Alongamento

Alongamentos da coluna lombar (Costas)



Alongamentos da coluna cervical (Pescoço)



ALONGAMENTO É SAÚDE


PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DESENVOLVIMENTO: Profissionais de Fisioterapia e Educação Física - SMS

EM CASO DE DÚVIDAS
PROCURE ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Infosaúde

ANEXO II – Postura e mudanças de estilo de vida

SUS 

COMO PREVENIR A DOR NAS COSTAS?

A prática regular de exercícios físicos e pequenos cuidados no dia-a-dia ajudam a reduzir e evitar as dores da coluna.

CUIDADOS COM A POSTURA

Sente para vestir a roupa e traga os pés até o corpo para calçar as meias ou sapatos.



Evite carregar peso excessivo. Distribua o peso nos dois braços.



Utilize um apoio para o pé enquanto realiza as atividades em pé, como passar roupa, cozinhar, lavar roupa, etc. Alterne o pé que se apóia no banco conforme você sentir necessidade.



A melhor posição para dormir é deitada de lado, com um travesseiro entre as pernas dobradas.



- Sente corretamente, procurando ajustar a altura do assento na linha dos joelhos mantendo os pés apoiados;
- Apóie a coluna completamente ao encosto ou use apoio para coluna lombar;
- Evite ficar muito tempo sentado.



Procure realizar as atividades sempre na altura do corpo. Se estiver muito alto, use uma escada ou cadeira para alcançar.



Se não for possível dormir de lado, deite de barriga para cima. Procure deixar a cabeça alinhada com o tronco usando um travesseiro embaixo da cabeça e outro abaixo dos joelhos. Evite um travesseiro muito alto ou muito baixo.



Procure varrer as áreas mais próximas e à frente do corpo mantendo a coluna ereta, evitando movimentos de torção.



Evite ficar muito tempo agachado. Use um banquinho para sentar enquanto cuida do jardim.



Para pegar um objeto no chão, ajoelhe-se e traga-o para perto do corpo para então se levantar. O mesmo vale quando for depositá-lo no chão.



Mochilas devem ser carregadas nas costas junto ao tronco com as duas alças. Já bolsas devem ser preferencialmente, carregadas cruzadas ao tronco.



FAÇA PAUSAS FREQUENTES NO TRABALHO E NAS ATIVIDADES DIÁRIAS PARA ALONGAR E RELAXAR

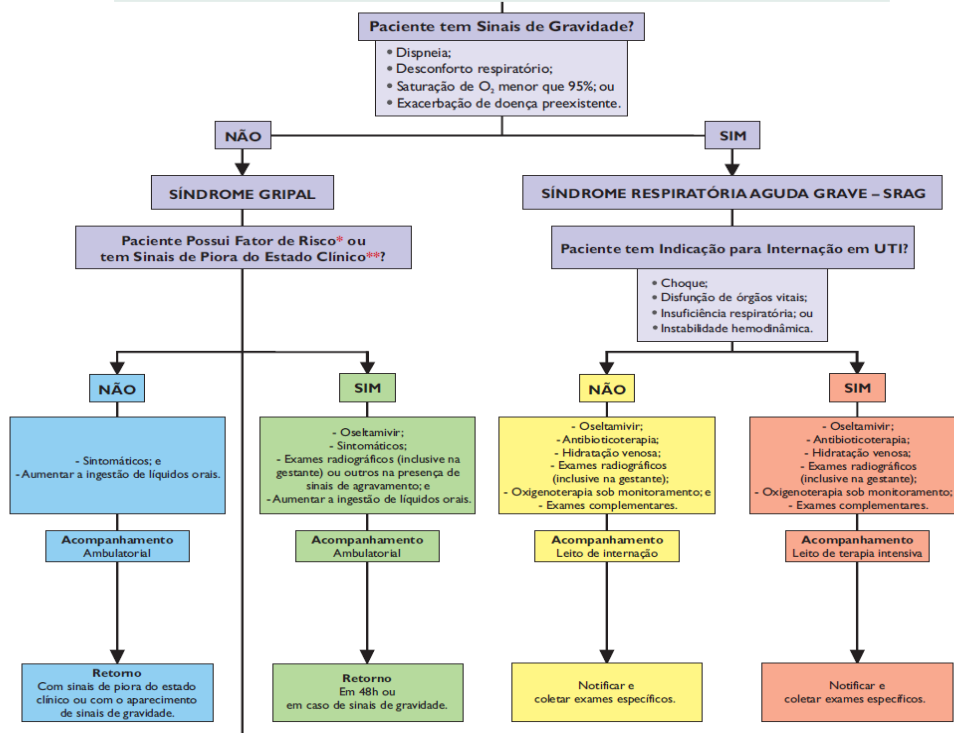
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Infosaúde

ANEXO III – Manejo Clínico em paciente com suspeita de Influenza/Síndrome Respiratória Aguda Grave

SÍNDROME GRIPAL/SRAG Classificação de Risco e Manejo do Paciente

Síndrome Gripal

Na ausência de outro diagnóstico específico, considerar o paciente com febre, de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: mialgia, cefaleia ou artralgia.
Obs.: em crianças com menos de 2 anos de idade considerar, na ausência de outro diagnóstico específico, febre de início súbito, mesmo que referida, e sintomas respiratórios: tosse, coriza e obstrução nasal.



* **Fatores de risco:** população indígena; gestantes; puérperas (até duas semanas após o parto); crianças < 5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de 2 anos, especialmente as menores de 6 meses com maior taxa de mortalidade); adultos (≥ 60 anos); pneumopatias (incluindo asma); cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica); doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme); distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus); transtornos neurológicos e do desenvolvimento que possam comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção congênita, lesões medulares, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, AVC ou doenças neuromusculares); imunossupressão (medicamentos, neoplasias, HIV/aids); nefropatias e hepatopatias; obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC ≥ 40 em adultos); pacientes com tuberculose de todas as formas.

** **Sinais de piora do estado clínico:** persistência ou agravamento da febre por mais de três dias; mioosite comprovada por CPK (≥ 2 a 3 vezes); alteração do sensorio; desidratação e, em crianças, exacerbação dos sintomas gastrointestinais.

Fonte: SAS.

DROGA	FAIXA ETÁRIA	POSOLOGIA	
OSETAMIVIR	Adulto	75 mg, vo*, 12/12h, 5 dias	
		≤ 15 kg	30 mg, vo, 12/12h, 5 dias
	Criança maior de 1 ano de idade	> 15 kg a 23 kg	45 mg, vo, 12/12h, 5 dias
		> 23 kg a 40 kg	60 mg, vo, 12/12h, 5 dias
		> 40 kg	75 mg, vo, 12/12h, 5 dias
Criança menor de 1 ano de idade	0 a 8 meses	3 mg por kg, vo, 12/12h, 5 dias	
	9 a 11 meses	3,5 mg por kg, vo, 12/12h, 5 dias	
ZANAMIVIR	Adulto	10 mg: duas inalações de 5 mg, 12/12h, 5 dias	
	Criança	≥ 7 anos	10 mg: duas inalações de 5 mg, 12/12h, 5 dias
Dose para Tratamento no Período Neonatal – Tratamento durante cinco dias			
Recém-nascido pré-termo	1 mg/kg/dose 12/12 horas até 38 semanas de idade		
	1 mg/kg/dose 12/12 horas < 38 semanas de idade		
Período Neonatal	1,5 mg/kg/dose 12/12 horas de 38 a 40 semanas de idade		
	3 mg/kg/dose de 12/12 horas em RN com IG > 40 semanas		

* via oral.

ANEXO IV – Etiqueta da Tosse



**HIGIENE RESPIRATÓRIA
ETIQUETA DA TOSSE**

**SOLICITAMOS A TODOS QUE ESTEJAM
COM GRIPE OU RESFRIADO:**

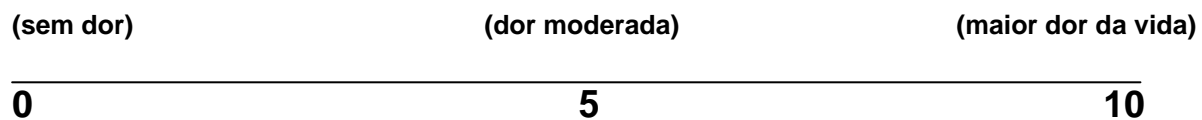
-  **PEÇAM UMA MÁSCARA À RECEPÇÃO;**
-  **CUBRAM A BOCA E O NARIZ COM
UM LENÇO DESCARTÁVEL AO ESPIRRAR
OU TOSSIR E DESPREZE-O NO LIXO;**
-  **LAVEM AS MÃOS APÓS LIMPAR
O NARIZ OU BOCA;**
-  **MANTENHAM DISTÂNCIA DAS PESSOAS.**

Secretarias Municipais de Saúde  Secretaria de Estado da Saúde 

Fonte24: Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE/SC)

ANEXO V – Escalas para mensuração da dor

a) Nota da Dor:



Fonte: própria

b) Escala conforme expressão facial:



Fonte²: Caderno de Atenção Básica nº28- BRASIL(2012)

ANEXO VI – Escalas de Coma de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW : Avalie da seguinte forma

GCS
at 40
EYES
VERBAL
MOTOR

Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde



VERIFIQUE

Fatores que interferem com a comunicação, capacidade de resposta e outras lesões



OBSERVE

A abertura ocular, o conteúdo do discurso e os movimentos dos hemisférios direito e esquerdo



ESTIMULE

Estimulação sonora: ordem em tom de voz normal ou em voz alta
Estimulação física: pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supraorbitária



PONTUE

De acordo com a melhor resposta observada

Abertura ocular

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Olhos abertos previamente à estimulação	✓	Espontânea	4
Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	✓	Ao Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	✓	À pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	✓	Não testável	NT

Resposta Verbal

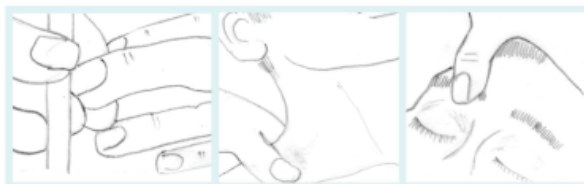
Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	✓	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	✓	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	✓	Palavras	3
Apenas gemidos	✓	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	✓	Não testável	NT

Melhor Resposta Motora

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Cumprimento de ordens com 2 ações	✓	A ordens	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pescoço	✓	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	✓	Flexão normal	4
Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	✓	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	✓	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	✓	Não testável	NT

Locais para estimulação física

Pressão na extremidade dos dedos Pinçamento do trapézio Incisura supraorbitária



Características da resposta em flexão

Modificado com autorização a partir de Van Der Naalt
2004 Ned Tijdschr Geneesk

Flexão anormal

Lenta
Estereotipada
Aproximação do braço relativamente ao tórax
Rotação do antebraço
Cerramento do polegar
Extensão do membro inferior



Flexão normal

Rápida
Variável
Afastamento do braço relativamente ao corpo

Para informação adicional e demonstração em vídeo visite www.glasgowcomascale.org

Graphic design by Margaret Frej based on layout and illustrations from Medical Illustration M1 - 268093
(c) Sir Graham Teasdale 2015

CONTROLE DE ALTERAÇÕES

Versão	Capítulo	Página	Alteração	Data da alteração
1.1	2	14	Correção no último retângulo à direita, de “Provável otite média crônica” para “Provável otite média aguda”.	26/04/2017
1.1	10	29	Inserção de observação com relação ao uso de Albendazol na gestação e amamentação.	26/04/2017
1.1	18	41	Alteração do período máximo de uso da Mupirocina, fixando em 10 dias.	26/04/2017
1.1	Anexos	63	Anexada a Escala de Coma de Glasgow	26/04/2017
1.2	16	53	Inclusão da possibilidade de uso de compostos contendo tiamina no caso de indisponibilidade de tiamina pura.	04/09/2017
1.2	14	39-42	Inclusão de Miconazol creme dermatológico como alternativa ao Clotrimazol creme devido a mudança na disponibilidade deste último.	04/09/2017
1.2	15	45	Inclusão de prescrição de aciclovir pelo enfermeiro para herpes.	04/09/2017
1.2	15	38-39	Alteração no tratamento para pediculose.	04/09/2017
1.2	15	38	Alteração no tratamento para escabiose.	04/09/2017