

*e-books*

**PROTOCOLOS DE  
ENFERMAGEM**



# PROTÓCOLO DE ENFERMAGEM

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

## VOLUME 4

### ATENÇÃO À DEMANDA ESPONTÂNEA DE CUIDADOS NO ADULTO

Florianópolis, dezembro de 2016

Versão 2

(Atualizado em dezembro de 2020)



# **PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 4**

## **ENFERMAGEM** Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

### **ATENÇÃO À DEMANDA ESPONTÂNEA DE CUIDADOS NO ADULTO**

**Prefeito**

Gean Marques Loureiro

**Vice-Prefeito**

João Batista Nunes

**Secretário de Saúde**

Carlos Alberto Justo da Silva

**Secretário Adjunto**

Sandro Jose Andretti

**Diretor de Atenção Primária**

Tiago Barra Vidal

**Gerente de Atenção Primária**

João Paulo Mello da Silveira

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

Elizimara Ferreira Siqueira

**Autores**

Alessandra de Quadra  
Esmeraldino

Ana Carolina Severino da Silva

Anna Carolina R. L. Rodrigues

Ana Cristina M. F. Báfica

Ana Maria Bim Gomes

Carla Sousa Guedelha

Caren Cristina D. M. Fonseca

Carmen Ruggi Bonfim Santoro

Cilene Fernandes Soares

Cristiane Alves

Edla Zwiener González

Fernanda De Conto

Fernanda Paese

Gisele Magnabosco

Guilherme Mortari Belaver

Izabel Cristina M. Conrat

Ingrid Valeria Veronez

Jadson Jovaert Mota Kreis

João Marcos Emerenciano

Julia Maria De Souza

Juliana Cipriano Braga Silva

Juliana Weber

Karina Mendes

Laura D. R. Castillo Lacerda

Leila B. B. de A. Ferreira

Lucas Alexandre Pedebos

Lucilene Maria Schmitz

Milena Pereira

Missouri Helena B. K. Paixão

Priscilla Cibebe Tramontina

Renata Da Rosa T. Fetzner

Sarah Soares Barbosa

Solange Alberti Andrzejewski

Stella Maria Pfitzenreuter

Tatiana Vieira Fraga

Vinicius Paim Brasil



Este documento está licenciado sob a licença Creative Commons – Atribuição Não-Comercial 4.0 Internacional. Ele pode ser replicado ou adaptado, no todo ou em parte, contanto que a fonte seja citada e o uso não seja com propósitos comerciais.

**Como citar este documento:** FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 4 - Demanda espontânea do Adulto. Florianópolis, 2016.

## **CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA - Coren/SC Gestão 2018/2020**

### **Presidente**

Helga Regina Bresciani

### **Conselheira Secretária**

Daniella Farinella Jora

### **Conselheira Tesoureira**

Alessandra Junkes Coutinho

### **Conselheiros Titulares**

Elizimara Ferreira Siqueira – Coren/SC 82888

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos – Coren/SC 9406

Helga Regina Bresciani – Coren/SC 29525

Ioná Vieira Bez Birolo – Coren/SC 58205

Daniella Regina Farinella Jora – Coren/SC 118510

Alessandra Junkes Coutinho – Coren/SC 183306

Míssia Mesquita Páscoa – Coren/SC 139423

Priscila Rodrigues da Cunha – Coren/SC 575913

Rosângela Borges da Silva – Coren/SC 586762

### **Conselheiros Suplentes**

Ana Paula da Silva Maciel – Coren/SC 201279

Dayane Carla Borille – Coren/SC 86248

Jerry Schmitz – Coren/SC 80977

Lais Concellos – Coren/SC 75136

Ediane Bergamin – Coren/SC 148765

Daniela Maçaneiro – Coren/SC 119636

Felipe da Rosa Pedro – Coren/SC 680401

Vilmar Wanderet – Coren/SC 319008

## 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 (a), sendo válido como protocolo institucional.

**Carlos Alberto Justo da Silva**  
Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis

**Helga Bresciani**  
Presidente do Coren/SC

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE QUADROS.....</b>	<b>20</b>
<b>LISTA DE FLUXOGRAMAS.....</b>	<b>23</b>
<b>1 – INTERCONSULTA.....</b>	<b>8</b>
<b>2 – SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)<sup>33,34,35</sup>.....</b>	<b>10</b>
<b>3 – DOR DE OUVIDO.....</b>	<b>14</b>
<b>4 – FEBRE.....</b>	<b>19</b>
<b>5 – CEFALIA /DOR DE CABEÇA.....</b>	<b>20</b>
<b>6 – DIARREIA.....</b>	<b>24</b>
<b>7 – NÁUSEAS E VÔMITOS.....</b>	<b>26</b>
<b>8 – DOR DE GARGANTA.....</b>	<b>28</b>
<b>9 – AZIA (PIROSE).....</b>	<b>30</b>
<b>10 – CONSTIPAÇÃO INTESTINAL/SINTOMAS ANAIS.....</b>	<b>32</b>
<b>11 – PARASITOSE INTESTINAL/VERMINOSE.....</b>	<b>34</b>
<b>12 – DOR LOMBAR/DOR NAS COSTAS e DOR NOS OMBROS.....</b>	<b>36</b>
<b>12.2 DOR NOS OMBROS.....</b>	<b>38</b>
<b>13 – RESFRIADO COMUM.....</b>	<b>40</b>
<b>14 – QUEIXAS NO OLHO/BAIXA VISÃO.....</b>	<b>42</b>
<b>14.2 BAIXA VISÃO<sup>2, 15, 36</sup>.....</b>	<b>44</b>
<b>15 – PROBLEMAS DA PELE MAIS COMUNS NO ADULTO NA APS.....</b>	<b>46</b>
<b>16 – PROBLEMAS DA BOCA MAIS COMUNS NO ADULTO NA APS.....</b>	<b>52</b>
<b>17 - ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NAS SITUAÇÕES DE DEMANDAS DA SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>54</b>
<b>17.1- Risco de Suicídio.....</b>	<b>54</b>
<b>17.2- Intoxicação alcoólica aguda.....</b>	<b>56</b>
<b>17.3 – Síndrome de abstinência do álcool (SAA).....</b>	<b>58</b>
<b>17.4- Contenção mecânica da pessoa.....</b>	<b>61</b>

<b>18 – ABORDAGEM À PESSOA COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS.....</b>	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO I – DIÁRIO DA DOR .....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO II – ORIENTAÇÕES PARA MELHORAR O SONO .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO III – ORIENTAÇÕES ALIMENTARES PARA DIARREIA .....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO IV – ORIENTAÇÕES ALIMENTARES PARA AZIA.....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO V – ORIENTAÇÕES ALIMENTARES PARA CONSTIPAÇÃO.....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO VI – ALONGAMENTO .....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO VII – POSTURA E MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO VIII – ESCALAS PARA MENSURAÇÃO DA DOR.....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO IX – MANEJO CLÍNICO EM PESSOA COM SUSPEITA DE INFLUENZA/SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE .....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO X – ETIQUETA DA TOSSE .....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO XI – ESCALA DE COMA DE GLASGOW .....</b>	<b>81</b>
<b>CONTROLE DE ALTERAÇÕES.....</b>	<b>82</b>



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 3.1 – Problemas mais comuns que geram dor de ouvido</b>	<b>15</b>
<b>Quadro 4.1– Conduas de Enfermagem na presença de febre</b>	<b>19</b>
<b>Quadro 5.1 – Sinais de alerta da pessoa com queixa de cefaléia</b>	<b>21</b>
<b>Quadro 5.2 – Cuidados da equipe de Enfermagem relacionados a dor de cabeça</b>	<b>22</b>
<b>Quadro 6.1– Classificação da diarreia segundo a duração dos sintomas</b>	<b>24</b>
<b>Quadro 6.2 – Cuidados da equipe de enfermagem à pessoa com diarreia</b>	<b>25</b>
<b>Quadro 6.3 – Graus de desidratação</b>	<b>25</b>
<b>Quadro 7.1 – Conduas de enfermagem frente ao quadro de náuseas e vômitos</b>	<b>26</b>
<b>Quadro 8.1– Conduas de enfermagem frente ao quadro de dor de garganta</b>	<b>28</b>
<b>Quadro 9.1– Conduas de enfermagem frente aos sintomas de azia/pirose</b>	<b>30</b>
<b>Quadro 10.1 – Conduas de enfermagem na queixa de constipação intestinal</b>	<b>32</b>
<b>Quadro 10.2 – Sinais de alerta no quadro de constipação intestinal</b>	<b>32</b>
<b>Quadro 10.3 – Fissura anal</b>	<b>33</b>
<b>Quadro 10.4 - Hemorroidas</b>	<b>33</b>
<b>Quadro 10.5 – Coceira*/irritação com pele vermelha/cruenta</b>	<b>33</b>
<b>Quadro 11.1– Conduta de enfermagem na parasitose intestinal</b>	<b>34</b>
<b>Quadro 12.1– Conduas de enfermagem frente a queixas de dor lombar.</b>	<b>36</b>
<b>Quadro 12.2 – Conduas de enfermagem frente a queixas de dor em ombros.</b>	<b>38</b>
<b>Quadro 13.1– Conduas de enfermagem frente a queixas de resfriado comum</b>	<b>40</b>
<b>Quadro 14.1– Conduas de enfermagem frente a queixas de olho vermelho/conjuntivite</b>	<b>42</b>
<b>Quadro 14.2 – Conduas de enfermagem frente a queixa de baixa visão</b>	<b>44</b>
<b>Quadro 15.1 –Problemas de pele mais comuns na APS e condutas de enfermagem.</b>	<b>47</b>
<b>Quadro 16.1 – Problemas de boca mais comuns na APS e condutas de enfermagem.</b>	<b>52</b>
<b>* Se alergia prévia, não prescreva</b>	<b>53</b>
<b>Quadro 17.1- Fatores a serem observados na avaliação do quadro de ideação suicida</b>	<b>54</b>
<b>Quadro 17.2 – Conduas básicas em relação ao suicídio.</b>	<b>55</b>



<b>Quadro 17.3 – Risco de suicídio: Identificação, avaliação e plano de ação</b>	<b>56</b>
<b>Quadro 17.4 - Conduas da Enfermagem frente ao quadro de intoxicação aguda por álcool.</b>	<b>57</b>
<b>Quadro 17.5 – Escala CIWA-Ar</b>	<b>59</b>
<b>O que perguntar</b>	<b>59</b>
<b>Escore</b>	<b>59</b>
<b>Pontuação</b>	<b>59</b>
<b>1. Você sente um mal estar no estômago (enjoo)? Você tem vomitado?</b>	<b>59</b>
<b>0 Não 1 Náusea leve e sem vômito 4 Náusea recorrente com ânsia de vômito 7 Náusea constante, ânsia de vômito e vomito</b>	<b>59</b>
<b>2. Tremor com os braços estendidos e os dedos separados</b>	<b>59</b>
<b>0 Não 1 Não visível, mas sente 4 Moderado, com os braços estendidos 7 Severo, mesmo com os braços estendidos</b>	<b>59</b>
<b>3. Sudorese</b>	<b>59</b>
<b>0 Não 4 Facial 7 Profusa</b>	<b>59</b>
<b>4. Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinicações?</b>	<b>59</b>
<b>0 Não 1 Muito leve 2 Leve 3 Moderado 4 Moderado / grave 5 Grave 6 Muito grave 7 Extremamente grave</b>	<b>59</b>
<b>5. Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto?</b>	<b>59</b>
<b>0 Não 1 Muito leve 2 Leve 3 Moderado 4 Moderado / grave 5 Grave 6 Muito grave 7 Extremamente grave</b>	<b>59</b>
<b>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?</b>	<b>59</b>
<b>0 Não 1 Muito leve 2 Leve 3 Moderado 4 Alucinações moderadas 5 Alucinações graves 6 Extremamente graves 7 Contínua</b>	<b>59</b>
<b>7. Você se sente nervoso (a)? (observação)</b>	<b>59</b>
<b>0 Não 1 Muito leve 4 Leve 7 Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?</b>	<b>59</b>
<b>8. Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento?</b>	<b>59</b>
<b>0 Não 1 Muito leve 2 Leve 3 Moderado 4 Moderado / grave 5 Grave 6 Muito grave 7 Extremamente grave</b>	<b>59</b>

<b>9. Agitação (observação):</b> _____	<b>60</b>
<b>0 Normal 1 Um pouco mais que a atividade normal 4 Moderadamente 7 Constante</b> _____	<b>60</b>
<b>10. Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (observação)</b> _____	<b>60</b>
<b>0 Orientado 1 Incerto sobre a data, não responde seguramente 2 Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias 3 Desorientado com a data, com mais de 2 dias 4 Desorientado com o lugar e pessoa</b> _____	<b>60</b>
<b>TOTAL</b> _____	<b>60</b>
<b>Quadro 17.6 - Condutas básicas de Enfermagem frente ao quadro de SAA nível I</b> _____	<b>60</b>
_____	<b>64</b>
<b>Quadro 18 – Condutas de enfermagem frente ao usuário sintomático respiratório</b> _____	<b>65</b>

## LISTA DE FLUXOGRAMAS

<b>FLUXOGRAMA 2.1 – ATENDIMENTO DE PCR EM ADULTOS PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE</b>	<b>13</b>
<b>FLUXOGRAMA 3.1 – DIMINUIÇÃO DA ACUIDADE AUDITIVA</b>	<b>17</b>
<b>FLUXOGRAMA 4.1 – FEBRE EM ADULTOS</b>	<b>20</b>
<b>FLUXOGRAMA 5.1 – CEFALÉIA/DOR DE CABEÇA</b>	<b>23</b>
<b>FLUXOGRAMA 7.1 – DIARREIA, NÁUSEA E VÔMITOS</b>	<b>27</b>
<b>FLUXOGRAMA 8.1 – DOR DE GARGANTA EM ADULTOS</b>	<b>29</b>
<b>FLUXOGRAMA 9.1 – CONDUTAS FRENTE À QUEIXA DE AZIA/PIROSE</b>	<b>31</b>
<b>FLUXOGRAMA 11.1 – PARASITOSE INTESTINAL/VERMINOSE</b>	<b>35</b>
<b>FLUXOGRAMA 12.1 – DOR NAS COSTAS</b>	<b>37</b>
<b>FLUXOGRAMA 12.2 – DOR NOS OMBROS</b>	<b>39</b>
<b>FLUXOGRAMA 13.1 – MANEJO DE RESFRIADO</b>	<b>41</b>
<b>FLUXOGRAMA 14.1 – OLHO VERMELHO</b>	<b>43</b>
<b>FLUXOGRAMA 14.2 – BAIXA VISÃO</b>	<b>45</b>
<b>FLUXOGRAMA 18– MANEJO DO USUÁRIO SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO</b>	<b>64</b>

## 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)<sup>25</sup>, 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).<sup>25</sup>”

Diante disto e tendo esta ferramenta um uso cada vez mais rotineiro, 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: pessoa, consultor e consultante; no qual o exemplo abaixo ilustra o dia a dia do trabalho na atenção primária, onde o(a) enfermeiro (a) procura o (a) médico (a) da equipe e vice-versa, 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)<sup>26</sup>

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(a) enfermeiro(a), conforme orienta a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2011)<sup>27</sup> 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;

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

O enfermeiro deverá registrar no prontuário do paciente a conduta adotada por ele na consulta de enfermagem e interconsulta.

Sendo assim, acredita-se 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.



**ENFERMAGEM**  
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

## 2 – SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)<sup>33,34,35</sup>

Suporte básico de vida (SBV) é o conjunto de medidas e procedimentos técnicos que objetivam o suporte de vida à pessoa em Parada Cardiorrespiratória (PCR). O SBV é vital até a chegada da equipe de Suporte Avançado de Vida (SAV). O objetivo principal é não agravar lesões já existentes ou gerar novas lesões.

Assim, o SBV oferece ao profissional a competência e habilidade no reconhecimento dos sintomas cardíacos e respiratórios no ambiente pré-hospitalar, incluindo a Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e a desfibrilação precoce, quando disponível.

Para tanto, é fundamental a conferência, manutenção e familiaridade da equipe de saúde com os materiais e medicamentos da Maleta de Emergência, que deve estar disponível em local de fácil acesso, em todas as unidades de saúde para uso em situações de urgência e emergência<sup>1</sup>

A American Heart Association (AHA) é uma organização sem fins lucrativos sediada nos Estados Unidos, que estuda e promove os cuidados cardíacos essenciais no sentido de reduzir lesões e mortes causadas por doenças cardiovasculares e Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC). É responsável por divulgar e publicar estudos que evidenciam as melhores práticas no atendimento em SBV e SAV. A AHA divulgou seu último Guideline em 2015, com uma atualização em 2017, na qual iremos nos basear.

Alguns conceitos importantes:

- PCR – É a interrupção da atividade mecânica do coração, caracterizada por perda da consciência, apneia e ausência de pulso carotídeo;
- RCP – É uma série de ações coordenadas de salvamento que aumentam a chance de sobrevivência após uma PCR;
- Cadeia de sobrevivência: resume as ações para o melhor socorro a uma vítima em PCR, proporcionando uma probabilidade maior sobrevivência da pessoa. Estas ações sucedem-se de uma forma sequencial, onde cada elo se articula ao elo anterior e com o seguinte. Nas últimas atualizações ela foi diferenciada em ambiente intra-hospitalar (PCRiH) e extra-hospitalar (PCREH);
- O atendimento de todas as pessoas após a PCR, independentemente de onde esta ocorra, converge ao hospital, geralmente numa unidade de cuidados intensivos, onde são fornecidos os cuidados pós-PCR.

---

<sup>1</sup> Para detalhes da maleta de emergência, utilize o POP (disponível [aqui](#))





Figura 1 – Cadeia de sobrevivência em elos para PCR extra-hospitalar. Fonte: AHA

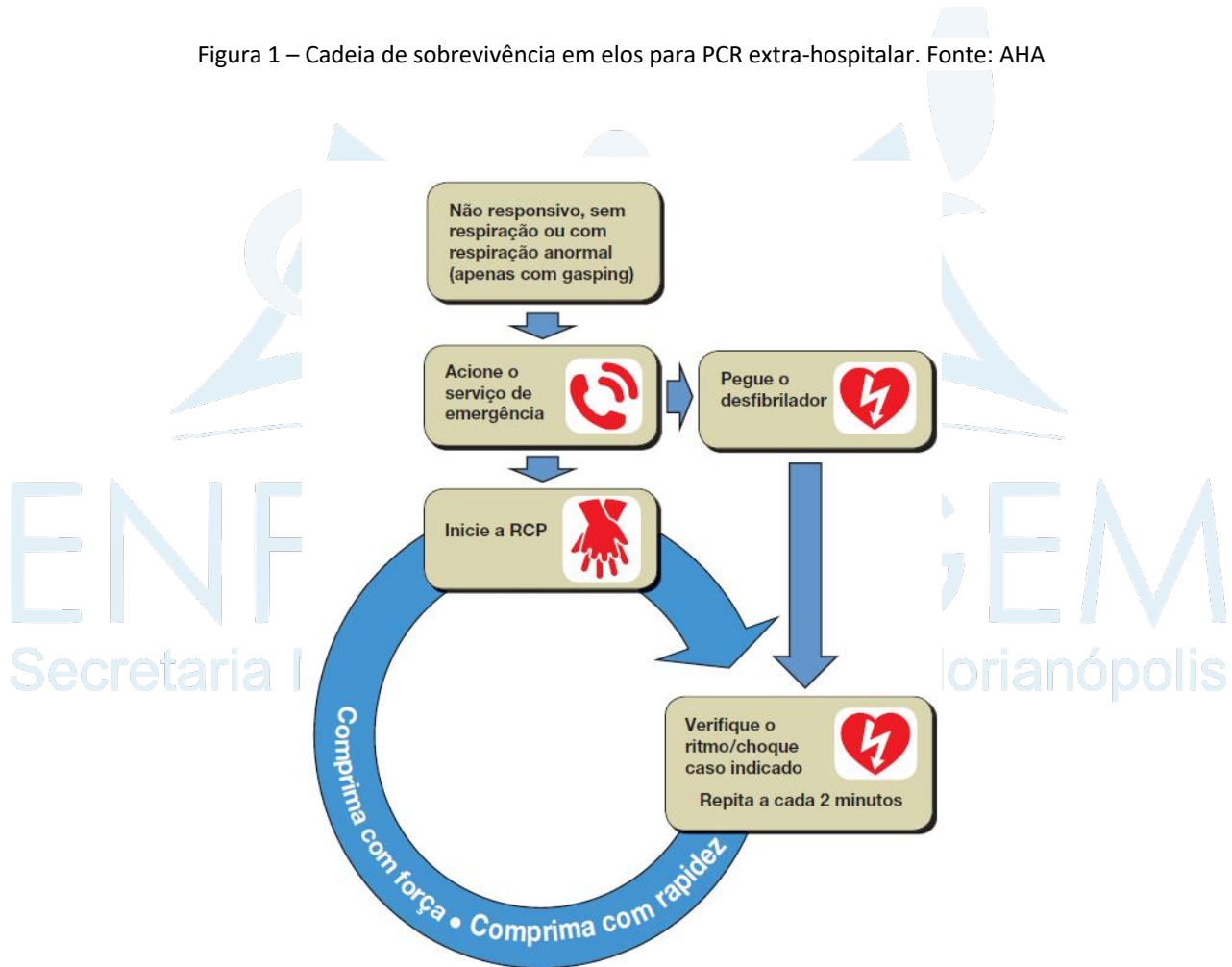


Figura 2 – Algoritmo para atendimento a PCR. Fonte: AHA.



## 2.1 RCP DE ALTA QUALIDADE NO ADULTO

Durante o atendimento de uma pessoa em uma PCR, espera-se dos socorristas ações de alta qualidade na RCP:

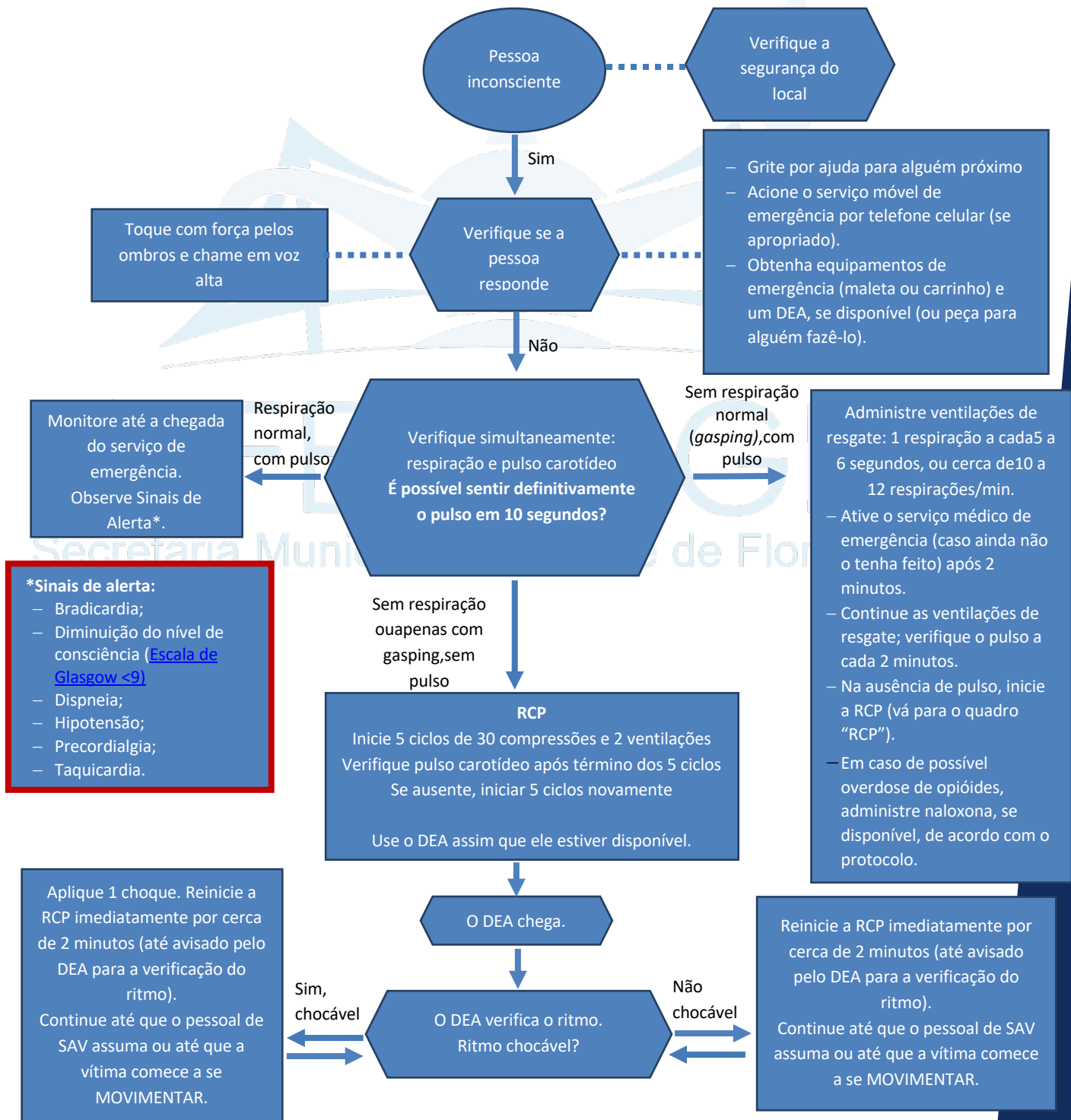
- Ciclos de 2 min;
- 30 compressões torácicas para 2 ventilações;
- Ventilações de 1 segundo provocando a elevação do tórax;
- Frequência das compressões: 100-120 /min;
- Profundidade torácica de 5-6 cm;
- Permitir o retorno total do tórax, sem se apoiar sobre o tórax após cada compressão;
- Minimizar as interrupções ( $\leq 10$  seg);
- Realizar compressões torácicas sempre sobre uma superfície rígida;
- Compressão cardíaca com as duas mãos sobre a metade inferior do esterno (linha intermamilar);
- Administrar oxigênio (O<sub>2</sub>) a 100%;
- Alternar quem comprime a cada 2 minutos;
- Evitar ventilação excessiva.

Espera-se que os profissionais de saúde sejam treinados em RCP e possam executar compressões e ventilações com eficiência. No entanto, a prioridade do profissional, sobretudo se atuando sozinho, ainda deve ser ativar o serviço médico de emergência e aplicar compressões torácicas, visto a RCP somente com compressão ser eficaz, se os socorristas estiverem relutantes ou não forem capazes de administrar ventilações.

Em PCR de adultos presenciada, quando há um DEA disponível imediatamente, deve-se usar o desfibrilador o mais rapidamente possível. Em adultos com PCR sem monitoramento ou quando não houver um DEA prontamente disponível, deve-se iniciar a RCP enquanto o desfibrilador é obtido e aplicado e tentar a desfibrilação, se indicada, assim que o dispositivo estiver pronto para uso.

As prioridades para as mulheres grávidas em PCR são a administração de RCP de alta qualidade e o alívio da compressão aortocava. Se a altura do fundo for igual ou superior ao nível do umbigo, o deslocamento manual do útero para a esquerda pode ser benéfico para o alívio da compressão aortocava durante as compressões torácicas.

**FLUXOGRAMA 2.1 – ATENDIMENTO DE PCR EM ADULTOS PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE**



### 3 – 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 (a)enfermeiro (a) são: otite externa (OE), otite média aguda (OMA) e a otite média crônica, as quais serão melhor descritas abaixo.<sup>2,4,6</sup>

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.

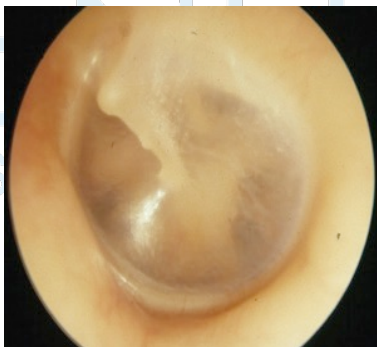

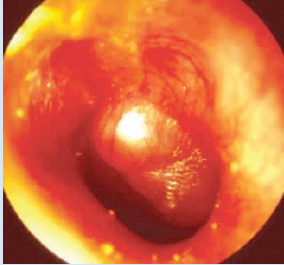
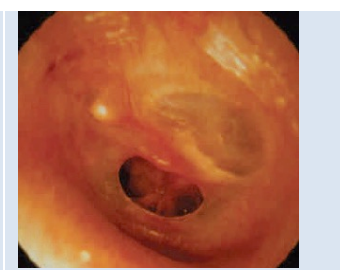
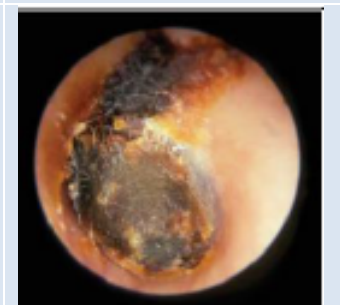


Foto: PACK Florianópolis/2016

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

Quadro 3.1 – Problemas mais comuns que geram dor de ouvido<sup>15</sup>

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. <b>Otoscoopia:</b> Edema e hiperemia do conduto auditivo, podendo ocorrer secreção purulenta secundária. <b>Caso não haja integridade da membrana timpânica, encaminhar para avaliação médica.</b>	-Evitar o uso de cotonetes; -Manter o local seco; -Solução de ácido acético* 5%, 5 gotas 8/8 horas por 7 dias. -Paracetamol 500-1000 mg ou dipirona 500-1000 mg de 6/6 horas se dor. -Se não houver melhora ou se pessoa imunossuprimida, discuta com médico(a) da equipe a necessidade de antibioticoterapia. <sup>15</sup>	 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. Otorréia supurativa	<b>Otoscoopia:</b> 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.

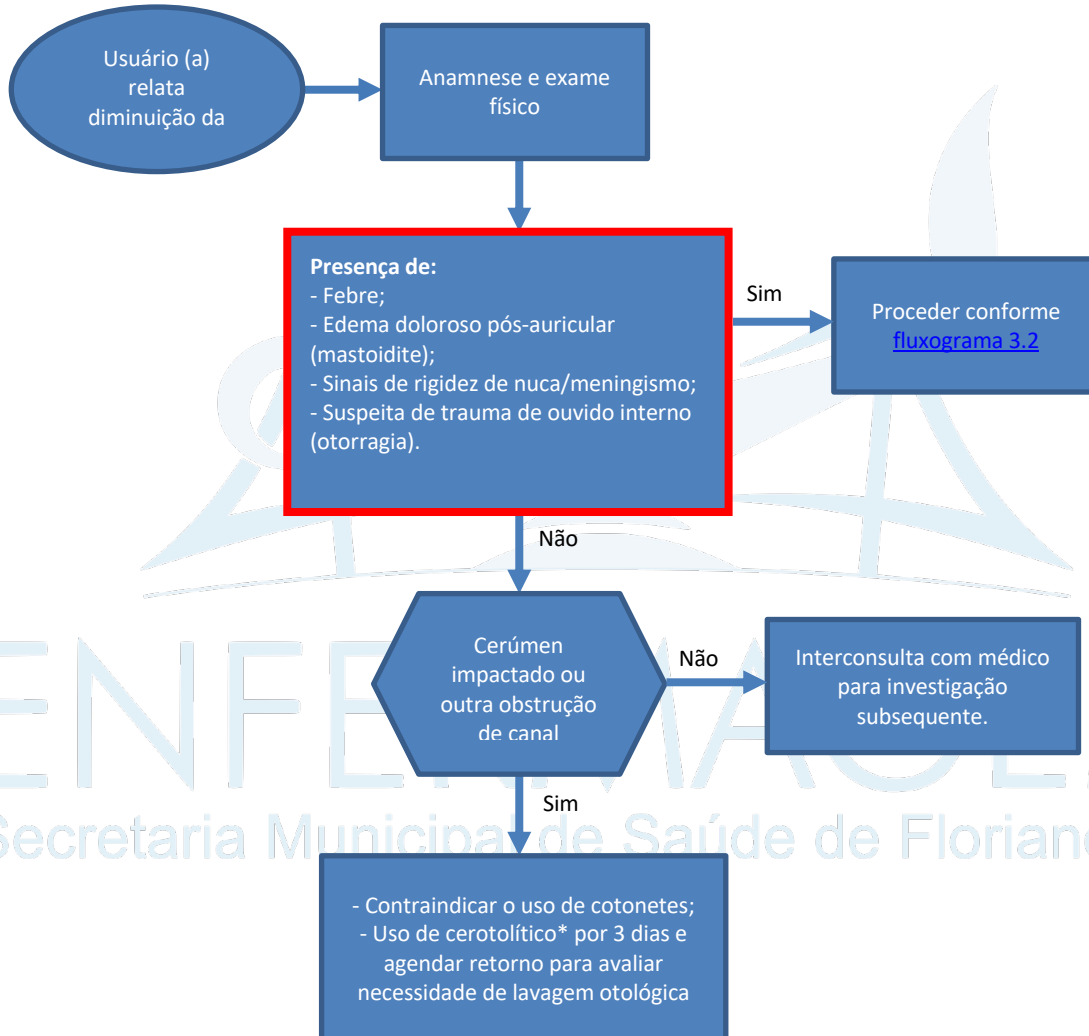
<p><b>Otite média crônica (mais de 2 semanas)</b></p>	<p>Otorreia supurativa, podendo ter mal cheiro; Pode ocorrer perda auditiva.</p>	<p><b>Otosopia:</b> Perfuração da membrana timpânica e secreção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Manter o local seco (o ouvido pode se recuperar apenas se estiver seco);</li> <li>-Evitar o uso de cotonetes;</li> <li>-Avaliação conjunta ou interconsulta médica, se necessário.</li> <li>-Encaminhar novamente ao(à) médico(a) se não houver melhora após tratamento e/ou presença de secreção malcheirosa;</li> <li>Encaminhar com urgência se: edema doloroso retroauricular e/ou rigidez de nuca/meningismo</li> </ul>	 <p>Fonte: Pack Florianópolis 2016.</p>
<p><b>Cerúmen impactado</b></p>	<p>Congestão (sensação de ouvido tapado/diminuição auditiva)</p>	<p><b>Otosopia:</b> presença de rolha de cerúmen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evitar o uso de cotonetes</li> <li>-Uso de ceratolítico (interconsulta médica/prescrição médica) ou uso de óleo mineral/óleo de oliva (prescrição do(a) enfermeiro (a), 5 gotas 2-3x/dia por 3 dias;</li> <li>-Agendar retorno em 3 dias para reavaliação e necessidade de lavagem otológica com SF 0.9% morno**</li> </ul>	 <p>Fonte: Pack Florianópolis 2016.</p>

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

\*\* Lavagem otológica pode ser realizada por enfermeiro(a) com capacitação

### FLUXOGRAMA 3.1 – DIMINUIÇÃO DA ACUIDADE AUDITIVA

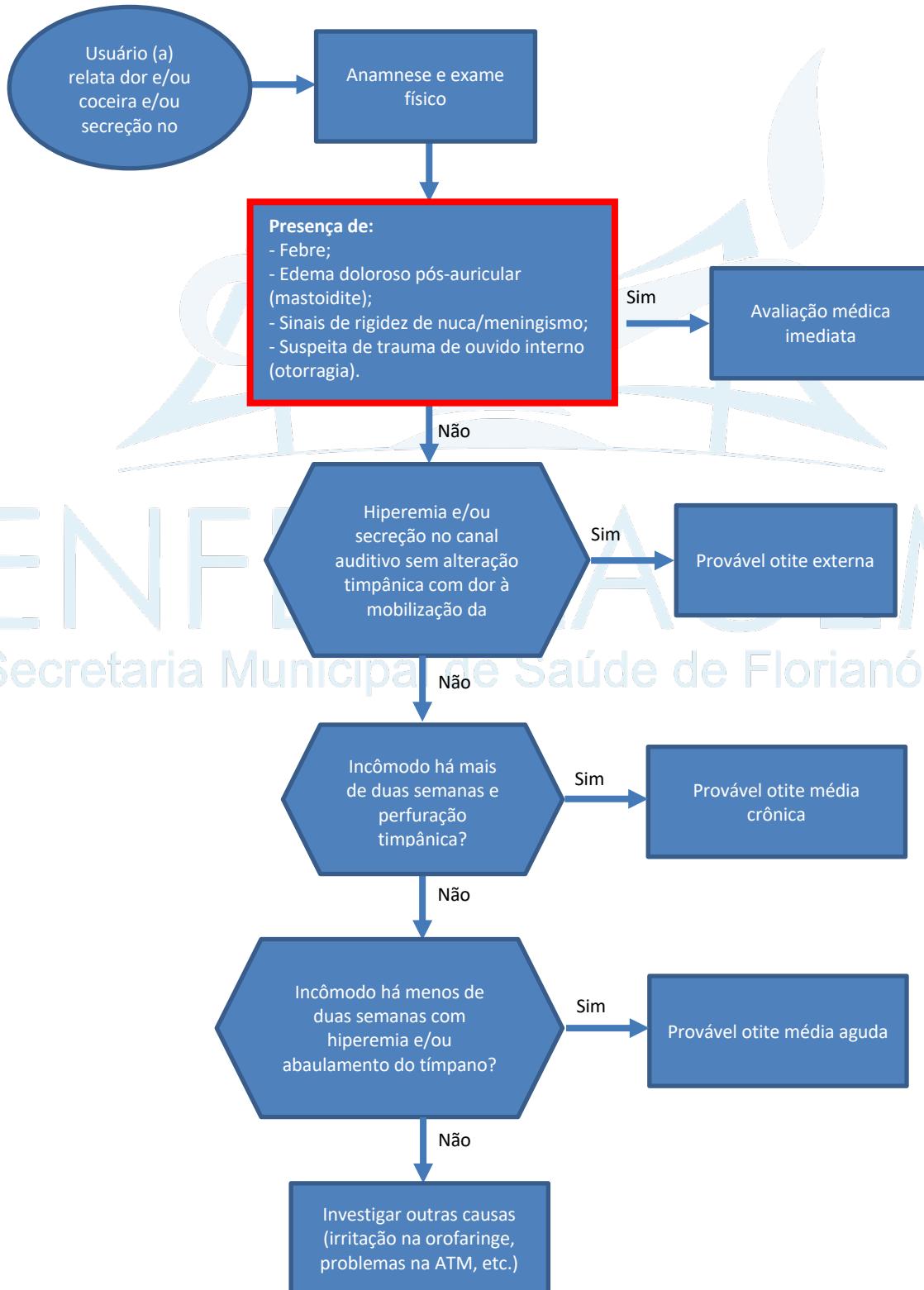
As condutas descritas nesse fluxograma devem ser interpretadas em conjunto com os achados no exame físico e descrições constantes no quadro 3.1.



\*O (A) enfermeiro (a) 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.

**FLUXOGRAMA 3.2 - 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 3.1.





#### 4 – FEBRE<sup>2,8,11,13,15</sup>

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.<sup>8</sup>

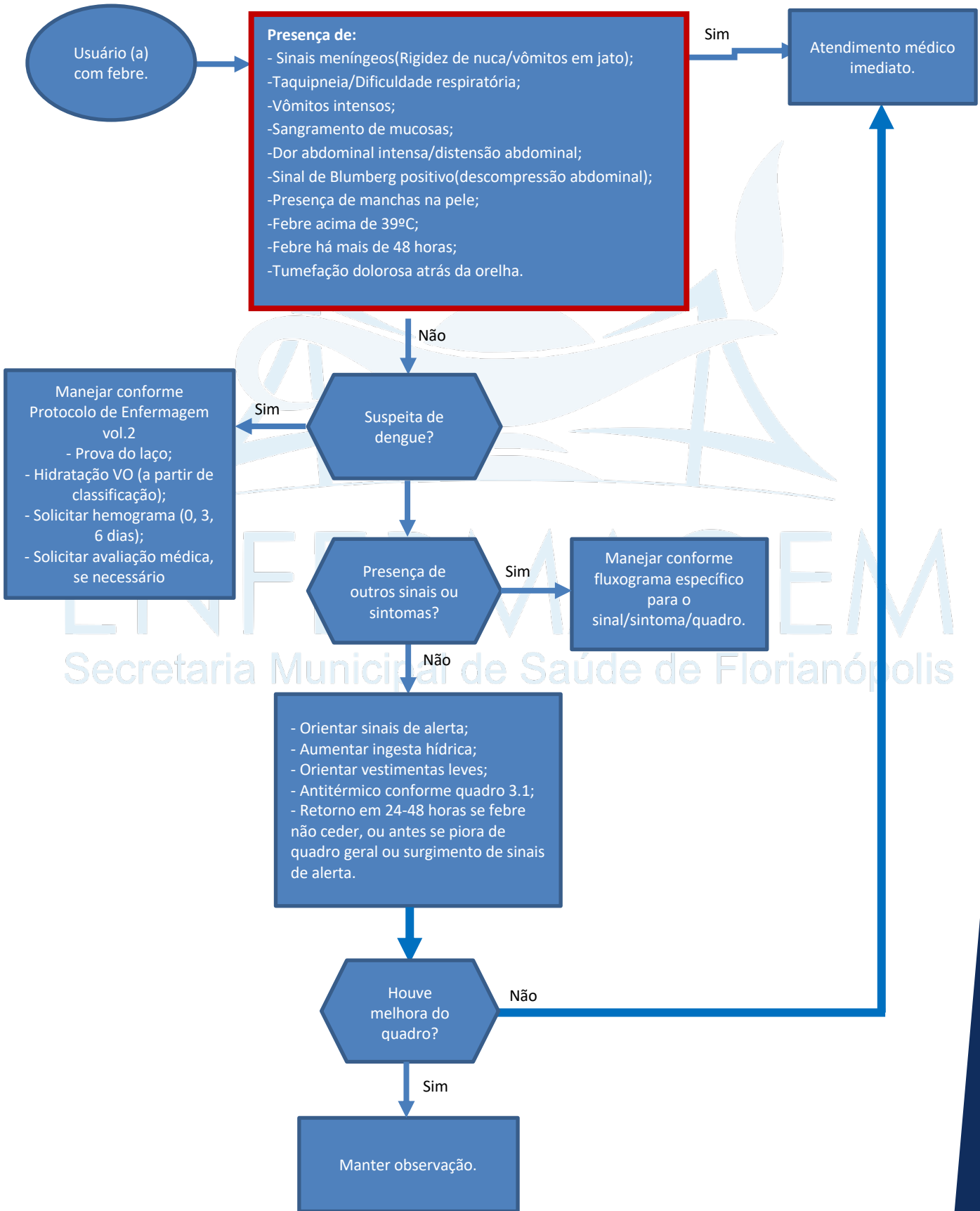
Sinais de alerta para a febre incluem convulsões, letargia ou inconsciência; cefaléia com rigidez de nuca; vômito em jato; tosse com guincho; petéquias ou equimoses; dor abdominal intensa ou de início súbito; tiragem subcostal ou batimento das asas do nariz ou afundamento retroesternal ou de fúrcula (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.<sup>2,8,11,13,15</sup>

As condutas de enfermagem estão especificadas no quadro a seguir.

#### Quadro 4.1– Condutas de Enfermagem na presença de febre

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Condutas não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Orientar sinais de alerta</li><li>• Aumentar ingesta hídrica</li><li>• Orientar vestimentas leves</li><li>• Retorno em 24 horas caso a febre não ceder.</li><li>• Questionar reação alérgica a algum medicamento</li></ul>	Enfermeiro (a) /Técnico (a) de Enfermagem
Condutas medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Para pessoas 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</li></ul>	Enfermeiro (a)

**FLUXOGRAMA 4.1 – FEBRE EM ADULTOS**



## 5 – CEFALEIA /DOR DE CABEÇA<sup>2,15</sup>

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

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 cefaleia aguda, alguns deles graves. Como pode ser observado no quadro abaixo.

**Quadro 5.1 – Sinais de alerta da pessoa com queixa de cefaléia<sup>2</sup>**

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.<sup>2</sup>

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

**Quadro 5.2 – 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"> <li>• Avaliar a intensidade e características da dor (mensuração da mesma – mapa da dor*);</li> <li>• Avaliar sinais vitais;</li> <li>• Instruir o usuário a fazer compressão das artérias temporais (acima do arco zigomático por pelo menos 10 minutos – região popularmente conhecido como “fonte”<sup>31</sup>);</li> <li>• Estimular a ingestão hídrica e não ficar muito tempo sem alimentação;</li> <li>• Auriculoterapia pode ser útil para tratamento e prevenção das crises (realização por profissionais treinados);</li> <li>• Orientar a construção de mapa da dor (<a href="#">ANEXO I</a>);</li> <li>• Orientar sobre higiene do sono (<a href="#">ANEXO II</a>);</li> </ul>	Enfermeiro (a) /Técnico (a) de Enfermagem
Condutas farmacológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Se PA elevada, mas <b>menor que 180/110</b> (sinal de gravidade), ofertar analgésico e aguardar na unidade por pelo menos 45 minutos para nova verificação;</li> <li>• <b>Se gestante</b> com alteração pressórica e/ou alteração visual e/ou edema, encaminhar para avaliação médica imediata.</li> </ul>	Enfermeiro (a)

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

### FLUXOGRAMA 5.1 – CEFALÉIA/DOR DE CABEÇA

Usuário (a)  
relata dor de

**Presença de:**

- Rigidez de nuca/sinais meníngeos;
- Fotofobia intensa;
- Pupilas alteradas;
- Pressão arterial elevada (180/110), principalmente na cefaleia occipital;
- Elevação de PA e/ou edema em gestante;
- Perda de força e/ou tônus muscular
  - Marcha alterada;
  - Febre alta acima de 39°C.
- Confusão/nível de consciência alterado;
- Alterações visuais (visão dupla, escotomas, dor ocular);
  - Dor de cabeça súbita e severa
- Dor persistente/progressiva em HIV que iniciou TARV recentemente
  - Tontura súbita
- Cefaléia após uma primeira convulsão
  - TCE recente
- Distúrbio da fala ou na marcha.

Sim

Avaliação médica  
imediate.

Não

- Verificar sinais vitais (FR/FC/PA/Temperatura);
- Pedir para o usuário mensurar a dor ([ANEXO VIII](#));
- Ofertar cuidados de enfermagem (quadro abaixo).

**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 ([ANEXO II](#));
- 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 (a) da equipe e solicitar à pessoa que faça o mapa da dor ([ANEXO I](#)) 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 haver surgimento de sinais de gravidade.

## 6 – DIARREIA<sup>2</sup>

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

**Quadro 6.1– 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 Saúde<sup>2</sup>, a principal causa de diarreia aguda é infecciosa, podendo variar entre viral ou bacteriana, devendo o (a)enfermeiro (a) 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 CAB<sup>2</sup>, 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)<sup>2</sup>.

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

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.<sup>2</sup>

Após avaliação clínica do usuário, estabelece-se qual plano de intervenção será executado. O [Quadro 6.2](#) 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 6.3](#). O [fluxograma 7.1](#) descreve a conduta nos casos de diarreia, bem como náusea e vômitos.

**Quadro 6.2 – Cuidados da equipe de enfermagem à pessoa com diarreia**

Tipo de conduta	Condutas	Quem pode fazer?
<b>Condutas não medicamentosas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar as características da diarreia;</li> <li>• Distinguir as diarreias potencialmente mais graves;</li> <li>• Verificar (questionar) presença de febre, muco, pus e/ou sangue nas fezes;</li> <li>• Instruir a pessoa a evitar o seguinte: líquidos quentes ou frios, alimentos contendo gordura e fibras, alimentos temperados, caféina e doces;</li> <li>• Avaliar a presença de desidratação;</li> <li>• Orientar maior oferta líquida;</li> <li>• Recomendar o fracionamento da dieta para poder melhorar a aceitação;</li> <li>• Administrar solução de reidratação oral à vontade após cada evacuação;</li> <li>• Fornecer orientações alimentares <a href="#">(ANEXO III)</a>.</li> </ul>	Enfermeiro (a) /Técnico (a) de Enfermagem
<b>Condutas medicamentosas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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);</li> <li>• Usuários com sintomas de desidratação grave devem ter iniciado o mais breve possível a hidratação endovenosa (conduta médica).</li> </ul>	Enfermeiro (a)

**Quadro 6.3 – 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%



## 7 – NÁUSEAS E VÔMITOS<sup>2,15,20</sup>

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.<sup>20</sup>

Deve-se atentar para sinais de distensão abdominal, com presença de ruídos hidroaéreos, dor abdominal, presença de massas, dor à descompressão brusca dolorosa, contração abdominal involuntária, icterícia, alterações neurológicas e sinais de desidratação.<sup>2,15</sup>

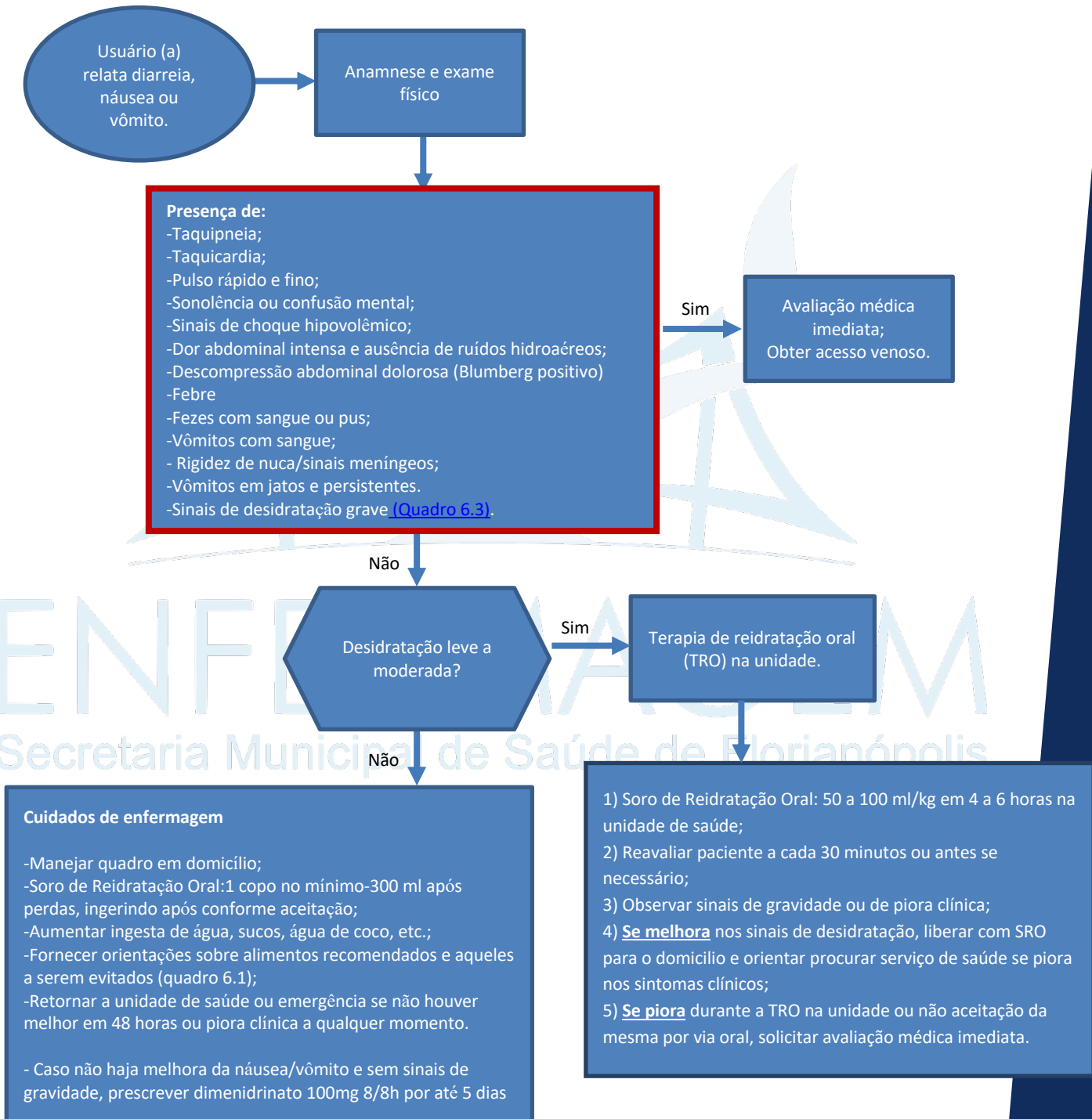
Segundo Vidor & Cunha (2006, p. 1196)<sup>20</sup> “a maioria dos casos de náuseas e vômitos não é séria e se resolve espontaneamente”. Para o Ministério da Saúde, na grande maioria dos casos, somente a hidratação oral é suficiente.<sup>2</sup>

É fundamental avaliar o grau de hidratação ([Quadro 6.3](#)) 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.<sup>20</sup>

### Quadro 7.1 – 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"> <li>• Explicar a causa de náusea e a duração se conhecidas;</li> <li>• Encorajar o cliente a fazer refeições pequenas e frequentes;</li> <li>• Instruir a pessoa a evitar: líquidos quentes, alimentos contendo gordura e fibras, alimentos temperados, cafeína e doces</li> <li>• Acompanhar evolução do caso;</li> <li>• Sal de Reidratação Oral após perdas.</li> </ul>	Enfermeiro(a) / Técnico de Enfermagem
Conduta medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso não haja melhora da náusea/vômito com tratamento inicial, porém sem sinais de gravidade, prescrever dimenidrinato 100mg 8/8h por até 5 dias</li> </ul>	Enfermeiro(a)

**FLUXOGRAMA 7.1 – DIARREIA, NÁUSEA E VÔMITOS<sup>2</sup>**



## 8 – DOR DE GARGANTA<sup>2,15,17,19</sup>

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.

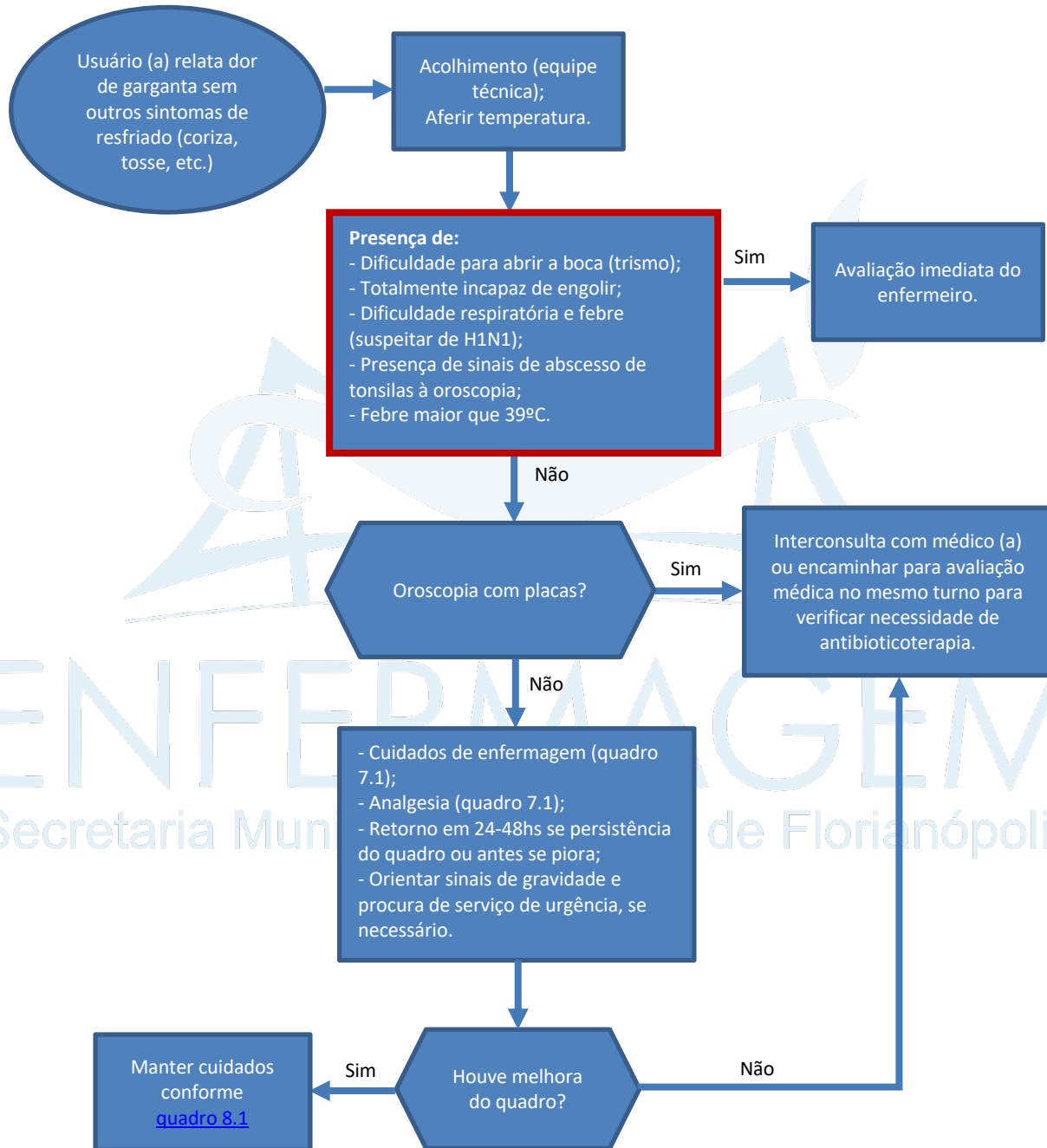
Perante esta queixa a equipe de enfermagem deve avaliar os seguintes aspectos: dificuldade para deglutir, dor de ouvido, tosse, febre, dor nas articulações (febre reumática), atentar para as doenças de notificação obrigatória (difteria). No exame físico deve ser observado: estado geral, aspecto da mucosa 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 8.1– Conduas 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"> <li>• Prescrever gargarejo com água morna e sal (1 copo de água com 1 colher de cafezinho, rasa, de sal);</li> <li>• Orientar a escovação dos dentes e gengivas, evitar contato com o público e cigarros, fazer repouso da voz;</li> <li>• Encaminhar para consulta médica em caso de sinais de alerta ou agravamento dos sintomas.</li> <li>• Orientar sinais de alerta;</li> <li>• Orientar aumento ingesta hídrica.</li> </ul>	Enfermeiro(a) / Técnico de Enfermagem
Conduta medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• Acompanhar tratamento</li> </ul>	Enfermeiro(a)

**FLUXOGRAMA 8.1 – DOR DE GARGANTA EM ADULTOS**



## 9 – AZIA (PIROSE)<sup>2, 15</sup>

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

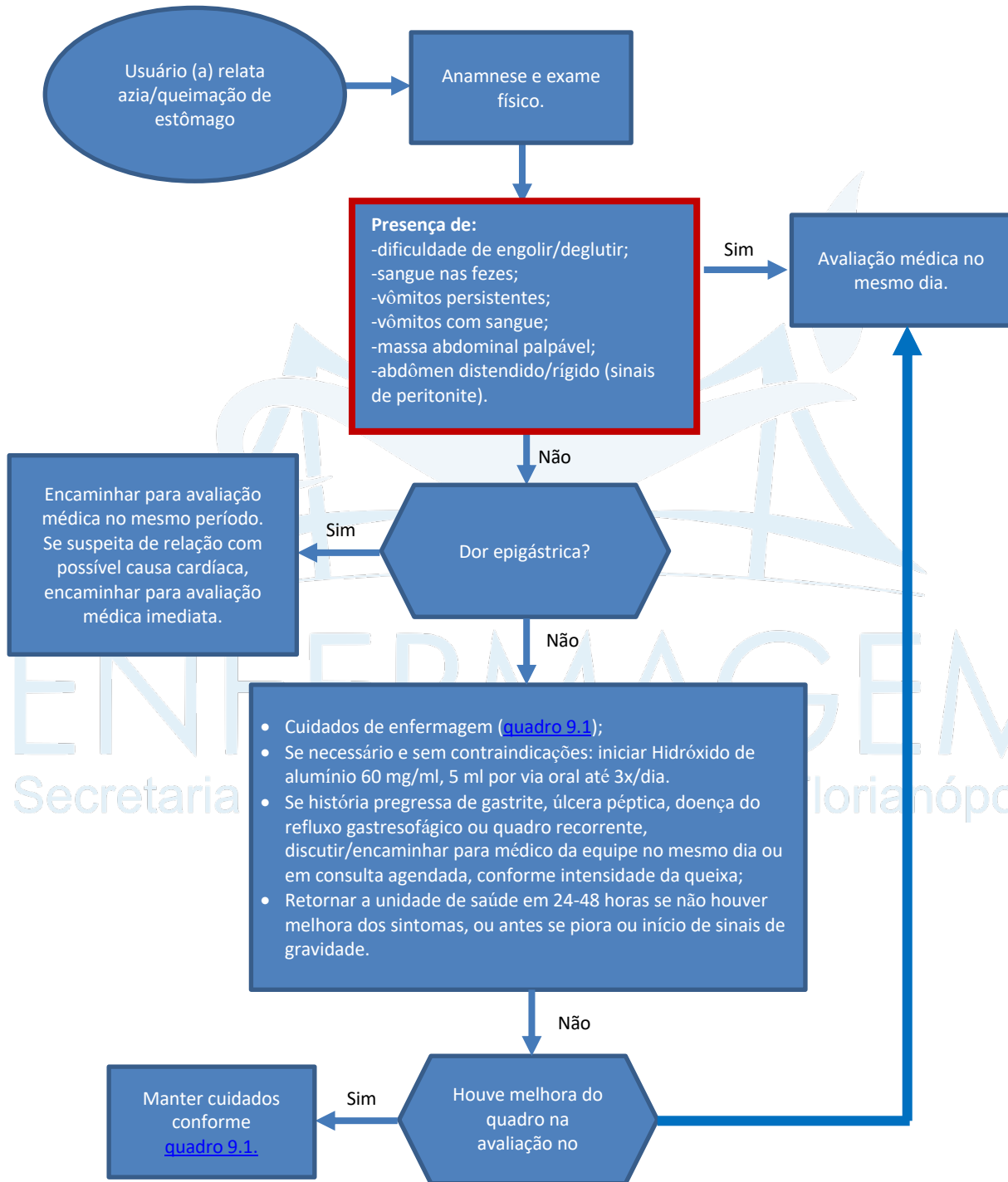
A equipe de Enfermagem deve avaliar a presença de sinais de alerta como segue: idade maior que 50 anos, emagrecimento, vômitos persistentes, disfagia, anemia, hematêmese, massa abdominal palpável, história familiar de câncer gastrointestinal, cirurgia gástrica prévia.

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 9.1 a seguir.

**Quadro 9.1– Conduas de enfermagem frente aos sintomas de azia/pirose**

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Conduas não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reavaliar em 24-48 horas;</li> <li>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);</li> <li>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;</li> <li>Para pessoas com Doença Refluxo Gastroesofágico (DRGE) já diagnosticado, orientar repouso em decúbito elevado, dietas fracionadas, evitar deitar-se logo após ingestão de alimentos;</li> <li>Fornecer orientações alimentares <a href="#">(ANEXO IV)</a>.</li> </ul>	Enfermeiro (a) /Técnico(a) de Enfermagem
Medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>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);</li> <li>Realizar interconsulta médica ou avaliação médica em conjunto, a fim de determinar conduta medicamentosa mais adequada.</li> </ul>	Enfermeiro(a)

**FLUXOGRAMA 9.1 – CONDUTAS FRENTE À QUEIXA DE AZIA/PIROSE**



## 10 – CONSTIPAÇÃO INTESTINAL/SINTOMAS ANAIS<sup>2, 15</sup>

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 10.1 exibe possíveis condutas da equipe de enfermagem perante o quadro de constipação intestinal, sempre observando os sinais de alerta exibidos no quadro 10.2.

**Quadro 10.1 – Condutas de enfermagem na queixa de constipação intestinal**

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Condutas não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a ingesta hídrica;</li> <li>• 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, banana maçã, arroz em grande quantidade, bolachas);</li> <li>• Fornecer orientações alimentares <a href="#">(ANEXO V)</a>;</li> <li>• Incentivar atividade física regular.</li> <li>• Evitar fazer muito esforço para evacuar, ler e ficar sentado(a) muito tempo no vaso sanitário</li> </ul>	Enfermeiro (a) /Técnico (a) de Enfermagem
Condutas medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>	Enfermeiro(a)

**Quadro 10.2 – Sinais de alerta no quadro de constipação intestinal**

- Ausência de evacuação ou flatulência nas últimas 24 horas com dor/distensão abdominal;
- Dor abdominal intensa;
- Perda de peso;
- Ausência de ruídos hidroaéreos;
- Ausência de evacuações há mais de 5 dias;
- Dor à descompressão abdominal;
- Febre maior que 38°C sem outros sinais/sintomas que possam originá-la.

Abaixo são colocados quadros com principais sintomas anais encontrados na atenção primária, geralmente associados com a constipação intestinal:



**Quadro 10.3 – Fissura anal**

Tipo de conduta		Conduta	Quem pode fazer?
Condutas medicamentosas	não	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientar condutas para constipação conforme tópico anterior;</li> <li>Fazer banho de assento com água morna 2-3 vezes ao dia;</li> <li>Evitar limpeza local com papel higiênico. Preferir pano macio com água.</li> </ul>	Enfermeiro (a) /Técnico (a) de Enfermagem
Condutas medicamentosas		<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescrever lidocaína 2% gel após cada evacuação</li> </ul>	Enfermeiro (a)

**Quadro 10.4 - Hemorroidas**

Tipo de conduta		Conduta	Quem pode fazer?
Condutas medicamentosas	não	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientar condutas para constipação conforme tópico anterior;</li> <li>Orientar evitar esforço ao evacuar;</li> <li>Fazer banho de assento com água morna 2-3 vezes ao dia;</li> <li>Evitar limpeza local com papel higiênico. Preferir pano macio com água.</li> </ul>	Enfermeiro (a) /Técnico (a) de Enfermagem
Condutas medicamentosas		<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescrever lidocaína 2% gel após cada evacuação;</li> <li>Se irredutível ou trombosada, discutir com médico(a)</li> </ul>	Enfermeiro(a)

**Quadro 10.5 – Coceira\*/irritação com pele vermelha/cruenta**

Tipo de conduta		Conduta	Quem pode fazer?
Condutas medicamentosas	não	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientar boa higiene local;</li> <li>Procurar causa da alteração (pode ser causada por diarreia)</li> </ul>	Enfermeiro(a) /Técnico (a) de Enfermagem
Condutas medicamentosas		<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescrever óleo mineral 2 vezes ao dia por até 5 dias</li> </ul>	Enfermeiro(a)

\* Investigar presença de sintomas sugestivos de verminose

## 11 – PARASITOSE INTESTINAL/VERMINOSE<sup>2, 15, 17</sup>

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 a pessoa, avaliar as condições de higiene e moradia do mesmo. O diagnóstico se dá pela clínica ou através do relato pessoal da pessoa e ainda por exame de pesquisa de ovos e cistos de parasitas nas fezes, sendo que a instituição do tratamento inicial deve ser feita 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.

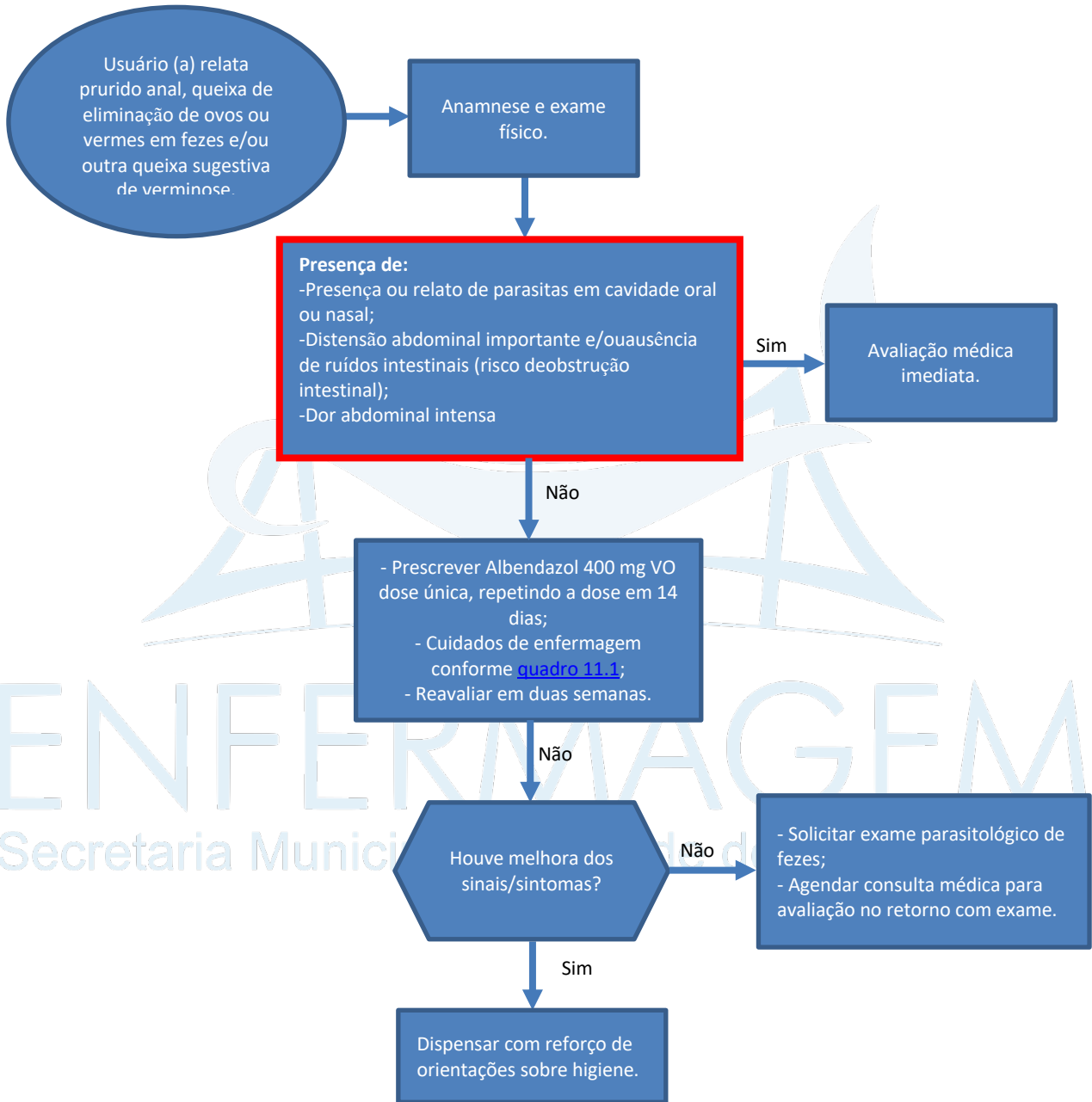
A conduta para esta queixa segue no quadro a seguir.

**Quadro 11.1– Conduta de enfermagem na parasitose intestinal<sup>17</sup>**

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

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

**FLUXOGRAMA 11.1 – PARASITOSE INTESTINAL/VERMINOSE**



## 12 – DOR LOMBAR/DOR NAS COSTAS e DOR NOS OMBROS<sup>2, 23</sup>

### 12.1 DOR LOMBAR/DOR NAS COSTAS

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.<sup>23</sup>

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(a) médico(a) 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 da pessoa.

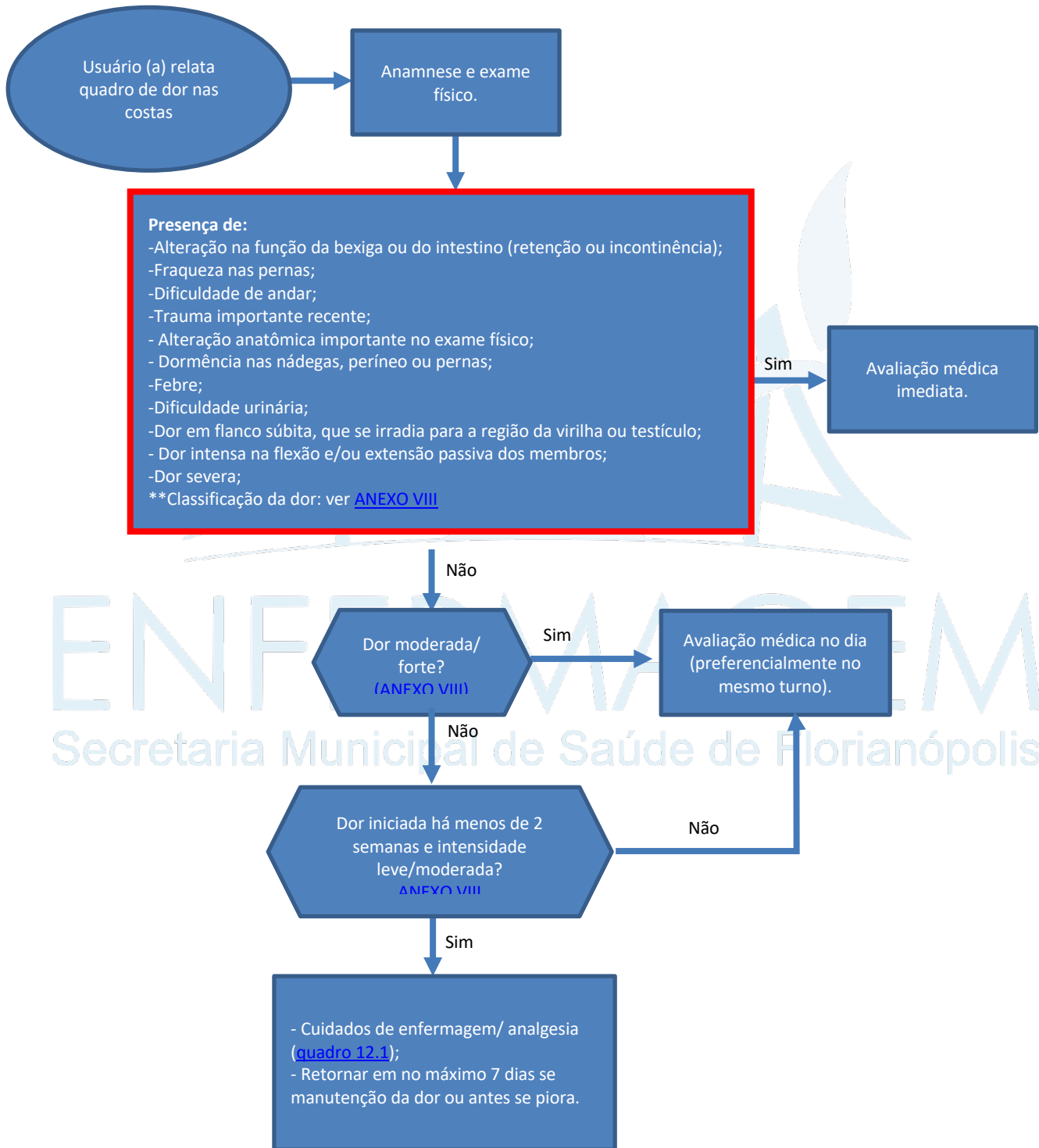
Conforme o Ministério da Saúde até 70% das pessoas com mais de 40 anos apresentam algum problema de coluna e esse número sobe para 80% a 90% na população acima de 50 anos.<sup>2</sup>

O [fluxograma 12.1](#) e o quadro 12.1 abaixo apresentam orientações que auxiliarão o(a) enfermeiro (a) na tomada de decisão, bem como nortearão o mesmo na discussão de caso com o (a)médico (a) da equipe, a fim da melhor escolha de conduta clínica seja ela através da interconsulta ou da própria tomada de decisão do (a)enfermeiro (a).

**Quadro 12.1– 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"> <li>• Orientar medidas alongamento <a href="#">(ANEXO VI)</a>;</li> <li>• Orientar postura e medidas gerais para corrigir a mesma se necessário,</li> <li>• Orientar como carregar peso -fracionamento, divisão de volumes, etc. <a href="#">(ANEXO VII)</a>;</li> <li>• Acompanhar o tratamento.</li> <li>• Compressas mornas locais;</li> <li>• Acupuntura, auriculoterapia e yoga podem ser úteis, principalmente nos casos em que há cronificação (para profissionais treinados).</li> </ul>	Enfermeiro(a)/ Técnico de Enfermagem
Conduta medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracetamol ou Dipirona 500-1000 mg VO de 6/6 horas se dor. Se não houver melhora, encaminhar para avaliação médica;</li> </ul>	Enfermeiro(a)

**FLUXOGRAMA 12.1 – DOR NAS COSTAS**



## 12.2 DOR NOS OMBROS

Dor muito comum no atendimento as pessoas na APS<sup>32</sup> e que muitas vezes promove situações incapacitantes, principalmente na população economicamente ativa, a qual além produzir efeitos álgicos, serve também para produzir efeitos psicossomáticos relevantes e que não podem ser ignorados pelos profissionais da APS.

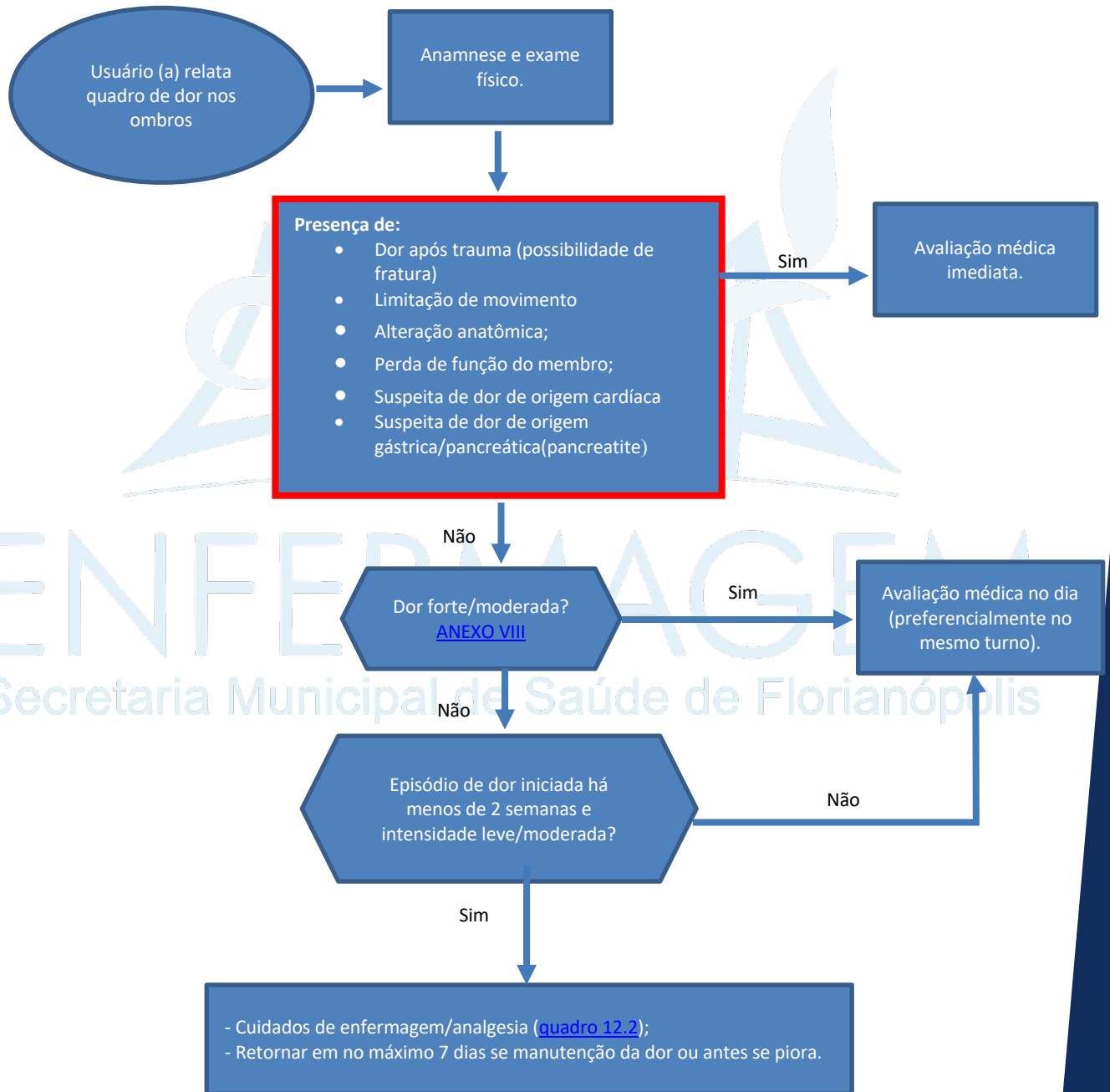
O perfeito manejo, a identificação de sinais de alerta e pronto encaminhamento, caso necessário, são atribuições relevantes do enfermeiro(a) da atenção primária e que pode contribuir em muito na correta condução dos casos.

O [fluxograma 12.2](#) e o quadro síntese 12.2 auxiliam os profissionais de enfermagem no manejo clínico e encaminhamento conforme a necessidade.

**Quadro 12.2 – Condutas de enfermagem frente a queixas de dor em ombros.**

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Conduta não medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterizar a dor quanto ao tipo, início, duração, fatores de alívio e agravo, intensidade e irradiação;</li> <li>• Avaliar práticas esportivas ou laborais, que possam estar relacionadas ao quadro clínico de dor em ombros;</li> <li>• Avaliar o grau de acometimento na vida cotidiana pela dor (ex: comprometimento do sono, das atividades diárias, tristeza/depressão, etc.);</li> <li>• Orientar medidas alongamento (<a href="#">ANEXO VI</a>);</li> <li>• Acompanhar o tratamento;</li> <li>• Compressas mornas ou frias locais por 10-15 minutos, conforme o relato da pessoa sobre o que lhe traz mais conforto;</li> <li>• Acupuntura, auriculoterapia e yoga podem ser úteis, principalmente nos casos em que há cronificação (somente para profissionais treinados).</li> </ul>	Enfermeiro(a)/ Técnico (a) de Enfermagem
Conduta medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracetamol ou Dipirona 500-1000 mg VO de 6/6 horas se dor. Se não houver melhora, encaminhar para avaliação médica.</li> </ul>	Enfermeiro(a)

**FLUXOGRAMA 12.2 – DOR NOS OMBROS**





### 13 – RESFRIADO COMUM<sup>2, 15</sup>

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.

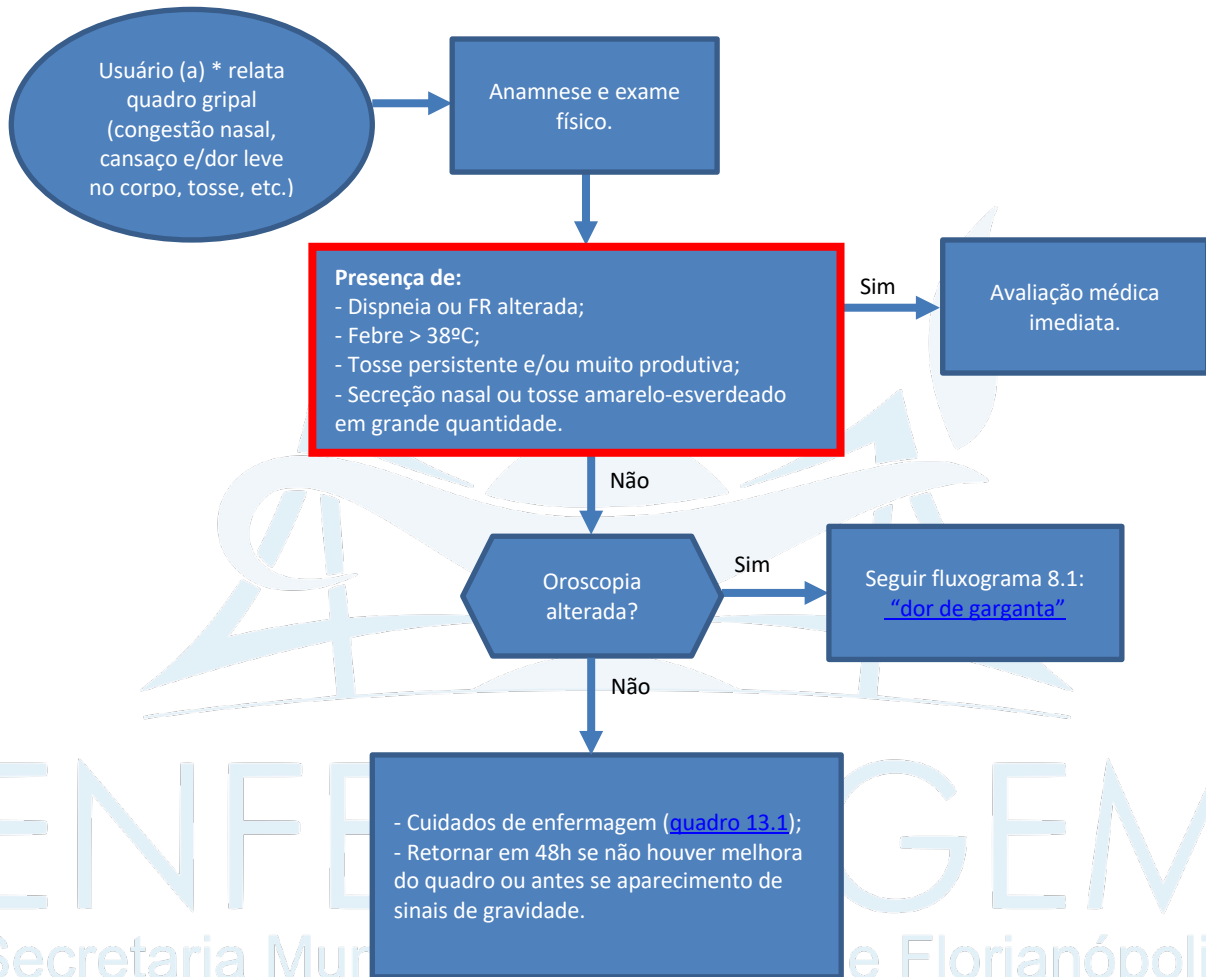
O fluxograma que trata do acompanhamento das IVAS tenta auxiliar a equipe de enfermagem no manejo e na identificação de sinais de gravidade, os quais deverão ser encaminhados prontamente ao(a) médico (a) da equipe ou na falta deste, serem referenciados a emergência hospitalar ou acionados o serviço de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

**Quadro 13.1– 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"> <li>Realizar cuidados a fim de evitar a propagação (higiene da tosse- <a href="#">ANEXO X</a>);</li> <li>Aumentar a ingestão de líquidos (água, sucos, chás, sopas, etc.);</li> <li>Orientar repouso;</li> <li>Se tosse produtiva persistente por mais de 3 semanas, solicitar baciloscopia de escarro;</li> <li>Orientar vacinação se pessoa &gt; 60 anos ou restrito ao leito/institucionalizado ou HIV positivo ou com DPOC, depois que os sintomas do episódio cessarem;</li> <li>Orientar a pessoa a retornar se não houver melhora do quadro após 48 horas, ou antes se piora ou surgimento de sinais de gravidade.</li> </ul>	Enfermeiro(a) /Técnico (a) de Enfermagem
Conduta medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paracetamol ou Dipirona 500-1000 mg VO de 6/6 horas se dor;</li> <li>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.</li> </ul>	Enfermeiro(a)

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

**FLUXOGRAMA 13.1 – MANEJO DE RESFRIADO**



\*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.

## 14 – QUEIXAS NO OLHO/BAIXA VISÃO<sup>2, 15</sup>

### 14.1 OLHO VERMELHO

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.

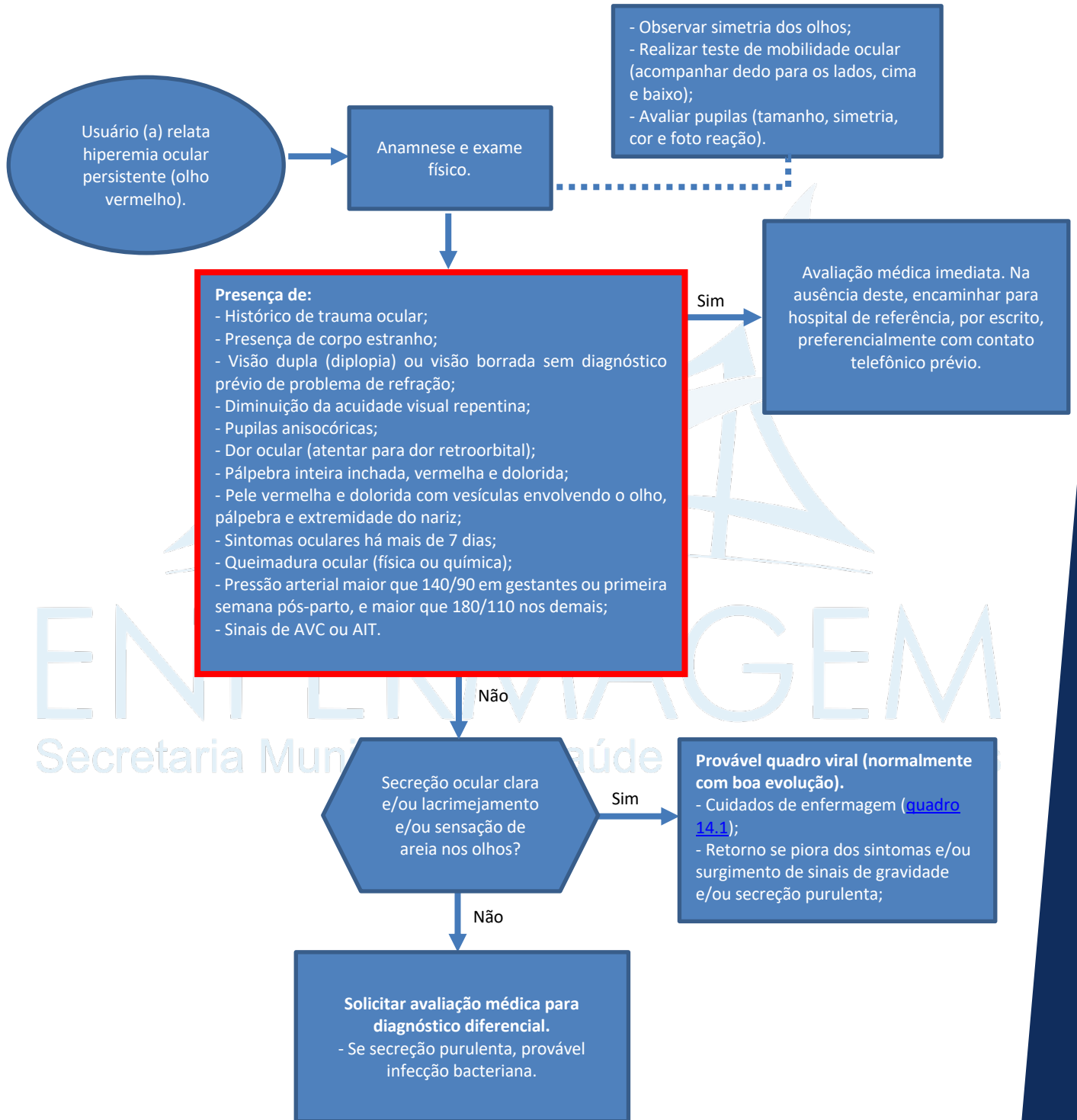
Este, geralmente, é um problema localizado o qual apresenta uma solução de fácil manejo, mas que deve ser trabalhada principalmente quanto aos aspectos de contágio, pois tanto o processo de natureza viral quanto bacteriana são muito fáceis de disseminarem.

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

**Quadro 14.1– 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"><li>• Lavar as mãos seguidamente e sempre após o contato com os olhos;</li><li>• Utilizar toalhas e roupas de cama próprias;</li><li>• Limpar/secar os olhos com lenços de papel e desprezar em seguida os mesmos;</li><li>• Arejar o ambiente, bem como tentar limpar as superfícies que entraram em contato com as mãos contaminadas com álcool (exemplo: maçanetas, corrimãos, etc.)</li><li>• Realizar compressas frias com Soro Fisiológico 0,9% várias vezes ao dia;</li><li>• Orientar afastamento de atividades laborais (atestado a critério médico) e contato íntimo com outras pessoas.</li></ul>	Enfermeiro(a) /Técnico (a) de Enfermagem

**FLUXOGRAMA 14.1 – OLHO VERMELHO**



## 14.2 BAIXA VISÃO<sup>2, 15, 36</sup>

Sintoma muito comum na prática da clínica de enfermagem da atenção primária, pode se manifestar de diferentes maneiras. Além da baixa visão, que pode ser para perto, para longe ou ambas, outros sintomas podem estar associados, como cefaleia frontal e temporal, lacrimejamento e fadiga visual. Cirurgias oftalmológicas prévias podem gerar alterações na visão que exigem lentes corretivas.

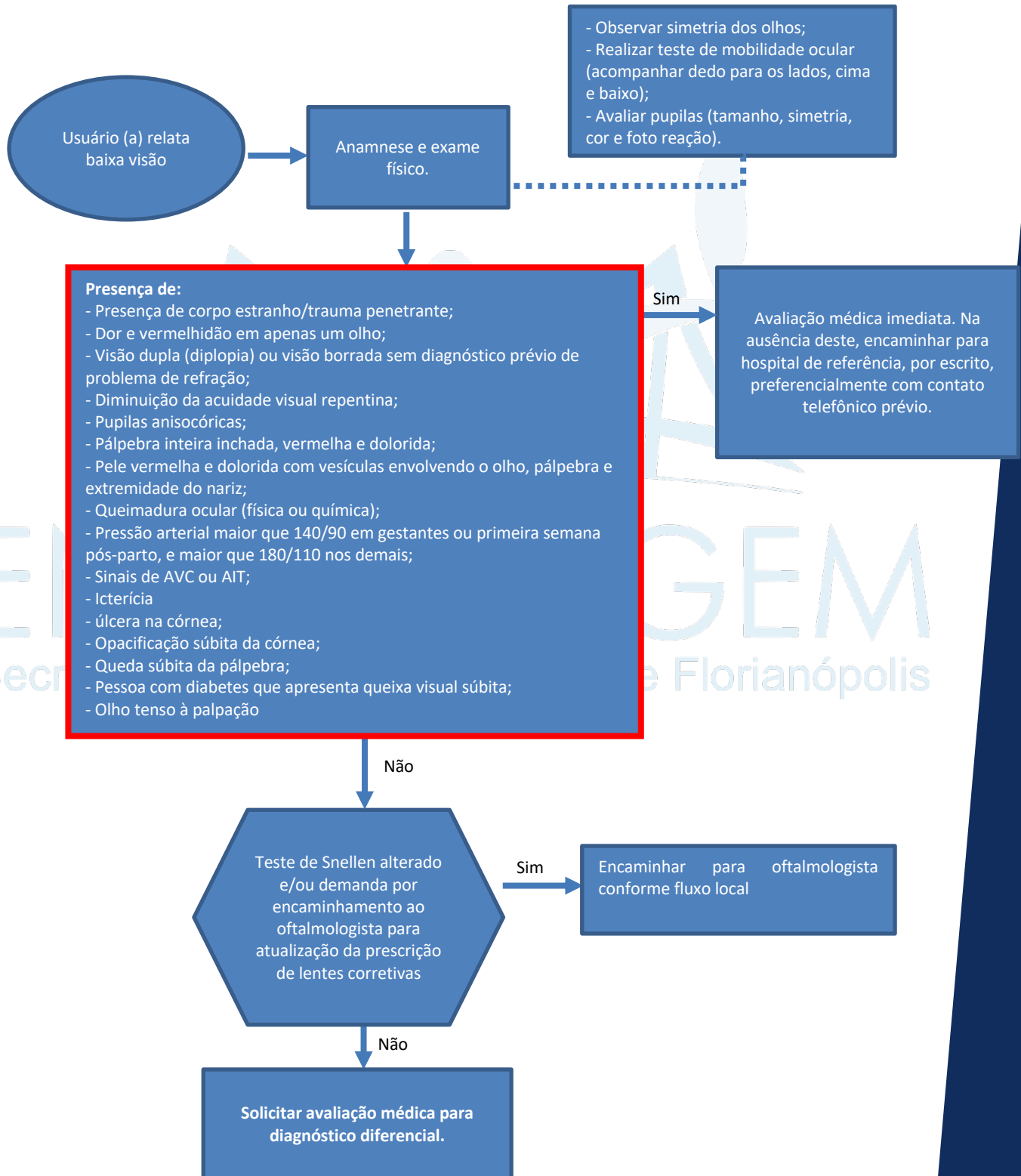
É importante estar atento(a) para sinais de alerta que possam indicar uma alteração aguda que necessite de encaminhamento urgente para oftalmologista.

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

**Quadro 14.2 – Condutas de enfermagem frente a queixa de baixa visão**

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Conduta não medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar uso prévio/indicação de uso de lentes corretivas para baixa visão.</li> <li>• Realizar teste de Snellen, caso tenha capacitação.</li> </ul>	Enfermeiro(a)/ Técnico (a) de Enfermagem
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhar para oftalmologista conforme fluxo local caso não haja sinais de alerta/necessidade de encaminhamento urgente</li> <li>• Investigar DM e HAS</li> </ul>	Enfermeiro(a)

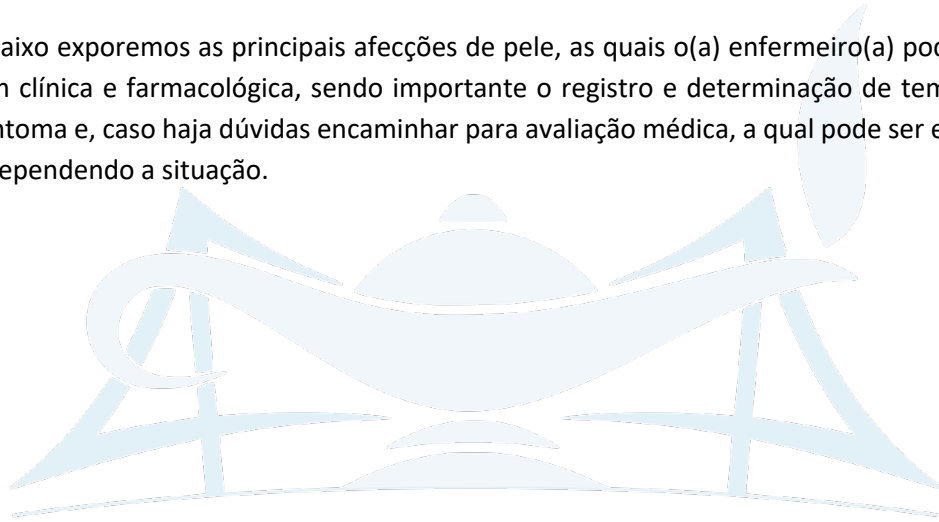
**FLUXOGRAMA 14.2 – BAIXA VISÃO**



## 15 – 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(a) enfermeiro(a) 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.

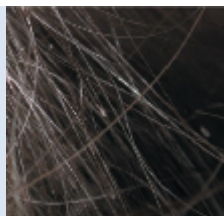


**ENFERMAGEM**  
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis



Quadro 15.1 –Problemas de pele mais comuns na APS e condutas de enfermagem.

Condição/Problema	Sinais e sintomas	Como tratar	Quem pode fazer?
<p><b>15.1.1 ESCABIOSE</b> <sup>3,7,15</sup> <b>(sarna)</b> Agente etiológico: <i>Sarcoptes scabiei</i></p>   <p>Fonte<sup>7</sup>:</p>	<p><b>Sinais e sintomas:</b> As áreas de lesões mais comuns são entre os dedos das mãos e podem se estender para punhos (face anterior), região inguinal e coxas, região periumbilical, nádegas, axilas, cotovelo e couro cabeludo. Erupção pápuloeritematosa em consequência da infestação e da reação de hipersensibilidade ao ácaro, sendo uma lesão que apresenta como característica principal a formação de cavitações (pequenos túneis sobre a pele). O prurido se manifesta intensamente principalmente no período da noite, podendo ocorrer durante o dia também.</p>	<p><b>Como tratar:</b> Orientar sobre transmissibilidade, prevenção, higiene pessoal e identificar contatos.  Roupas em geral e de cama devem ser lavadas e passadas a ferro a fim de eliminar a presença do agente causador.</p> <hr/> <p>Prescrever a) Loção de permetrina a 5 % aplicação à noite (retirar no banho após 8-14h). A aplicação deve ocorrer em todo o corpo (pescoço para baixo), independentemente da região onde estão as lesões já que o parasita costumeiramente está alojado em outras partes também. Evite contato com mucosa, meato uretral e áreas cruentas. Repita em 10 dias se necessário. b) Se prurido, prescrever loratadina 10mg ao dia por até 5 dias</p> <p>Afastar do trabalho até 24 horas após início do tratamento (Interconsulta com médico (a))</p> <p>Tratar contatos da mesma maneira, mesmo que assintomáticos (se criança menor de 2 anos encaminhar para avaliação médica)</p>	<p>Enfermeiro(a)/ Técnico(a) de enfermagem</p> <p>Enfermeiro(a)</p>
<p><b>15.1.2. PEDICULOSE</b> <sup>3,7,15</sup> <b>(piolho)</b> Agente etiológico: <i>Pediculus capitis</i></p> 	<p><b>Sinais e sintomas:</b> Presença de parasitas (vulgo piolho) ou ovos do parasita em couro cabeludo.  Atentar para presença de feridas em couro cabeludo e cuidar com sinais de infecção secundária, a qual na presença deve também ser manejada com o uso de antibióticos conforme</p>	<p><b>Como tratar:</b> Passar frequentemente o pente fino no mínimo uma vez ao dia e lavar o mesmo com água corrente, sabão e se possível álcool; Retirar todas as lêndeas; Ferver os objetos pessoais, tais como: pente, boné, lençol e roupas.</p> <hr/>	<p>Enfermeiro(a)/ Técnico(a) de enfermagem</p> <p>Enfermeiro(a)</p>



Fonte<sup>21</sup>:

### 15.1.3. TUNGÍASE (bicho-do-pé)<sup>3,7,15</sup>

Agente etiológico:  
*Tunga penetrans*



Fonte<sup>3</sup>

### 15.1.4. MICOSE<sup>3,7,15</sup> (Impingem)



Fonte<sup>15</sup>:

conduta do (a)médico (a) da equipe  
(interconsulta/consulta conjunta).

#### Sinais e sintomas:

Pápulas amareladas com ponto central  
preto, medindo mais ou menos 0,5 cm  
de diâmetro.

#### 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.

Prescrever loção de permetrina a 1% (diluição de uma parte da  
loção a 5% para 4 partes de água) nos cabelos secos até encharcar.  
Enxágue após 10 minutos. Repetir após 1 semana.

Tratar contatos familiares se estiverem infectados ou  
compartilhando a cama (crianças acima de 2 anos. Caso menores  
de 2 anos, apenas retirada de lêndeas com pente fino)

#### Como tratar:

Limpeza local e antisepsia local;  
Avaliar imunização dT e se em atraso ou ausente iniciar/completar  
esquema vacinal;

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;  
Pessoas imunossuprimidas e/ou portadores de diabetes não-  
compensada, deve ser avaliado em conjunto com o(a) médico(a),  
avaliando risco-benefício do procedimento.

#### Como tratar:

Evitar contato direto ou indireto com pessoas 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.

Prescrever Miconazol creme dermatológico 2x/dia por 7 a 14 dias.

Se lesões extensas, encaminhar ou discutir com médico(a) da  
equipe uso de antifúngico sistêmico.

Enfermeiro(a)/  
Técnico(a) de  
enfermagem

Enfermeiro(a)

Enfermeiro(a)  
/Técnico (a) de  
Enfermagem

Enfermeiro(a)









**16 – PROBLEMAS DA BOCA MAIS COMUNS NO ADULTO NA APS<sup>2, 15</sup>**

Apesar de ser uma especialidade da odontologia, muitos problemas bucais são de fácil manejo e devem fazer parte do escopo de prática do (a)enfermeiro (a), sendo que aqueles que sugerem sinais de gravidade e/ou problemas crônicos deverão ser encaminhados ao dentista da equipe e/ou médico (a) de família para avaliação.

Lesões bucais crônicas, leucoplásicas e/ou que não cicatrizarem em até 2-3 semanas após primeira avaliação deverão obrigatoriamente ser referenciadas ao (a)cirurgião (ã) dentista ou médico (a) de família da equipe, considerando a prevalência significativa que o câncer bucal apresenta no Brasil. O quadro abaixo expõe os principais agravos bucais de mais fácil manejo e mais presentes na Atenção Primária a Saúde.

**Quadro 16.1 – Problemas de boca mais comuns na APS e condutas de enfermagem.**

Condição/Problema	Sinais e sintomas	Como tratar	Quem pode fazer?
<p><b>16.1.1. Afta comum/candidíase</b></p>   <p>Fonte: BMJ</p>	<p>Úlceras dolorosas na mucosa oral</p> <p>Placas brancas em bochechas, gengiva, língua, palato há menos de 2 semanas.</p>	<p>Manter escovação e higiene bucal rotineira;</p> <p>Bochecho com bicarbonato de sódio 3 a 4x/dia para alívio dos sintomas e da dor.</p> <p><b>Prescrever:</b></p> <p>Afta: lidocaína 2% de 6/6 horas</p> <p>Candidíase: Nistatina 100.000 UI/ml, 04 ml via oral de 6/6 horas por 14 dias (manter na boca o máximo possível)</p> <p>Para ambas, se necessário:</p> <p>Dipirona 500-1000 mg de 6/6 horas ou Paracetamol 500-1000 mg de 6/6 horas se dor.</p> <p>Em caso de candidíase oral, investigar DM (protocolo volume 1) e HIV (teste rápido ou solicitação de sorologia)</p>	<p>Enfermeiro (a) /técnico (a) de enfermagem</p> <p>Enfermeiro (a)</p>







## **17 - 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.

### **17.1- Risco de Suicídio**

O (A)técnico (a) na abordagem à pessoa com sofrimento mental deve avaliar o risco de suicídio. Segundo o protocolo de atenção em saúde mental de Florianópolis (2011) perguntar à pessoa 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 as pessoas 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 17.1 apresenta algumas questões importantes a serem avaliadas.

#### **Quadro 17.1- Fatores a serem observados na avaliação do quadro de ideação suicida**

Verificar idade da pessoa: 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. Frequentes 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 a pessoa se encontra em risco de suicídio, um plano de crise deve ser desenvolvido em colaboração com a pessoa, a intervenção com maior grau de recomendação para diminuição do risco de suicídio é o tratamento adequado e eficaz das pessoas (PROTOCOLO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL, 2011). O quadro 17.2 apresenta condutas básicas para equipe de enfermagem.

**Quadro 17.2 – Condutas básicas em relação ao suicídio.**

O que fazer?	Quem?
Identificar e criar junto com a pessoa uma lista de gatilhos potencialmente identificados, no âmbito pessoal, social e ambiental bem como sintomas iniciais de recaída	Técnico (a) de enfermagem e/ou Enfermeiro (a)
Acionar rede de contato da pessoa para acompanhar a pessoa durante a crise	Técnico (a) de enfermagem e/ou Enfermeiro (a)
Afastar meios de realização do suicídio. Ex: deixar uma limitada quantidade de medicação psicotrópica com a pessoa durante períodos de alto risco de suicídio.	Técnico (a) de enfermagem e/ou Enfermeiro (a)
Deixar claro como a pessoa ou cuidador (a) podem acessar cuidados: os nomes dos profissionais de saúde em atenção primária e secundária que se comprometeram com o plano de crise.	Técnico (a) de enfermagem e/ou Enfermeiro (a)
Realizar pacto anti-suicida	Técnico (a) de enfermagem e/ou Enfermeiro (a)
Definir local de tratamento: pode ser considerado para tratamento ambulatorial a pessoa 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 (a)e/ou médico (a)
Medidas gerais: Quando optamos por não internar uma pessoa com risco de suicídio, devem ser orientadas medidas como tirar armas	Técnico (a) de enfermagem e/ou Enfermeiro (a)

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 da pessoa 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 17.3 – 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-suicida”).	Encaminhar para psiquiatra ou serviço de saúde mental de referência para crises.
6	Ideias suicidas com transtorno psiquiátricos ou estressores severos ou agitação e tentativa prévia.	Ficar com a pessoa (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](http://www.who.int/mental_health/media/en/56.pdf). Apud Protocolo de Atenção em Saúde Mental de Florianópolis (2011).

## 17.2- 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 usuário e do nível de consumo de álcool, uma avaliação mais minuciosa pode ser mais difícil. Algumas pessoas 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 17.4 - 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"> <li>• Assegurar interrupção da ingesta do álcool;</li> <li>• Proporcionar ambiente seguro e livre de estímulos (Sala de observação);</li> <li>• Abordar a pessoa em três técnicos;</li> <li>• Posicionar a pessoa em decúbito lateral evitando broncoaspiração em caso de rebaixamento do nível de consciência;</li> <li>• Monitoramento dos sinais;</li> <li>• Avaliar nível de consciência (se Glasgow* &lt; 13 acionar médico (a));</li> <li>• No caso de agitação psicomotora com hetero ou auto agressividade;</li> <li>• Mobilizar equipe para abordagem e caso não seja eficaz iniciar contenção física no leito;</li> <li>• Acionar rede de contatos da pessoa (familiares);</li> <li>• Realizar escuta da pessoa e do familiar, se possível;</li> </ul>	Técnico (a) de Enfermagem/ Enfermeiro (a)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar aconselhamento e intervenção buscando um vínculo com a pessoa;</li> <li>• Ofertar tratamento em ULS;</li> <li>• Encaminhar para serviço de saúde mental de referência, se disponível.</li> </ul>	
<b>Intervenções medicamentosas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1º passo: iniciar tiamina 100 mg intramuscular na pessoa oligotrófica como profilaxia da síndrome de Wernicke-Korsakoff;</li> <li>• 2º passo: caso apresente hipoglicemia, aguardar, se possível, 30 minutos após administração de tiamina 100 mg IM para iniciar soro glicosado e/ou glicose hipertônica 25% ou 50 % intravenoso**.</li> </ul>	Enfermeiro (a) do CAPS

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

\*Escala de coma de Glasgow no [ANEXO XI](#)

\*\* Iniciar glicose antes da tiamina pode desencadear a síndrome de Wernicke-Korsakoff

### 17.3 – 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 pessoas devem ser encaminhados para serviços especializados com maior ou menor urgência.

**Quadro 17.5 – Escala CIWA-Ar**

O que perguntar	Escore	Pontuação
1. Você sente um mal estar no estômago (enjoo)? 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 vomito	
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?	0 Não 1 Muito leve 2 Leve 3 Moderado 4 Moderado / grave 5 Grave 6 Muito grave 7 Extremamente grave	
5. Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto?	0 Não 1 Muito leve 2 Leve 3 Moderado 4 Moderado / grave 5 Grave 6 Muito grave 7 Extremamente grave	
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 1 Muito leve 2 Leve 3 Moderado 4 Alucinações moderadas 5 Alucinações graves 6 Extremamente 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 1 Muito leve 2 Leve 3 Moderado	

	4 Moderado / grave 5 Grave 6 Muito 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 1 Incerto sobre a data, não responde seguramente 2 Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias 3 Desorientado com a data, com mais de 2 dias 4 Desorientado com o lugar e pessoa	
<b>TOTAL</b>		

**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, a pessoa deve ser encaminhada para o serviço de saúde mental de referência 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 serviços de saúde mental de referência), dependendo dos recursos clínicos, psíquicos, sociais e do local. O manejo clínico e medicamentoso das pessoas também está condicionado à gravidade da SAA. Pessoas com SAA nível I podem receber tratamento ambulatorial. As consultas devem ser frequentes. A pessoa e sua família devem ser orientadas 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 17.6 - Condutas básicas de Enfermagem frente ao quadro de SAA nível I**

Período	Conduta	Quem pode fazer?
1° semana	<ul style="list-style-type: none"> <li>Investigar com a pessoa o consumo de álcool, avaliando: Quantidade de consumo, tempo de uso desta quantidade, data e horário da última ingesta. Histórico de crises convulsivas.</li> <li>Proporcionar ambiente seguro e livre de estímulos</li> <li>Aferir sinais vitais e HGT.</li> </ul>	Enfermeiro (a) /Técnico (a) de Enfermagem



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecer adequadamente sobre a SAA para a pessoa e familiares</li> <li>• Orientar dieta leve ou restrita e hidratação adequada</li> <li>• Orientar supervisão familiar</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescrever tiamina* 300 mg intramuscular 3 x por semana.</li> </ul>	Médico (a) / Enfermeiro (a) do CAPS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescrever diazepam de 20 a 40 mg/dia por via oral ou lorazepam</li> </ul>	Médico (a)
2° e 3° semana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução gradual dos cuidados gerais.</li> </ul>	Técnico (a) de enfermagem/ Enfermeiro (a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescrever tiamina 300 mg por dia por via oral</li> </ul>	Enfermeiro (a) 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 contêm 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.**

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

#### 17.4- Contenção mecânica da pessoa

A restrição é usada para pessoas que apresentam quadro de inquietação e possível agitação psicomotora. É um procedimento usado na psiquiatria, com pessoas 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 da pessoa 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 a pessoa 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 pessoas, trazendo clareza às 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, deve ser registrada 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 (a) profissional enfermeiro (a) poderá orientar e determinar a contenção mecânica.

## 18 – ABORDAGEM À PESSOA COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

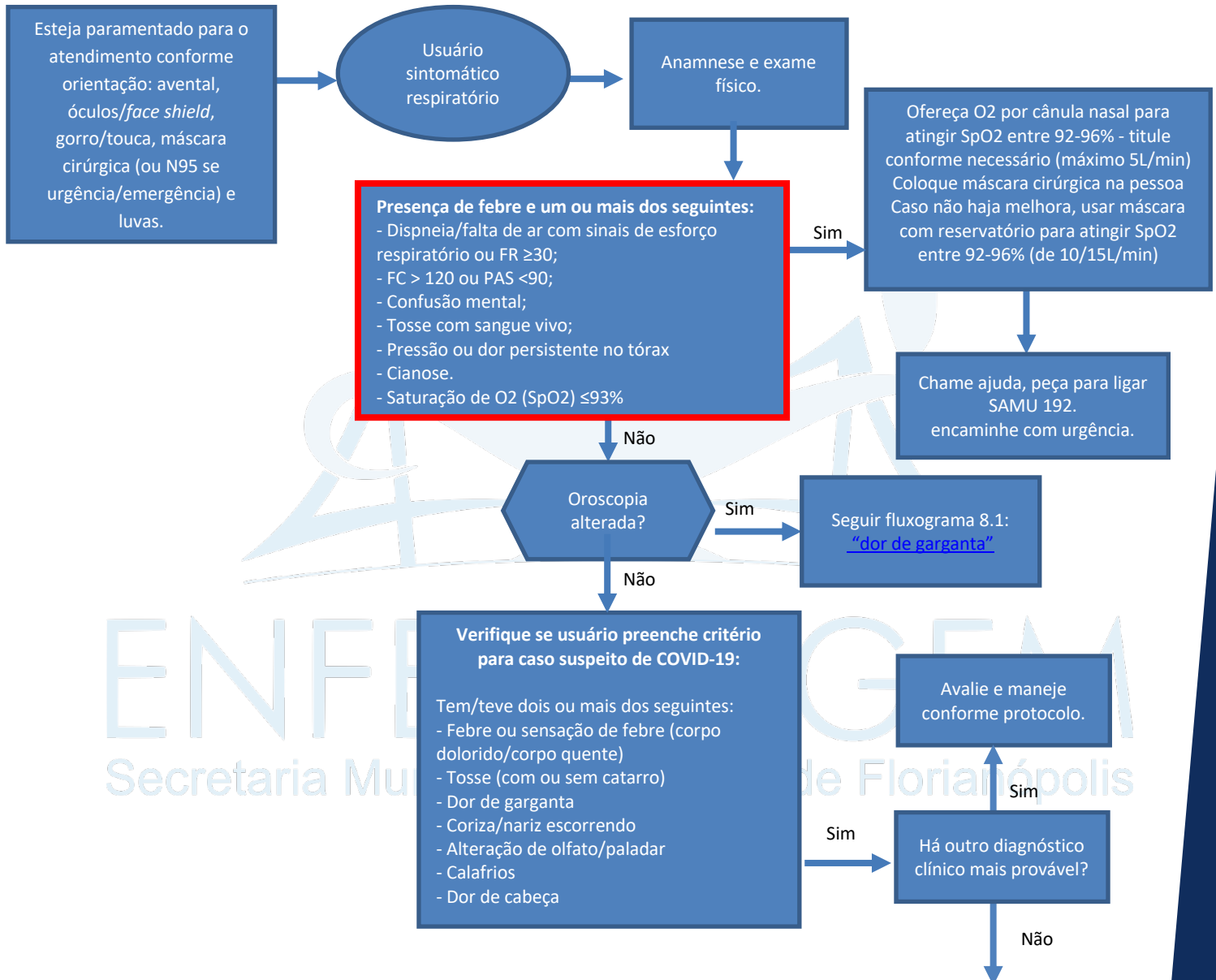
A COVID-19 é uma doença causada pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) e que pode se apresentar de diferentes formas nos seres humanos. O quadro pode variar de infecções assintomáticas ou oligossintomáticas (80%) a quadros graves (20%)<sup>37</sup>.

Seus principais sintomas podem variar entre resfriado comum e uma síndrome gripal, e chegar até a pneumonias mais severas. Os principais sintomas são: tosse, febre, coriza, dor de garganta, dificuldade para respirar, perda de olfato (anosmia), alteração de paladar (ageusia), distúrbios gastrointestinais (náuseas/vômitos/diarreias), cansaço, diminuição do apetite e dispneia<sup>37</sup>.

O fluxograma e o Quadro 18 que tratam do atendimento ao usuário sintomático respiratório tenta auxiliar a equipe de enfermagem no manejo e na identificação de sinais de gravidade, os quais deverão ser encaminhados prontamente ao(à) médico (a) 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 IX](#).**

**ENFERMAGEM**  
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

**Fluxograma 18 – MANEJO DO USUÁRIO SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO**



\*Fatores de risco (exigem avaliação médica em conjunto):

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

**Usuário Preenche critérios para caso suspeito de COVID-19:**

- Explique que pelos sintomas ele(a) pode ter COVID-19 e que irá ser testado(a);
- Maneje conforme [Quadro 18](#).
- **Decida qual teste fazer:**
  - ≥ 7 dias do início dos sintomas: Solicite e agende RT-PCR para SARS-CoV-2 para coletar entre o 3-7 dias de sintomas.
  - 8-9 dias do início dos sintomas: verifique se já coletou PCR (se sim, aguardar resultado), ou agende TR para quando completar 10 dias ou mais desde o início dos sintomas.
  - ≥ 10 dias do início dos sintomas: se já coletou PCR aguarde resultado, se não coletou, realize TR na consulta e interprete resultado.
- Oriente sobre os agendamentos dos exames.
- Ao final do atendimento registre caso COVID-19 e NOTIFIQUE B972 (atualize endereço e telefone na notificação).
- Oriente isolamento do usuário/restricção domiciliar dos contatos próximos e aplique termos. Faça interconsulta com MFC se necessário atestado;
- Oriente realizar contato com serviço de saúde (Alô Saúde/SAMU) se sinais de gravidade (Dispneia/falta de ar,

**Quadro 18 – Condutas de enfermagem frente ao usuário sintomático respiratório**

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Conduta não medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar e reforçar higiene frequente das mãos, uso da máscara cirúrgica e cuidados a fim de evitar a propagação (higiene da tosse - <a href="#">ANEXO X</a>);</li> <li>• Orientar atenção aos sinais de gravidade como: Dispneia/falta de ar, cianose/palidez, confusão mental/letargia – Ligar para o SAMU 192 ou buscar serviço de urgência.</li> <li>• Se usuário tem fatores de risco associados, explicar risco de apresentar COVID-19 grave e reforce atenção aos sinais de gravidade.</li> <li>• Aumentar a ingestão de líquidos (água, sucos, chás, sopas, etc.);</li> <li>• Orientar repouso;</li> <li>• Reforce importância do isolamento domiciliar do usuário e restrição domiciliar dos contatos. Entregue informativos;</li> <li>• Oriente que equipe de monitoramento entrará em contato para monitorar seus sintomas, locais que frequentou e pessoas com quem teve contato;</li> <li>• Oriente que será/continuará a ser atendido/monitorado por teleconsulta pela equipe da APS para avaliar isolamento e sintomas.</li> <li>• Agende teste conforme Fluxograma 18.</li> </ul>	Enfermeiro(a)
Conduta medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracetamol ou Dipirona 500-1000 mg VO de 6/6 horas se dor;</li> <li>• 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.</li> <li>• Se tosse, ofereça medidas caseiras para alívio: uma colher de chá de mel quando necessário. Evite se paciente tem diabetes.</li> </ul>	Enfermeiro(a)

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

## 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](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](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](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 Sírío-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](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](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](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](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 al. 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](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: Condutas 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](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/resoluco-cofen-n-4272012\\_9146.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-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>
32. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: dor crônica / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. VERSÃO PRELIMINAR.
33. American Heart Association. Destaques da American Heart Association 2015. Atualização das diretrizes de RCP e ACE. Versão em português. AHA [Internet]. 2015 [Acesso 30/08/2019]. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>
34. American Heart Association. Destaques das Atualizações específicas das diretrizes de 2017 da American Heart Association para Suporte Básico de Vida em pediatria e para adultos e qualidade da ressuscitação cardiopulmonar. Versão em português. AHA [Internet]. 2017 [Acesso 30/08/2019]. Disponível em: [https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2017/12/2017-Focused-Updates\\_Highlights\\_PTBR.pdf](https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2017/12/2017-Focused-Updates_Highlights_PTBR.pdf)
35. BAUER, Affonso Chiamenti; et.al. **Suporte Básico de Vida: Atualização das Diretrizes da American Heart Association 2017**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 03, Ed. 04, Vol. 04, pp. 83-98, Abril de 2018. ISSN:2448-0959
36. BRITISH MEDICAL JOURNAL. Best Practice. Avaliação da perda visual: última atualização em agosto de 2018. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/960/pdf/960.pdf>.
37. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>. Acesso em: 25 nov. 2020.



# ENFERMAGEM

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

## ANEXO I – DIÁRIO DA DOR

		DATA															
Horário	Manhã																
	Tarde																
	Noite																
	Madrugada																
Intensidade*	Fraca																
	Moderada																
	Forte																
Tipo de dor	Contínua																
	Pulsante																
	Pontadas																
Outros	Medicamento que usou																
	Duração																
	Local da dor																
	Náuseas ou vômitos?																
	Luz ou som incomoda?																
	Período menstrual?																

\*Fraca: não interfere nas suas atividades / Moderada: interfere, mas não impede suas atividades / Forte: impede suas atividades

Fonte: Elaborado pelos autores

## ANEXO II – ORIENTAÇÕES PARA MELHORAR O SONO

- Evite usar medicamentos para dormir, pois podem causar dependência e te deixar com sonolência durante o dia, tontura, confusão, problemas de memória, maior risco de quedas e acidentes de carro;
- Faça exercícios pelo menos 3 vezes por semana com duração mínima de 30 minutos (evite nas 6 horas antes de dormir);
- Evite cafeína (café, chá), bebidas estimulantes, álcool e cigarro após anoitecer;
- Evite ingerir líquidos ou fazer refeições pesadas até 2 horas antes de dormir;
- Mantenha seu quarto com temperatura confortável e quieto;
- Use tampões de ouvido para deixar o local mais silencioso, se achar necessário;
- Evite cochilos durante o dia, mas se cansado (a), cochile por não mais que 30 minutos;
- Tenha uma rotina: acordar no mesmo horário todos os dias, mesmo se cansado (a) e vá para a cama no mesmo horário todas as noites;
- Deite/relaxe antes de ir para a cama;
- Use a cama apenas para dormir ou para o sexo. Passe apenas 6-8 horas por noite na cama. Evite trabalhar ou assistir TV enquanto deitado;
- Uma vez na cama, não fique olhando o relógio. Se não dormir após 20 minutos, faça alguma atividade de baixa energia (ler um livro, caminhar pela casa). Uma vez cansado (a), retorne para a cama. Evite assistir televisão ou ficar olhando o celular;
- Mantenha um diário do sono (quantas horas dormiu por noite, fatores que facilitaram ou dificultaram, o que fez para conseguir dormir etc);
- Tome banho morno, leia um livro ou beba leite morno antes de dormir. Se o clima estiver quente, tome uma bebida refrescante sem cafeína antes de dormir;
- Procure reconhecer quais situações do dia-a-dia estão lhe tirando o sono;
- Se estiver com problemas ou muitas idéias na cabeça, anote-os e tente resolvê-los no dia seguinte durante o dia.

### ANEXO III – ORIENTAÇÕES ALIMENTARES PARA DIARREIA

1-A diarreia caracteriza-se pela ocorrência de fezes líquidas e frequentes (normalmente acima de 3x/dia), sendo acompanhada pela perda excessiva de líquidos e sais minerais.

2-É recomendado utilizar pouco ou nada de açúcar e alimentos doces, pois esses alimentos fermentam no intestino e podem atrapalhar a recuperação. Se for usar alimentos diet e adoçante, é preciso usá-los com moderação.

3-Para hidratação durante o período em que estiver com diarreia, é aconselhável a ingestão do soro caseiro: misturar 1 litro de água mineral, filtrada ou fervida (já fria) com 1 colher (do tipo de cafezinho) de sal e 1 colher (do tipo de sopa) de açúcar. Mexer bem e tomar em pequenas colheradas.

<b>Alimentos Indicados</b>	<b>Alimentos a serem evitados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chá preto fraco;</li> <li>• Chás de camomila, erva doce, broto ou folha de goiabeira;</li> <li>• Água de coco;</li> <li>• Sucos de caju, goiaba e maracujá;</li> <li>• Leites com baixo teor ou isentos de lactose, em casos de diarreia crônica;</li> <li>• Bolacha água e sal ou cream craker;</li> <li>• Torrada salgada;</li> <li>• Gelatina diet;</li> <li>• Arroz;</li> <li>• Macarrão;</li> <li>• Banana, pêra, goiaba e maçã sem casca ou cozidos;</li> <li>• Batata, cenoura, chuchu, abóbora, abobrinha;</li> <li>• Carne magra cozida ou assada sem tempero;</li> <li>• Frango sem pele e sem gordura cozido ou assado;</li> <li>• Peixe magro cozido ou assado;</li> <li>• Temperos suaves: salsinha, cebolinha e sal (use com moderação)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Açúcar, mel, melado e doce em geral;</li> <li>• Leite e derivados;</li> <li>• Alimentos crus;</li> <li>• Café;</li> <li>• Refrigerantes e outras bebidas que contenham gás ou açúcar;</li> <li>• Alimentos ricos em fibras (cereais integrais);</li> <li>• Alimentos fermentativos (couve-flor, couve manteiga, repolho, pimentão, pepino, brócolis, cebola, rabanete, alho, nabo, batata doce, beterraba, feijão, lentilha);</li> <li>• Ovo;</li> <li>• Frituras e alimentos gordurosos;</li> <li>• Temperos em geral.</li> </ul>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

## **ANEXO IV – ORIENTAÇÕES ALIMENTARES PARA AZIA**

1 – A azia ocorre por um desequilíbrio entre fatores que agredem o estômago e os que o protegem, resultando na inflamação, podendo causar dor, queimação, náusea e desconforto no estômago.

2 - É importante mastigar bem os alimentos, comendo devagar.

3 - Realizar as refeições em locais calmos e tranquilos, separando o ato de comer das outras atividades, como ler e assistir televisão, pois isso auxilia na melhor percepção da quantidade, qualidade e mastigação dos alimentos e, conseqüentemente, melhora a digestão.

4 - É recomendado fazer pelo menos três refeições por dia (café da manhã, almoço e jantar) e pelo menos dois pequenos lanches (de preferência, frutas) na parte da manhã e da tarde, intercalando com as principais refeições.

5 - O consumo de alguns alimentos tem efeito positivo no caso de gastrite/úlcera, principalmente os ricos em fibras alimentares, como maçã, mamão, banana, feijão, couve, aveia e semente de linhaça.

6 - Além de serem ricos em fibras, as frutas, legumes e verduras são ricos em vitaminas e minerais, ajudando na proteção à saúde e por isso devem estar presentes diariamente nas refeições. É recomendado o consumo de frutas nas sobremesas e lanches e os legumes e verduras (saladas variadas) nas refeições principais como almoço e jantar.

7 - Importante consumir alimentos com função anti-inflamatória, como atum, sardinha e anchova (ricos em ômega-3), gérmen de trigo e abacate (ricos em vitamina E), suco de couve, repolho cru e gengibre.

8 - Alguns chás têm função digestiva e podem melhorar os sintomas de gastrite/úlcera, como melissa, camomila, erva-cidreira e erva-doce. Já a espinheira santa tem função comprovada no tratamento de doenças no estômago. É recomendado não substituir a água pelo consumo de chás, procurando profissionais de saúde para prescrição da quantidade e do tempo de uso destas plantas.

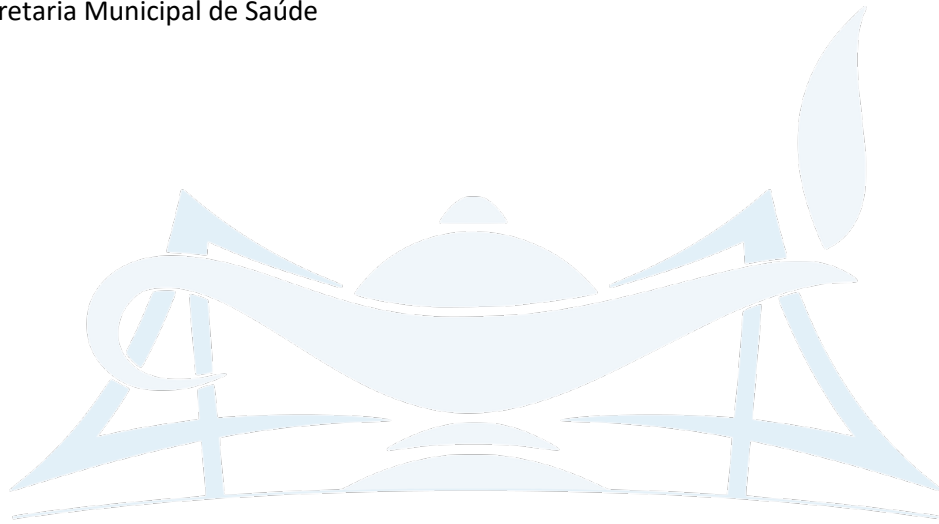
9 - A água é um alimento indispensável ao funcionamento adequado do corpo. Recomenda-se iniciar o dia com 1 copo de água em jejum e consumir de 1,5l a 2l diariamente, usando água tratada, filtrada ou fervida para beber, preparar refeições ou sucos e outras bebidas. É importante evitar consumir líquidos durante as refeições, preferindo entre as refeições. Dica: Leve sempre uma garrafa de água para o trabalho, a escola ou na prática de atividade física.

10 - É recomendado evitar alimentos muito quentes e/ou que causem sensação de desconforto, verificando a tolerância individual de cada pessoa aos alimentos. Alimentos que podem causar desconforto são: café preto, chá preto, refrigerante, cebola crua, frutas ácidas, tomate e molhos prontos, embutidos como salame, mortadela, salsicha, presunto e linguiça, alimentos gordurosos como frituras, sorvetes, chocolate, carnes e queijos gordos e alimentos condimentados, como pimenta, mostarda, cominho e temperos industrializados.

11 - Bebidas alcoólicas são desaconselhadas, pois além de calóricas, contêm pouco ou nenhum nutriente. Podem causar desconforto e afetam a quantidade de vitaminas do complexo B e vitamina C, prejudicando o estado nutricional do indivíduo que consome.

12 - A alimentação saudável e a atividade física regular em conjunto são fundamentais para a manutenção do peso saudável, a diminuição do risco de doenças e a melhoria da qualidade de vida.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde



**ENFERMAGEM**  
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis



## ANEXO V – ORIENTAÇÕES ALIMENTARES PARA CONSTIPAÇÃO

1-A constipação intestinal é considerada a frequência das evacuações menor que três vezes na semana e fezes com consistência ressecada e de difícil passagem.

2-É importante comer mais vezes durante o dia, procurando fazer pequenos lanches através da inclusão de frutas nos intervalos das refeições principais.

3-Frutas, legumes e verduras (de preferência crus e, quando possível, consumidos com casca e bagaço) são ricos em vitaminas, minerais e fibras, ajudando na proteção à saúde, diminuindo o risco do aparecimento de várias doenças e auxiliando no funcionamento intestinal e por isso devem estar presentes diariamente nas refeições.

4-A prática de atividade física regular auxilia o bom funcionamento do intestino por estimular seu movimento.

5-A água é um alimento indispensável ao funcionamento adequado do corpo. Recomenda-se iniciar o dia com 1 copo de água em jejum e consumir de 1,5l a 2l diariamente, usando água tratada, filtrada ou fervida para beber, preparar refeições ou sucos e outras bebidas. Dica: Leve sempre uma garrafa de água para o trabalho, a escola ou na prática de atividade física.

6-É importante mastigar bem os alimentos, com calma.

7-Recomenda-se evitar o uso de medicamentos e chás laxativos sem orientação de um profissional.

OPÇÃO: Usar uma vez por dia uma mistura laxativa, que ajuda o funcionamento do intestino, de preferência em jejum ou antes de dormir:

- Receita 1: ameixa seca sem caroço, suco de laranja, mamão, iogurte natural desnatado e aveia/linhaça
- Receita 2: Suco de laranja, ameixa seca sem caroço, levedura de cerveja e gérmen de trigo
- Receita 3: 1 colher de sopa de linhaça deixada de molho em 1 copo de água durante a noite

<b>Alimentos Recomendados</b>	<b>Alimentos a Serem Evitados</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pão integral, arroz integral, farelos, granola, aveia e linhaça;</li><li>• Hortaliças folhosas;</li><li>• Frutas cruas com bagaço e casca (principalmente ameixa, laranja, abacaxi e mamão);</li><li>• Iogurte natural desnatado, coalhada e leite fermentado.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pão branco, farinhas e biscoitos refinados (brancos);</li><li>• Frutas cozidas;</li><li>• Doces em geral.</li></ul>

## ANEXO VI – ALONGAMENTO

**Alongamentos da coluna lombar (Costas)**



**Alongamentos da coluna cervical (Pescoço)**



**ALONGAMENTO É SAÚDE**



DESENVOLVIMENTO: Profissionais de Fisioterapia e Educação Física - SMS

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

EM CASO DE DÚVIDAS  
PROCURE ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

## ANEXO VII – 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**

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.

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

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

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

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

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.

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.

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

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

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

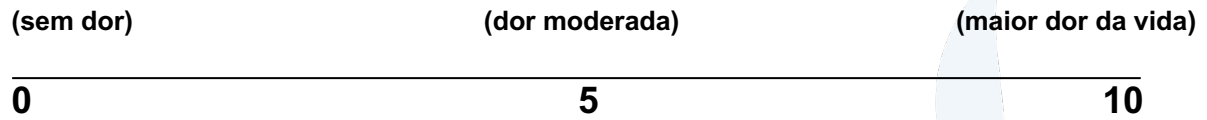
**FAÇA PAUSAS FREQUENTES NO TRABALHO E NAS ATIVIDADES DIÁRIAS PARA ALONGAR E RELAXAR**

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Infosaúde

**ENFERMAGEM**  
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

## ANEXO VIII – ESCALAS PARA MENSURAÇÃO DA DOR

### a) Nota da Dor:



Fonte: própria

### b) Escala conforme expressão facial:



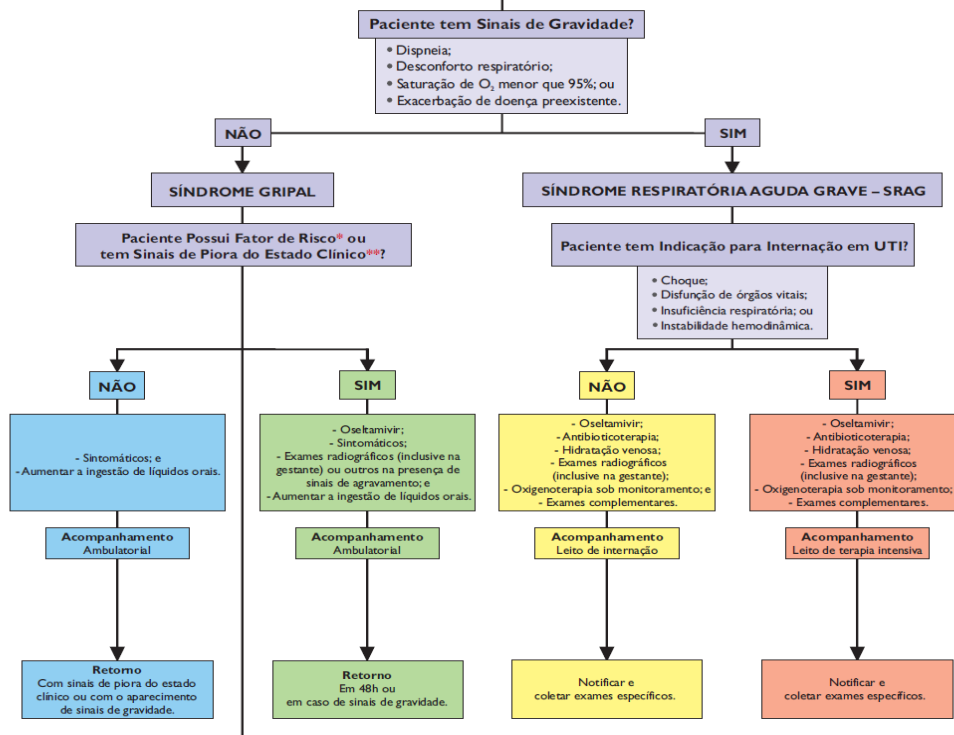
Fonte<sup>2</sup>: Caderno de Atenção Básica nº28- BRASIL (2012).

## ANEXO IX – MANEJO CLÍNICO EM PESSOA 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; miosite comprovada por CPK (≥ 2 a 3 vezes); alteração do sensorio; desidratação e, em crianças, exacerbação dos sintomas gastrointestinais.

Fonte: SAS.

DROGA	FAIXA ETÁRIA	POSOLOGIA	
OSELTAMIVIR	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	
<b>Dose para Tratamento no Período Neonatal – Tratamento durante cinco dias</b>			
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 X – 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 do Estado da Saúde 

Fonte<sup>24</sup>: Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE/SC)




**ANEXO XI – ESCALA DE COMA DE GLASGOW**

## ESCALA DE COMA DE GLASGOW : Avalie da seguinte forma

**GCS** EYES  
**at 40** 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 hemisferos 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 Geneeskd

<p><b>Flexão anormal</b></p> <p>Lenta Estereotipada Aproximação do braço relativamente ao tórax Rotação do antebraço Cerramento do polegar Extensão do membro inferior</p>		<p><b>Flexão normal</b></p> <p>Rápida Variável Afastamento do braço relativamente ao corpo</p>
--	---	--

**Para informação adicional e demonstração em vídeo visite [www.glasgowcomascale.org](http://www.glasgowcomascale.org)**

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

81



## CONTROLE DE ALTERAÇÕES

Versão	Capítulo	Página	Alteração	Data da alteração
1.1	3	15	Correção no último retângulo à direita, de “Provável otite média crônica” para “Provável otite média aguda”.	26/04/2017
1.1	11	34	Inserção de observação com relação ao uso de Albendazol na gestação e amamentação.	26/04/2017
1.1	18	48	Alteração do período máximo de uso da Mupirocina, fixando em 10 dias.	26/04/2017
1.1	Anexos	75	Anexada a Escala de Coma de Glasgow	26/04/2017
1.2	17	59	Inclusão da possibilidade de uso de compostos contendo tiamina no caso de indisponibilidade de tiamina pura.	04/09/2017
1.2	15	46-47	Inclusão de Miconazol creme dermatológico como alternativa ao Clotrimazol creme devido a mudança na disponibilidade deste último.	04/09/2017
1.2	16	51	Inclusão de prescrição de aciclovir pelo(a)enfermeiro (a) para herpes.	04/09/2017
1.2	15	45-46	Alteração no tratamento para pediculose.	04/09/2017
1.2	15	45	Alteração no tratamento para escabiose.	04/09/2017
1.3	1	8	Inclusão para registro da consulta de enfermagem na interconsulta	02/01/2020
1.3	2	10	Inclusão de capítulo sobre suporte básico de vida	02/01/2020

1.3	3	16	Inclusão da lavagem otológica como procedimento realizado pelo(a) enfermeiro(a) com capacitação	02/01/2020
1.3	7	26	Inclusão de dimenidrinato 100mg para náuseas e vômitos	02/01/2020
1.3	10	33	Inclusão de tópicos sobre fissura anal, hemorróidas e coceira anal	02/01/2020
1.3	11	34	Inclusão da necessidade de tratar contatos domiciliares para verminose com avaliação presencial e prescrição nominal	02/01/2020
1.3	12	36	Inclusão de yoga para dor lombar crônica	02/01/2020
1.3	12	38	Inclusão de capítulo sobre dor nos ombros	02/01/2020
1.3	14	44	Inclusão de capítulo sobre baixa visão	02/01/2020
1.3	15	47	Inclusão da necessidade de afastamento para pessoa com escabiose	02/01/2020
1.3	15	47	Inclusão da prescrição de loratadina para prurido em pessoa com escabiose	02/01/2020
1.3	15	49	Removido clotrimazol creme como alternativa ao tratamento da micose de pele	02/01/2020
1.3	15	50	Removido tiabendazol como tratamento para larva migrans	02/01/2020
1.3	16	52	Inclusão de investigação para DM e HIV em pessoa com candidíase oral	02/01/2020
1.3	16	52	Modificado tempo de tratamento para candidíase oral para 14 dias	02/01/2020

1.3	16	52	Inclusão de lidocaína 2% para tratamento da afta oral	02/01/2020
1.3	16	53	Acrescido úlceras extensas ou recorrentes para prescrição de Aciclovir nos casos de herpes labial	02/01/2020
1.3	17	58	Inclusão de observação sobre uso de glicose antes da tiamina	02/01/2020
1.3	ANEXO	66	Inclusão de modelo de diário da dor	02/01/2020
1.3	ANEXO	67	Inclusão de orientações para melhora do sono	02/01/2020
1.3	ANEXO	68	Inclusão de orientações alimentares para diarreia	02/01/2020
1.3	ANEXO	70	Inclusão de orientações alimentares para azia	02/01/2020
1.3	ANEXO	72	Inclusão de orientações alimentares para constipação	02/01/2020
1.3	FLUXOGRAMAS	TODAS	Inclusão de quadro vermelho com sinais de alerta	02/01/2020
1.3	TODOS	TODAS	Inclusão de hiperlinks para fluxogramas, quadros e anexos	02/01/2020
1.3	18	63	Inclusão do capítulo de Abordagem à pessoa com sintomas respiratórios	02/12/2020