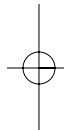
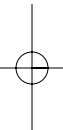


PROTOCOLO CLÍNICO DE
AVALIAÇÃO E ASSISTÊNCIA DE

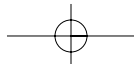
Enfermagem

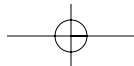
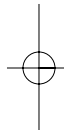
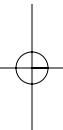


SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE



LONDRINA - 2006
1ª EDIÇÃO





PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA

Prefeito

Nedson Luiz Micheleti

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Secretário

Sílvio Fernandes da Silva 2001–Junho/2006
Josemari S. de Arruda Campos Julho/2006

DIRETORIA DE AÇÕES EM SAÚDE

Diretor

Brígida Gimenez de Carvalho 2001 – 2005
Marcelo Viana de Castro Jan/2005 – Junho/2006
Sonia Regina Nery Julho/2006

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Coordenador

Marilda Kohatsu

Produção, distribuição e informações:

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE LONDRINA
Superintendência Municipal: Josemari S. de Arruda
Diretoria de Ações em Saúde: Sonia Regina Nery

Endereço:

Rua Jorge Casoni, 2350.
CEP: 86010-250
Telefone (43)3376-1800
FAX (43)3376-1804
E-mail: das@asms.londrina.pr.gov.br
Site: www.londrina.pr.gov.br/saude
1ª Edição. 2006

CAPA/CONTRACAPA: Marcelo Ribeiro Máximo - Artes Gráficas/Informática/AMS/PML
PROJETO GRÁFICO: Visualitá Programação Visual

CATALOGAÇÃO: Sueli Alves da Silva CRB 9/1040

L838s LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde.
Avaliação e Assistência de Enfermagem : protocolo/. Prefeitura do Município.
Autarquia Municipal de Saúde- 1. ed.- Londrina, PR: [s.n], 2006.
87 p. : il. color.-

Vários colaboradores.
Bibliografia.

1.Assistência de enfermagem – Protocolo. 2. Saúde coletiva – Londrina. I. Título.

CDU 616-083(816.22)

EQUIPE RESPONSÁVEL

ORGANIZADOR

Brígida Gimenez Carvalho

AUTORES

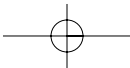
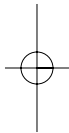
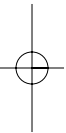
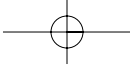
Débora Antonia Favoreto Milani	Enfermeira	<i>DAS</i>
Eunice Toshiko Hokama	Enfermeira	<i>UBS Bandeirantes</i>
Mirna Luciana T. Papi Germiniano	Enfermeira	<i>UBS Itapoã</i>
Vera Lúcia Roncaratti	Enfermeira	<i>DAS</i>

COLABORADORES

Sônia M. Fernandes	Enfermeira	<i>Gerência de Vigilância Epidemiológica</i>
Ivete Carneiro	Enfermeira	<i>UBS Vila Casoni</i>

CONSULTORA

Maria Emi Shimazaki



APRESENTAÇÃO

O estabelecimento da missão da Autarquia Municipal de Saúde pressupõe a promoção da saúde e qualidade de vida da população, por meio de ações integradas e intersetoriais, confere centralidade à política de qualidade como um dos maiores desafios a serem alcançados. Acredita-se que o alcance desse objetivo envolva a ampliação da satisfação dos usuários com os serviços. Entretanto, na área pública, o conceito de qualidade deve ser ampliado à aplicação dos recursos públicos de forma eficiente, eficaz e efetiva. É neste contexto que se insere a utilização adequada da tecnologia disponível, visando ao aprimoramento da qualidade técnico-científica, sendo a proposição de protocolos uma das ferramentas fundamentais neste processo. Os protocolos, sob a forma de uma documentação sistematizada, normatizam o padrão de atendimento à saúde. Na rede municipal de saúde de Londrina, sentiu-se a necessidade de um instrumento que orientasse a atuação, estabelecendo fluxos integrados na rede de assistência e medidas de suporte, definindo competência e responsabilidade dos serviços, das equipes e dos diversos profissionais que compõem as Equipes de saúde da família. Para a elaboração desses protocolos, foram identificadas as principais demandas para atenção primária à saúde e instituídos grupos-tarefa para a elaboração dos mesmos. As áreas priorizadas foram:

Livro 1 – Saúde da Criança

Livro 2 – Saúde da Mulher - Protocolo de atenção integral à gestante de baixo risco e puérpera;
- Protocolo de detecção e controle do câncer de colo de útero e de mama;
- Protocolo de Planejamento familiar.

Livro 3 – Saúde do Adulto - Protocolo de Hipertensão Arterial;
- Protocolo de Diabetes Mellitus;
- Protocolo de Dislipidemias

Livro 4 – Fitoterapia

Livro 5 – Cuidados de Enfermagem

Livro 6 – Asma

Livro 7 - Imunização

Sendo assim, espera-se que na continuidade do empenho do grupo tarefa na produção deste material, ocorra a incorporação pelos atores no cotidiano da gestão clínica do cuidado, a se traduzir na melhoria das condições de saúde e de vida das populações sob nossa responsabilidade.



VALIDAÇÃO DOS PROTOCOLOS

Para a implantação dos protocolos foram seguidas as seguintes etapas: - validação externa realizada por experts de cada área, Sociedades e Associações de classe e Instituições de Ensino e validação interna – por meio de seleção de algumas unidades – com reorganização dos processos de trabalho, capacitação dos profissionais e monitoramento das ações para avaliar necessidades de adequações. Para a validação externa, foram encaminhadas cópias dos protocolos para apreciação e formulação de sugestões, às seguintes entidades e seus representantes:

- Conselho Regional de Enfermagem
- Associação Brasileira de Enfermagem
- UNIFIL – Universidade Filadélfia de Londrina
- Conselho Regional de Medicina
- Departamento de Enfermagem – HURNPR
- Universidade Norte do Paraná – UNOPAR

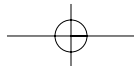
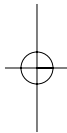
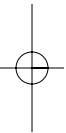
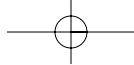
AGRADECIMENTOS

Este protocolo é resultado de um trabalho desenvolvido ao longo dos últimos dois anos no município de Londrina. Vários profissionais participaram em diferentes momentos deste processo, colaborando com sua experiência e conhecimento. Agradecemos a todos os profissionais que colaboraram, em especial à Enfermeira Brígida Gimenez Carvalho pelo seu empenho e determinação enquanto Diretora da DAS, na realização deste material técnico-científico.

SUMÁRIO

1. AS DIRETRIZES	
1.1 Proposta	13
1.2 Objetivos	13
2. MÓDULO I (ATIVIDADES DESEMPENHADAS)	15
2.1 Atividades desempenhadas pela Equipe de Saúde	16
2.2 Atividades Desempenhadas pelo Auxiliar de Enfermagem	16
2.3 Atividades Desempenhadas pelo Enfermeiro	19
3. MÓDULO II (ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM)	23
3.1 Preparo do Ambiente	24
3.2 Atendimento de Enfermagem	24
3.3 Anamnese	25
3.4 Exame Físico	25
3.4.1 Avaliação Neurológica	26
3.4.2 Inspeção Geral	27
3.4.2.1 Pele	27
3.4.2.2 Cabeça	27
3.4.2.3 Pescoço	28
3.4.2.4 Torax e Pulmões	28
3.4.2.5 Abdomen	29
3.4.2.6 Região Inguinal	29
3.4.2.7 Genitais Femininos	30
3.4.2.8 Genitais Masculinos	30
3.4.2.9 Região Anal e Perineal	30
3.4.2.10 Membros Superiores	30
3.4.2.11 Membros Inferiores	30
3.4.2.12 Unhas	30
3.5 Anotação em Prontuário	31
3.6 Encaminhamento do Paciente	31
3.7 Definição de Termos e Principais Sinais e Sintomas	32
3.7.1 Sistema Cardiovascular	32
3.7.2 Sistema Respiratório	32
3.7.3 Sistema Digestivo	32
3.7.4 Sistema Urinário	33
3.7.5 Sistema Neurológico	33
3.7.6 Sistema Tegumentar	34
3.7.7 Outros termos	34
3.8 Padronização para Administração de Antitérmicos	35
3.8.1 Orientações Gerais	35
3.8.2 Cuidados Gerais	35
3.8.3 Administração de Dipirona	35
3.8.4 Administração de Paracetamol	36

4. MÓDULO III	37
4.1 Descrição das Operações e Símbolo do Fluxograma	39
4.1.1 Febre	41
4.1.2 Desmaio ou Tontura	43
4.1.3 Cefaléia	43
4.1.4 Dor ou Desconforto visual	47
4.1.5 Dor de ouvido	49
4.1.6 Dor de garganta	51
4.1.7 Tosse ou coriza	53
4.1.8 Dificuldade para respirar	55
4.1.9 Azia	57
4.1.10 Vômito	59
4.1.11 Dor abdominal	61
4.1.12 Obstipação Intestinal em Crianças e Adultos	63
4.1.13 Cólica Menstrual	65
4.1.14 Dor Lombar	67
4.1.15 Dor ou Ardência ao Urinar	69
4.1.16 Queimaduras	71
4.1.17 Diarréia	73
5. MÓDULO IV	77
5.1 Conduta de Enfermagem nas Lesões de pele mais frequentes	78
5.1.1 Alergia à picada de inseto	78
5.1.2 Dermatite Seborreica	78
5.1.3 Escabiose	78
5.1.4 Pediculose	79
5.1.5 Piolho pubiano	79
5.1.6 Carrapato	79
5.1.7 Tunguíase	80
5.1.8 Berne	80
5.1.9 Impetigo Bolhoso	80
5.1.10 Impetigo Não Bolhoso	81
5.1.11 Impetigo Folicular	81
5.1.12 Foliculite de Barba	81
5.1.13 Furunculose	82
5.1.14 Hordéolo	82
5.1.15 Aftas	82
5.1.16 Monilíase Oral	82
5.1.17 Herpes Simples	83
5.1.18 Varicela	83
5.1.19 Erisipela	83
5.1.20 Dermatite de Fraldas	84
5.1.21 Intertrigo	84
5.1.22 Bálano Postite	84
5.1.23 Tínea Interdigital	85
5.1.24 Calosidades	85
5.1.25 Rachadura dos pés	86
5.1.26 Onicomicose	86
Bibliografia	87



1. DIRETRIZES

1.1 PROPOSTA

O modelo atualmente proposto pelo Serviço Municipal de Saúde de Londrina tem o propósito de reorientar as atividades desempenhadas pela enfermagem, adequando-as às novas práticas e novo modelo assistencial, com sistema de agendas abertas e implementação de ações delegadas, com o intuito à integralidade do cuidado e a excelência do serviço, significando acolher e atender 100% dos usuários que procuram o serviço.

1.2 OBJETIVOS

Este protocolo tem como objetivo fornecer subsídios técnicos para que os profissionais de enfermagem possam:

- Identificar as atividades e desempenhos desenvolvidos pelos auxiliares de enfermagem e enfermeiros na unidade de saúde.
- Reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde nas unidades;
- Qualificar o atendimento prestado pela enfermagem;
- Intensificar a capacidade de resolução dos problemas de saúde pela equipe de enfermagem;
- Realizar ações de vigilância à saúde para prevenção e controle de doenças ou agravos.
- Realizar ações de educação em saúde individual, familiar e grupal para promoção de práticas saudáveis e do auto-cuidado.
- Valorizar o trabalho da equipe de enfermagem;
- Favorecer o acesso do usuário aos diferentes níveis de atendimento com eficiência.

ESTRUTURA DO PROTOCOLO

A estrutura deste protocolo visa estabelecer um roteiro de atendimento, em quatro módulos, assim distribuídos:

Módulo I

- Estabelece as atividades e desempenhos dos profissionais da equipe de enfermagem.

Módulo II

- Estabelece um roteiro para avaliação do estado de saúde do usuário, definição de termos, de sinais e sintomas e a padronização para administração de medicamentos antitêrmicos.

Módulo III

- Aborda os agravos, através das queixas de maior frequência, referidas pelos usuários das U. S., identificando os pontos relevantes para o atendimento de enfermagem e a definição de conduta, em forma de fluxograma.

Módulo IV

- Aborda patologias que acometem a pele, com características, localização e direcionamento para aplicação de conduta, em forma de tabela.

2. MÓDULO I

É constituído por tópicos que identificam as atividades e desempenhos da equipe de enfermagem na U.S.

Atividades do auxiliar de enfermagem: recepção, atendimento de enfermagem, procedimentos, visita domiciliar, programas e grupos comunitários.

Atividades do enfermeiro: coordenação e supervisão das atividades de enfermagem, organização do processo de trabalho, consulta do enfermeiro, capacitação da equipe de enfermagem.

2. ATIVIDADES DESEMPENHADAS

2.1 ATIVIDADES DESEMPENHADAS PELA EQUIPE DE SAÚDE

ATIVIDADE

Pré-recepção

DESEMPENHOS

- Cumprimentar os usuários que aguardam o atendimento;-
- Convidar os usuários a entrarem na unidade e se acomodarem;
- Apresentar-se ao usuário;
- Fazer um diagnóstico inicial priorizando os usuários idosos, os usuários em mau estado geral (atentar para crianças), os com dor intensa;
- Levantar o motivo da vinda à U.S.;
- Organizar o fluxo dos usuários na sala de espera, distribuindo-os em grupos de atendimento, de forma a agilizá-los, e mapear o “movimento”, tendo cada U.S. a possibilidade de se adaptar conforme sua realidade.

2.2 ATIVIDADES DESEMPENHADAS PELO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

ATIVIDADE

Atendimento de enfermagem

DESEMPENHOS

- Preparar o ambiente;
- Manter a privacidade do usuário durante o atendimento;
- Realizar e registrar o atendimento: anamnese e exame físico, efetuar conduta e orientações de enfermagem, encaminhamentos, agendamentos e notificações (RDNO e acidente de trabalho) conforme preconizados neste manual;
- Realizar inscrição nas atividades programadas se o usuário pertencer à população alvo;
- Participar das reuniões semanais e mensal da equipe de P.S.F.;
- Participar de ações, no território e intersetoriais, potencializando medidas de melhoria da qualidade de vida dos usuários; promovendo educação em saúde e estabelecendo parcerias com a comunidade;
- Participar de treinamentos;
- Realizar passagem de plantão.

ATIVIDADE

Procedimentos de enfermagem

DESEMPENHOS

- Agendar e preparar o usuário para exames, tratamento;
- Agendar consultas e retornos;
- Realizar curativo;
- Coletar material para exame laboratorial e realização de testes e provas para subsídio diagnóstico;
- Dispensar, preparar e administrar medicamentos V.O., parenteral e vacinas;
- Aplicar calor e frio local e instalar oxigenoterapia (unidades 16 e 24 horas) e inalação;
- Realizar desinfecção, esterilização, limpeza e ordem do material e equipamentos de uso na U.S.
- Verificar sinais vitais;
- Verificar temperatura da rede de frio e limpeza do equipamento;
- Detectar necessidade de busca ativa de comunicantes de doenças transmissíveis;
- Detectar necessidade de acompanhamento domiciliar pela E.S.F. de usuários após atendimento na U.S.
- Realizar educação em saúde individual e ou coletiva;
- Realizar registro das atividades em prontuário.

ATIVIDADE

Programas

DESEMPENHOS

- Identificar os grupos de risco a serem acompanhados pelos programas estabelecidos
- Cadastrar o usuário no programa pertinente ao seu diagnóstico;
- Realizar educação em saúde individual e ou coletiva;
- Incentivar a participação do usuário e orientar a importância da continuidade do programa;
- Realizar busca ativa de faltosos dos programas;
- Realizar avaliação do estado de saúde para detectar problemas, evolução do quadro;
- Realizar registro das atividades em prontuário e em impresso de produção de atividades.

ATIVIDADE

Pós consulta

É a atenção dispensada ao usuário no término da consulta médica, podendo ser necessária ou não, dependendo do grau de entendimento do paciente às orientações médicas e também referentes à: procedimentos, agendamentos, notificações, anotações, fornecimento e administração de medicamentos.

DESEMPENHOS

- Orientar o usuário ao cumprimento das prescrições médicas e de enfermagem quanto ao tratamento;
- Dieta: orientar conforme o agravo, faixa etária, respeitando condição sócio econômica e cultural;
- Realizar dispensação de medicamento se necessário, anotando a quantidade fornecida, saída da medicação de ponto de re-suprimento, conforme rotina da Unidade;
- Agendar coleta de exames, retorno (se solicitado), etc;
- Realizar procedimentos solicitados (injeções, vacinas, curativos). Registrar a medicação realizada, de acordo com técnica padronizada. Ex: diclofenaco sódico I.M. 16:00hs (Maria);
- Registrar evolução de curativos, anotar produto utilizado e característica da lesão, e evolução da mesma;
- Anotar e realizar as notificações epidemiológicas S/N;
- Registrar as atividades de enfermagem nos relatórios apropriados;
- Guardar prontuários e apazamentos;

OBSERVAÇÃO:

- A pós-consulta deverá ser feita em sala própria.
- Atender a um usuário de cada vez: respeitando a individualidade do mesmo, bem como o sigilo sobre suas condições de saúde.

ATIVIDADES

Visitas Domiciliares

DESEMPENHOS

- Planejar visita domiciliar de acordo com o objetivo da mesma;
- Realizar visitas domiciliares para:
 - Investigação em casos de vigilância epidemiológica;
 - Faltosos de programas;
 - Atraso vacinal;
 - Visita precoce ao recém-nascido e puérpera;
 - Acompanhamento de usuários acamados ou impossibilitados ;
 - Acompanhamento de família de risco no P.S.F., entre outros;
- Realizar registro das atividades em prontuário e em impresso de produtividade.

2.3 ATIVIDADES DESEMPENHADAS PELO ENFERMEIRO

ATIVIDADE

Responder pelas ações básicas de saúde em seu território através de planejamento, supervisão, coordenação, execução e avaliação dos programas desenvolvidos na U.S. e das atividades de enfermagem.

DESEMPENHOS

- Coordenar, supervisionar e realizar (quando necessário) atividades da enfermagem.
- Realizar consulta de enfermagem;
- Fazer avaliação de enfermagem e garantir encaminhamento adequado;
- Supervisionar e executar procedimentos (injeção, verificação de P.A., curativo, coleta de exame, inalação, etc.);
- Viabilizar a consulta médica de especialidades priorizando as urgências;
- Administrar situações de conflito;
- Proceder encaminhamentos em situações especiais (Conviver, Serviço Social...).
- Realizar visitas domiciliares,
- Realizar ações educativas;
- Promover e executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
 - Participar do planejamento e controle das ações de vigilância epidemiológica e sanitária no seu território;
 - Notificar agravos e problemas ambientais;
 - Realizar investigação epidemiológica de agravos e acompanhar os casos até a alta, bem como investigação de óbitos.
- Realizar escalas da equipe de saúde e gerenciar recursos humanos:
- Realizar avaliação de desempenho da equipe de saúde;
- Executar passagem de plantão entre os turnos;
- Promover integração da equipe de saúde;
- Atuar intra e intersetorialmente para promoção da saúde:
 - Desenvolver ações junto às creches, asilos, pastorais, escolas, igrejas, conselho tutelar e outras instituições/organizações;
 - Participar de reuniões do Conselho Local de Saúde.
- Realizar registro e consolidar relatórios.
- Realizar atividades programadas:

SAÚDE DA MULHER

- Coordenar e participar das atividades de grupos (gestantes, planejamento familiar, DST/AIDS, aleitamento materno, climatério e 3ª idade);
- Coordenar e executar o programa de Planejamento Familiar;
- Coordenar e executar o programa de Pré Natal de baixo risco e puerpério conforme instrução de trabalho;
- Coordenar e executar o programa de DST/AIDS;
- Prestar assistência integral à Saúde da Mulher (climatério, vítimas de violência);

Protocolo Avaliação e Assistência de Enfermagem - 2. MÓDULO I

- Participar do Comitê de Mortalidade Materna, quando solicitado.
- Fazer prevenção de câncer de colo uterino e mama:
 - Coletar C. O. e garantir o encaminhamento adequado dos C.Os alterados.

SAÚDE DA CRIANÇA

- Coordenar e executar o Programa de Vigilância ao RN de risco;
- Coordenar o executar o SINASC e SISVAN;
- Supervisionar e executar a coleta do teste do pezinho e acompanhar resultados;
- Coordenar e executar o programa de Atenção Integral à Saúde da Criança de 0 a 5 anos;
- Prestar assistência à criança vítima de violência;
- Desenvolver ações de saúde dirigidas ao pré-escolar e escolar;
- Participar do comitê de Mortalidade Infantil quando solicitado.

SAÚDE DO ADOLESCENTE

- Promover ações de acolhimento do adolescente na unidade;
- Realizar ações educativas e desencadear atividades nas seguintes áreas:
 - DST/AIDS;
 - Dependência química;
 - Sexualidade;
 - Prevenção de câncer;
 - Planejamento familiar;
 - Acidentes e violência.

SAÚDE DO ADULTO

- Realizar ações de prevenção e controle das doenças ocupacionais;
- Coordenar e executar o programa de DST/AIDS;
- Desenvolver atividades de prevenção do câncer de próstata.

SAÚDE DA TERCEIRA IDADE

- Desenvolver atividades educativas e promocionais de saúde da terceira idade;
- Coordenar e executar os programas de climatério, câncer de colo e mama, câncer de próstata;
- Coordenar e executar o programa de DST/AIDS.

PROGRAMA DE IMUNIZAÇÕES

- Coordenar e executar o Programa Municipal de Imunizações;
- Calcular a cobertura vacinal em nível local, analisar os dados e adotar estratégias de intervenção se necessário;
- Organizar e participar de campanhas de vacinação, bem como, intensificar a vacinação em escolas e empresas;
- Supervisionar Sala de Vacinas (controle de estoque de vacinas e Rede de Frio);
- Avaliar e acompanhar reação vacinal.

PROGRAMA DE CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICO DEGENERATIVAS

- Coordenar e executar os programas de Hipertensão Arterial, Diabetes, etc...;
- Coordenar e participar de atividades de grupos;
- Supervisionar e controlar o SISHIPERDIA.

ATIVIDADES COMUNS A TODOS OS PROGRAMAS

- Realizar atividades educativas para a comunidade;
- Elaborar protocolos e instruções de trabalho;
- Analisar e coordenar a elaboração de relatórios, bem como, encaminhá-los em tempo hábil;
- Coordenar e realizar visita para atendimento no domicílio;
- Realizar e/ou supervisionar visita domiciliar para busca de faltosos e atendimento;
- Controlar resumos e medicamentos (estoque, dispensação) relacionados aos programas;
- Coordenar sistema de informações referentes aos programas.

ATIVIDADE

Organização do processo de trabalho

DESEMPENHOS

- Coordenar, supervisionar e avaliar as atividades da equipe de saúde;
- Estabelecer com a equipe rotinas de trabalho para organização interna da unidade:
 - Estabelecer fluxo de atendimento ao usuário (organizar agendas para atendimento à demanda espontânea e atendimento aos programas, definindo prioridades de acordo com a realidade local);
 - Gerenciar o uso de material de consumo e garantir sua adequada utilização (material de limpeza, de higiene pessoal, material de expediente, material médico-hospitalar, medicamentos, vacinas);
 - Supervisionar a guarda do material permanente, bem como, a sua manutenção;
- Participar de comissões de parecer técnico e licitações.

Protocolo Avaliação e Assistência de Enfermagem - 2. MÓDULO I

- Identificar os problemas de saúde prevalentes:
 - Conhecer o território;
 - Levantar problemas;
 - Traçar perfil epidemiológico da área de abrangência;
 - Detectar, planejar e intervir em grupos e áreas de risco e fatores determinantes;
 - Avaliar as ações desenvolvidas.
- Analisar a situação da assistência prestada pelo serviço à população;
- Programar, executar e avaliar atividades com base em prioridades, objetivos e metas propostas pela equipe, secretaria de saúde e comunidade;
- Participar na estruturação e desenvolvimento do sistema de informação através da coleta, registro e análise dos dados epidemiológicos;
- Prever estrutura física, recursos humanos e materiais, necessários para a implantação ou implementação das atividades propostas;
- Realizar atividades educativas para a equipe, usuário e comunidade.

ATIVIDADE

Capacitação da equipe de enfermagem e Agentes Comunitários

DESEMPENHOS

- Analisar os problemas e detectar necessidades de treinamento da equipe de enfermagem e A.C.S.
- Realizar programação dos temas e conteúdos a serem desenvolvidos;
- Prever instalação física e recursos materiais e humanos para a realização do treinamento;
- Realizar a capacitação da equipe identificando estratégias para sua execução;
- Supervisionar e avaliar o desempenho dos participantes do processo de capacitação;
- Preencher registros para relatórios e consolidar informações.

ATIVIDADE

Consulta do enfermeiro

DESEMPENHOS

- Realizar consulta de enfermagem;
- Realizar coleta de material para exame laboratorial, testes ou provas complementares para subsídio diagnóstico;
- Registrar as atividades desenvolvidas.

3. MÓDULO II

Estabelece um roteiro para avaliação do estado de saúde do usuário, através de informações acerca das condições de saúde.

Padronização de administração de antitérmicos.

Definição de termos, de sinais e sintomas.

3. ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM:

ATIVIDADE

3.1 PREPARO DO AMBIENTE

DESEMPENHOS

- Lavar as mãos antes e após cada procedimento;
- Utilizar equipamento de proteção individual (EPI) de acordo com o procedimento a ser realizado;
- Preparar o material para realização do procedimento;
- Organizar o ambiente, equipamentos e materiais utilizados;

ATIVIDADE

3.2 ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

DESEMPENHOS

- Chamar o usuário pelo nome completo;
- Cumprimentar o usuário, procurando estabelecer uma relação cordial;
- Apresentar-se pelo nome;
- Separar o prontuário;
- Levá-lo para um local reservado esclarecendo-o acerca do que será feito;
- Manter uma atitude de empatia e de apoio perante as dificuldades do usuário seguindo os princípios básicos:
 - Motivação para ouvir o usuário;
 - Evitar interrupções e distrações;
 - Não desvalorizar precocemente as informações;
 - Não demonstrar sentimentos desfavoráveis (preconceitos, desprezo, irritação, impaciência, tristeza);
 - Não opinar sobre assuntos não pertinentes ao agravo (religião, política, negócios, comportamento, etc);
 - Observar o comportamento do usuário, captar as mensagens não verbais.

ATIVIDADE

3.3 ANAMNESE

DESEMPENHOS

- Queixa principal e avaliar se a queixa atual tem relação com os atendimentos anteriores.
- Investigar os sintomas (normalmente a queixa é o sintoma), analisado os seguintes aspectos de modo lógico e seqüencial:
 - Início dos sinais e sintomas;
 - Localização, Irradiação;
 - Intensidade; Duração; Alívio e piora;
 - Uso de medicação; situação vacinal
 - História familiar relacionada com a queixa;
 - Relação com outras queixas; história pregressa: doenças anteriores,
 - História sócio-psicológica: atividades diárias (alimentação, sono, lazer, trabalho), moradia, condições financeiras, vida sexual, estado emocional (depressão, ansiedade, medo, drogas, álcool)
 - Perceber sintomas sugestivos de moléstia psicossomática

Obs: Em casos de sinais de alerta ou de depressão profunda do usuário, não é recomendável obter anamnese completa no início do atendimento.

ATIVIDADE

3.4 EXAME FÍSICO

DESEMPENHOS

- Dados antropométricos: peso e altura e em crianças perímetro cefálico de acordo com a idade;
- Sinais vitais:
 - **pressão arterial:** utilizar a técnica preconizada pelo protocolo de hipertensão arterial da A.M.S. de Londrina;
 - **pulso:** realizar tomada de pulso radial ou carotídeo por 60 segundos, observando frequência e amplitude;
 - **temperatura:** realizar tomada em região axilar no mínimo por 5 minutos;
 - **respiração:** observar o tórax e a frequência respiratória.
- Sinais de alerta: **febre, vômito, desidratação, dor, dispnéia, confusão mental.**

DADOS VITAIS NORMAIS NA CRIANÇA E NO ADULTO					
SINAIS VITAIS	CRIANÇAS ATÉ 02 MESES	2 MESES a 01 ANO incompl.	01 a 07 ANOS INCOMPLETOS	+ DE 07 ANOS	ADULTOS
P. A.	*	*	S: 95 a 112 D: 53 a 71	S: 102 a 128 D: 66 a 80	S: < 120 a 130 D: < 80 a 85
Pulso	70 a 170 bpm	80 a 160 bpm	75 a 115 bpm	70 a 110 bpm	60 a 100 bpm
Freq. Resp. Respir. Rápida	30 a 40 mrm ≥ 60 mrm	25 a 30 mrm ≥ 50 mrm	20 a 25 mrm ≥ 40 mrm	20 mrm ≥ 30 mrm	12 a 18 mrm ≥ 24 mrm
Temp. Axilar normal	35,5°C a 37,2°C **	36°C a 37,2°C **	36°C a 37,2°C ***	36°C a 37,2°C ***	36°C a 37,2°C ***

bpm - batimentos por minuto. ## mrm - movimentos respiratórios por minuto.

• Não se faz medida de PA rotineiramente em lactentes, exceto por indicação médica. Buscar verificar a PA a partir dos 03 anos de idade em manguito apropriado (tamanho correspondente a 40% do diâmetro do braço).

** Considera-se febre a temperatura ≥ 37,5°C na criança de 0 a 05 anos (como referência de sinal de alerta pelo AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância).

*** Em pacientes acima de 05 anos, a temperatura axilar normal está entre 36°C e 37,2°C. O termo febrícula é usado quando a temperatura excede de até 0,5°C, o limite superior da normalidade, ou seja, para temperatura até 37,7°C, a partir deste valor é considerada febre.

3.4.1 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Realizar exame neurológico seguindo avaliação da Escala de Glasgow.

ESCALA DE GLASGOW

		ADULTO	CRIANÇA	LACTENTE
ABERTURA OCULAR	4	Espontâneo	Espontâneo	Espontâneo
	3	Est. Verbal	Est. Verbal	Est. Verbal
	2	Dor	Dor	Dor
	1	Ausente	-	-
RESPOSTA VERBAL	5	Orientada	Orientada/apropriada	Balbucia
	4	Confuso	Confusão	Choro irritado
	3	Palavras improp.	Palavras impróprias	Choro a dor
	2	Sons palavras incompletas	Sons	Gemidos à dor
	1	Ausente	-	-
RESPOSTA MOTORA	6	<i>Obed. Comando</i>	Obed. Comando	Movimento espontâneo e de propósito
	5	Localiza a dor	Localiza a dor	Retirado ao toque
	4	Flexão normal	Retirada em resposta à dor	Retirado em resposta à dor
	3	Flexão anormal	Flexão Prost.	Decorticação
	2	Extensão a dor	Extensão	Prost. decerebração
	1	Ausente	-	-

3.4.2 INSPEÇÃO GERAL:

- Observar o estado aparente de saúde; sinais de angústia, expressão facial, cor da pele, peso, postura, atividade motora e de marcha, higiene pessoal, odores, relacionamento com o meio ambiente; fala e estado de consciência e sinais de alerta;

Observação: nos casos abaixo com achados em **negrito**, associados a outros agravos comunicar o enfermeiro e ou médico da unidade.

3.4.2.1 • PELE

INSPECIONAR

- Lesões: úlceras, cicatrizes, ferimento, nódulos, manchas que mudam de cor e ou textura , verrugas, petéquias, equimoses, hematomas, etc.
- Cor da pele: cianose, palidez, hiperemia.
- Vascularidade: má perfusão periférica.
- Turgor: desidratação, edema (observar localização e extensão).
- Temperatura: pele fria, umidade (sudorese intensa).
- Sensibilidade: manchas com ausência de sensibilidade (Hanseníase).

3.4.2.2 • CABEÇA

INSPECIONAR E PALPAR

- Couro cabeludo: presença de tumorações, nódulos, abaulamento, afundamentos, parasitas, seborréia, queda de cabelo, fontanelas, higiene.
- Face: simetria, manchas que mudam de cor e ou textura (CA de pele)
- Olhos: simetria do olhar (assimetria); pupilas (diâmetro, midríase, miose, anisocoria e fotossensibilidade); acuidade visual e campo visual; conjuntivas (hiperemia, inflamações, lesões) e escleróticas (hiperemia, icterícia, pterígio) movimentos oculares (nistagmo – batimentos rápidos); implantação dos cílios (**tracoma**) e sobrancelhas (**madarose**: ausência de pêlos na Hanseníase), pálpebras (**ptose**), lacrimejamento uni ou bilateral, exoftalmia (tumores e hipertireoidismo), **enoftalmia** (desidratação).
- Nariz: batimento de asas, lesões, coriza, congestão nasal.
- Orelhas: lesões, presença de secreção no conduto auditivo, implantação no RN e acuidade auditiva.
- Boca e Faringe: lábios, mucosa bucal, língua, faringe, palato: processos infecciosos, fissuras, lesões.
- Gengivas e dentes: implantação, lesões (encaminhar ao serviço de odontologia caso haja anormalidades).
- Movimentos involuntários (convulsão focal), dificuldade para manter a cabeça ereta, equilíbrio;
- Tamanho e formato (micro ou macrocefalia)

3.4.2.3 • PESCOÇO

INSPECIONAR E PALPAR

- Traquéia: mobilidade
- Gânglios cervicais: edemas.
- Tireóide: massas, aumento de volume.
- Vasos: pulsação, estase jugular.
- Movimento: extensão, rotação e inclinação, flexão (rigidez de nuca).

3.4.2.4 • TÓRAX E PULMÕES

INSPECIONAR E PALPAR

- pele, pêlos, circunferência, abaulamentos e retrações, manchas, cicatrizes, circulação colateral (veias muito visíveis e palpáveis que chamam a atenção pode ser sinal de tumor de mediastino)
- Implantação e simetria mamária: nódulos, secreção mamilar;
- Tórax em Barril: pacientes com DPOC.
- Tórax em Funil: peito escavado por depressão na porção inferior do esterno, comum no raquitismo.
- Tórax de Pombo: peito carinado - resultado do deslocamento do esterno para frente com aumento do diâmetro ântero-posterior, pode estar presente na Asma.
- Tórax cifoescoliose: elevação da escápula com a coluna em forma de "S", pode ocorrer na osteoporose ou na doença esquelética.
- Expansão pulmonar, retração ou abaulamento dos espaços intercostais e simetria.
- Frequência respiratória, ritmo (períodos de apnéia), esforço respiratório, tiragem intercostal (na expiração: Asma)
- Respiração paradoxal: na inspiração há expansão de um lado e retração do outro, e na expiração o lado afetado expande e o lado normal retrai: fratura de costela.

AUSCULTA

- Murmúrios vesiculares: ausculta normal – resultado da entrada e saída de ar nos pulmões, ouvido em todo campo pulmonar.
- Roncos: inflamação, excesso de muco ou secreção - característica de sons grosseiros e graves geralmente expiratório, em alguns casos podendo também ser inspiratórios, causando alterações na qualidade e ocorrência da tosse.
- Estertores ou crepitações (congestão pulmonar): caracterizado por atelectasia, inflamações (pneumonia), excesso de líquido (edema agudo pulmonar, ICC descompensada) e excesso de muco, som descontínuo.

- Sibilos (asma, DPOC), broncoconstrição ou estreitamento das vias aéreas por broncoespasmo: som musical agudo contínuo (chiado de gato), geralmente expiratório, em alguns casos podendo também ser inspiratórios.
- Tosse e expectoração: tempo de duração, aspecto, coloração, quantidade, presença de sangue.

3.4.2.5 • ABDÔMEN

INSPECIONAR E PALPAR

O abdômen deve ser separado em quadrantes para melhor identificação do local da queixa.

Hipocôndrio direito	Região epigástrica	Hipocôndrio esquerdo
Flanco direito	Região mesogástrica e umbilical	Flanco esquerdo
Fossa ilíaca direita	Região hipogástrica (baixo ventre)	Fossa ilíaca esquerda

- Pele: lesões (herpes zoster, manchas com ausência de sensibilidade, escabiose, trajeto venoso dilatado).
- Forma: plano, flácido, globoso, escavado, distendido, ascítico.
- Simetria: igualdade dos quadrantes (presença de hérnia ou massa).
- Ausculta: ruído hidro-aéreo (presente, ausente ou aumentado).
- Percussão: sons timpânicos: gases; sons maciços : órgãos, vísceras com fezes ou líquidos.
- Palpação: massa, globo vesical, dor à palpação.

Observações:

- Em mulheres em idade fértil, interrogar a data da última menstruação e relacionar com a queixa do momento.
- Pacientes com queixa de epigastria com histórico de hipertensão, diabetes, dislipidemias, tabagismo, sedentarismo ou antecedentes cardiológicos, estar atento à possibilidade de infarto agudo do miocárdio.

3.4.2.6 • REGIÃO INGUINAL

- Aspecto: lesões, hérnias (com queixa de dor), hiperemia, dor, presença de gânglios, presença de parasitas.

3.4.2.7 • GENITAIS FEMININOS

- Aspecto: lesões, odor, dor às micções, prurido, presença de secreção (esbranquiçada, amarelada, escurecida, incolor).
- Estar atento às DSTs, uso de preservativo e última coleta de C.O..
- Pêlos pubianos: presença de parasitas.
- Período menstrual: regularidade, volume, odor, coloração, dor.
- Cólica menstrual: intensidade e sinais/sintomas associados - pele fria, palidez, náuseas, vômitos.

3.4.2.8 • GENITAIS MASCULINOS

- Aspecto: lesões, odor, dor às micções, frequência e duração do tempo miccional, prurido, presença de secreção (esbranquiçada, amarelada, escurecida).
- Estar atento as DST e uso de preservativo.
- Bolsa escrotal: edema, hiperemia.
- Pêlos pubianos: presença de parasitas.

3.4.2.9 • REGIÃO ANAL E PERINEAL:

Advertência: este procedimento somente deverá ser realizado se a queixa for específica e se o cliente estiver totalmente à vontade para realização do procedimento e não simplesmente ter autorizado por constrangimento. Em situações de recusa pelo cliente, anotar em prontuário ou encaminhamentos que a queixa é apenas referida.

INSPECIONAR

- Integridade, edema, ulcerações, hemorroidas, abscesso, fissuras, fistulas, prolapso.

3.4.2.10 • MEMBROS SUPERIORES

- Tônus muscular (diminuído ou ausente), tremores, força (diminuída ou ausente), coordenação motora, articulações (edema, dor e rigidez), lesões, hematomas, petéquias, turgor, hidratação, edemas, perfusão periférica.

3.4.2.11 • MEMBROS INFERIORES

- Tônus muscular (diminuído ou ausente), tremores, força (diminuída ou ausente), coordenação motora, lesões, hematomas, petéquias, turgor, hidratação, edemas, perfusão periférica, articulações (edema, hiperemia, dor, rigidez e alteração da marcha). Obs: em pacientes idosos e obesos atentar-se à avaliação dos joelhos.

3.4.2.12 • UNHAS

- Sinais de infecção (abscesso) ou fungos.
- Baqueteamento dos dedos (extremidades dos dedos com forma de baqueta de tambor): sinal de doença pulmonar com condições hipóxicas crônicas.

ATIVIDADE

3.5 ANOTAÇÃO EM PRONTUÁRIO

DESEMPENHOS

O atendimento deve ser registrado em prontuário constando:

- Data, horário e idade
- Queixa Principal: Q.P.
- História da Doença Atual: H.D.A.
- Exame físico.
- Conduta: C.D.
- Assinatura com nº do COREN

Se conduta for o agendamento de consulta médica c/ data posterior, na própria U. S.:

- Organizar o prontuário.
- Levantar os exames mais recentes caso estes não estejam no prontuário (tendo em vista que na data da consulta não se fará necessária nova intervenção da equipe de enfermagem, salvo se o usuário referir queixas novas ou piora), lembrando que é de responsabilidade do profissional médico a verificação dos sinais vitais no momento da consulta.

ATIVIDADE

3.6 ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

DESEMPENHOS

No encaminhamento para o serviço de emergência, deverão constar os seguintes dados:

- Nome completo do usuário;
- Hygia;
- Idade;
- Motivo da consulta: queixas, tempo de duração, doenças associadas e condições de nascimento (em caso de RN), tratamentos realizados e se em uso de medicação;
- Sinais vitais;
- Condição vacinal.

3.7 DEFINIÇÃO DE TERMOS E PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS

3.7.1 SISTEMA CARDIOVASCULAR

- **Bradicardia:** termo usado para frequência cardíaca abaixo de 60 batimentos por minuto, nos adultos.
- **Taquicardia:** termo usado para frequência cardíaca acima de 100 batimentos por minuto, em adultos.
- **Hipertensão arterial:** pressão elevada exercida pela passagem do sangue no interior das artérias causada pela resistência dos vasos, viscosidade sanguínea ou aumento do sangue circulante.
- **Hipotensão arterial:** pressão diminuída na passagem do sangue pelo interior das artérias causada por diminuição da força de bombeamento do sangue, tonicidade das artérias ou diminuição do volume circulante.
- **Choque:** manifestação clínica da insuficiência do retorno venoso ao coração, que pode ser causada por hipovolemia, quadros infecciosos, choque elétrico, causa cardiogênica ou vasogênica. Manifesta-se por pele fria, palidez, desassossego, hipotensão taquicardia, pulso fraco e filiforme.

3.7.2 SISTEMA RESPIRATÓRIO

- **Dispnéia:** respiração difícil ou estado de desconforto respiratório.
- **Ortopnéia:** dificuldade para respirar quando não está em posição sentada ou ereta.
- **Bradipnéia:** ritmo respiratório muito lento (intoxicação exógena ou lesões no SNC).
- **Taquipnéia:** ritmo respiratório muito rápido.
- **Tiragem intercostal:** depressão ou afundamento dos espaços intercostais durante toda a inspiração, por dificuldade de penetração do ar no pulmão.
- **Tiragem supra clavicular, supra esternal, sub esternal ou abdominal:** funda depressão inspiratória nas fossas supraclaviculares, supra esternal e epigástrico causadas por grande dificuldade de penetração de ar nas vias aéreas superiores (traquéia e laringe).
- **Batimento da asa do nariz:** movimento das aletas nasais, aumento da abertura das fossas nasais para maior passagem de ar.
- **Expectoração:** expulsão de material líquido ou semi-líquido dos pulmões e das vias aéreas, através da tosse ou do escarro.

3.7.3 SISTEMA DIGESTIVO

- **Regurgitação:** refluxo de comida do estômago para a boca, sem vômito.
- **Náusea:** sensação de mal-estar no estômago com aversão pela comida e tendência a vomitar.
- **Vômito:** expulsão do conteúdo gástrico pela boca.
- **Vômito em jato:** forma do qual o conteúdo gástrico é súbita e violentamente expelida pela boca a certa distância.

- **Abdome Rígido:** resistência de toda parede anterior do abdome, percebida durante a palpação.
- **Abdome globoso:** abdome volumoso, porém não resistente à palpação.
- **Abdome ascítico:** abdome volumoso, rígido com aspecto brilhante causado por extravasamento de líquido na cavidade abdominal (doenças cardíacas, hepáticas, etc.).
- **Diarréia:** fezes soltas; fluídas; não formadas; com aumento da frequência, trânsito e ruídos intestinais e cólicas.
- **Desidratação:** déficit do volume de líquido, diminuição do volume urinário, urina concentrada ou ausência, eletrólitos alterados que pode ser caracterizado por sede, pele e mucosas secas, e diminuição do rubor e turgor da pele.
- **Constipação:** fezes formadas e endurecidas, diminuição da frequência, quantidade de fezes menor que a habitual, trânsito e ruídos intestinais diminuídos, esforço para evacuar;
 - Colônica: distensão abdominal, massa palpável no abdome;
 - Retal: pressão retal, evacuação dolorosa, massa palpável no reto;
 - Fecaloma: coleção de fezes endurecidas no reto.

3.7.4 SISTEMA URINÁRIO

- **Anúria:** supressão da excreção urinária, decorrente do comprometimento da função renal ou obstrução do trato urinário;
- **Retenção urinária:** retenção da urina na bexiga por obstrução do trato urinário ou por atonia vesical;
- **Incontinência urinária:** incapacidade de controlar o fluxo urinário; micção involuntária;
- **Enurese:** incontinência urinária na ausência de causas orgânicas demonstráveis, em idade na qual se pode contar normalmente com o controle de esfíncter uretral;
- **Disúria:** micção difícil ou penosa;
- **Polaciúria:** aumento anormal da frequência de micções;
- **Poliúria:** aumento exagerado da quantidade de urina;
- **Hematúria:** emissão de urina contendo sangue.

3.7.5 SISTEMA NEUROLÓGICO

- **Anisocoria:** desigualdade do diâmetro das pupilas;
- **Midríase:** aumento do tamanho normal da pupila (pupilas dilatadas);
- **Miose:** diminuição do tamanho normal da pupila (pupilas fechadas);
- **Consciência:** capacidade da mente de responder às impressões produzidas pelos órgãos do sentido, reconhecer padrões de condutas, de juízos e de valores;
- **Coma:** estado de inconsciência do qual não se consegue despertar o paciente aos estímulos verbal ou doloroso;
- **Letargia:** sonolência patológica ou estupor; torpor mental;
- **Torpor:** estado de dormência, diminuição da sensação e dos sentidos;

- **Lipotímia ou Desmaio:** perda momentânea da consciência ou desfalecimento, provocada por diminuição do suprimento de sangue no cérebro, de origem orgânica (trauma, hemorragia) ou psíquica (emoções fortes);
- **Vertigem:** tontura; sensação de perturbação do equilíbrio corporal, de desorientação espacial do tipo rotatório (instabilidade, flutuação, desequilíbrio e distorção visual);
- **Paresia:** perda parcial da força muscular, fraqueza de um membro;
- **Parestesia:** sensação de formigamento ou queimação da pele comum nas neuropatias.
- **Plegia:** expressão que indica paralisia;
- **Hemiplegia:** paralisia unilateral do corpo;
- **Dor:** aumento na estimulação sensorial de parte do corpo, com ou sem dano tecidual, acompanhado de experiência subjetiva de desconforto intenso, classificada de forma aguda ou crônica.

3.7.6 SISTEMA TEGUMENTAR

- **Cianose:** eritema arroxeadado por congestão venosa ou passiva, com diminuição de temperatura.
- **Edema:** inchaço na derme e ou hipoderme causado pelo acúmulo de líquido no espaço extra celular;
- **Eritema figurado:** são manchas de cor avermelhada de tamanho e formas variáveis e de limites bem definidos;
- **Exantema:** são manchas avermelhadas, generalizadas, de duração relativamente curta, de tamanho e formas várias, sem limites definidos, exemplo: sarampo (lesões máculo-papular), rubéola, escarlatina.
- **Fissura:** perda linear da derme e epiderme, no contorno de orifícios naturais ou em áreas de prega ou dobras da pele (ex.: frieiras, queilite);
- **Úlcera:** é a perda da epiderme e derme, eventualmente atingindo a hipoderme e outros tecidos, persistente e de evolução crônica;
- **Ferida:** perda de tecidos, conseqüente de uma lesão cirúrgica ou física;
- **Prurido:** coceira, sensação desagradável devida à irritação de um nervo sensitivo periférico;
- **Rubor:** vermelhidão cutânea, conseqüente de vasocongestão mecânica ou arterial, com aumento de temperatura;
- **Hiperemia:** termo erroneamente usado para descrever o Rubor. Significa o aumento da irrigação sanguínea de um órgão ou região do corpo, provocando distensão dos vasos sanguíneos.

3.7.7 OUTROS TERMOS

- **Febre:** elevação da temperatura do corpo acima do normal. A temperatura do nosso corpo é em torno de 36,7°C, considera-se febre em crianças acima de 37,5°C e adultos acima de 37,7°C.
- **Hipotermia:** temperatura corporal subnormal;
- **Calafrios:** sensação de frio acompanhada de arrepios, tremores e palidez cutânea, é resultante da

- constrição dos vasos sanguíneos e geralmente com hipertermia;
- **Sudorese:** suor exagerado;
 - **Hipoglicemia:** redução do nível normal da taxa de glicose do sangue, caracterizado por fome, nervosismo, sudorese profusa, desmaios e por vezes convulsões;
 - **Hiperglicemia:** aumento da taxa de glicose no sangue caracterizado por sede, alteração do padrão respiratório, odor característico de maçã podre.
 - **Icterícia:** cor amarela da pele, das membranas mucosas e das secreções; origina-se da hiperbilirrubinemia;
 - **Exoftalmia:** protusão do globo ocular (hipertireoidismo);
 - **Enoftalmia:** olhos fundos (desidratação).

3.8 PADRONIZAÇÃO PARA ADMINISTRAÇÃO DE ANTITÉRMICOS.

Conforme Lei nº 7.498/86, que dispõe sobre o exercício profissional de enfermagem, do artigo 8º, letra C, da regulamentação da Lei 7498, Decreto 94406/87.

Regulamentação do COFEN nº 271/02, compete ao **enfermeiro PRIVATIVAMENTE:**

- prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

3.8.1 ORIENTAÇÕES GERAIS

- Conforme orientação do Ministério da Saúde - MS, é indicado o uso de antitérmico após vacinação de DPT, TETRA, SARAMPO, MENINGITE MENINGOCÓCICA B/C.:
- Preferencialmente o paracetamol. Só administrar dipirona caso apresente febre muito alta (crianças acima de 3 meses) e evitar o uso de AAS.
- Será administrado antitérmico também em situações de febre até o momento da consulta ou enquanto aguarda transferência para outro serviço.

3.8.2 CUIDADOS GERAIS

- Verificar se o paciente já fez uso anterior da medicação contendo os princípios ativos (dipirona ou paracetamol) e optar pela medicação já utilizada.
- Caso nunca tenha utilizado nenhum dos sais acima, optar por paracetamol.
- Antes de fornecer o antitérmico deve-se checar: paciente certo, dose certa, via certa, medicação certa.
- Anotar em prontuário com o horário administrado.

3.8.3 ADMINISTRAÇÃO DE DIPIRONA

ADVERTÊNCIAS:

- A DIPIRONA não deve ser administrada em pacientes menores de 03 meses ou peso inferior a 06kg, salvo em casos excepcionais com prescrição médica.
- Não administrar DIPIRONA para os pacientes que tenham referido apresentar reação a esses

medicamentos.

- Não administrar DIPIRONA em gestantes ou com suspeita de gravidez.

4. MÓDULO III

TABELA DE ADMINISTRAÇÃO DE DIPIRONA - 500 mg/ml (1ml= 20 gotas):

PESO	IDADE	TEMPERAT.	DOSAGEM	DOSAGEM MAX.
06 a 08 Kg	03 A 11 meses	≥ 37,5°C	02 a 05 gts 4xdia	20 gts/dia (4x5gt)
09 a 15 kg	01 a 03 anos	≥ 37,5°C	05 a 10gts 4xdia	40 gts/dia (4x10gt)
16 a 23 kg	04 a 06 anos	≥ 37,5°C	08 a 15gts 4xdia	60 gts/dia (4x15gt)
24 a 30 kg	07 a 09 anos	≥37,8°C	12 a 20 gt 4xdia	80 gts/dia (4x20gt)
31 a 45 kg	10 a 12 anos	≥37,8°C	16 a 30 gt 4xdia	120gt/dia (4x30gt)
46 a 53 kg	13 a 14 anos	≥37,8°C	23 a 35 gt 4xdia	140gt/dia (4x35gt)
Acima 53kg	Acima 15 anos	≥37,8°C	26 a 35 gt 4xdia	140gt/dia (4x35gt)

OBSERVAÇÃO: Ao administrar a dipirona procurar respeitar a dosagem de 01 gota por 02 kg de peso/dose, ou até 15mg/kg/peso/dose (conforme referência do MS).

3.8.4 ADMINISTRAÇÃO DE PARACETAMOL

ADVERTÊNCIAS

NÃO ADMINISTRAR PARACETAMOL:

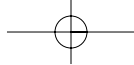
- Em pacientes com insuficiências **hepáticas e ou renais**.
- Em pacientes que tenham referido apresentar reação a esses medicamentos.
- Em pacientes idosos. Deverá ser feito com acompanhamento médico.
- Em crianças com idade menor de 02 meses e peso inferior a 06 kg, exceto nas prescrições médicas

TABELA DE ADMINISTRAÇÃO DO PARACETAMOL GOTAS:
100mg ou 200mg (1ml= 20gts)

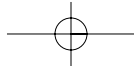
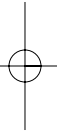
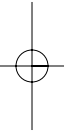
PESO	TEMPERATURA	Nº GTS /100mg /ml	Nº GTS /200mg /ml
6,0 kg a 7,9 kg	≥ 37,5°C	12 a 16 gotas	06 a 08 gotas
8,0 kg a 9,9 kg	≥ 37,5°C	16 a 20 gotas	08 a 10 gotas
10,0kg a 11,9kg	≥ 37,5°C	20 a 24 gotas	10 a 12 gotas
12,0kg a 15,9kg	≥ 37,5°C	24 a 32 gotas	12 a 16 gotas
16,0kg a 21,9kg	≥ 37,5°C	32 a 44 gotas	16 a 22 gotas
22,0kg a 26,9kg	≥ 37,8°C	44 a 54 gotas	22 a 27 gotas
27,0kg a 32,9kg	≥ 37,8°C	54 a 66 gotas	27 a 33 gotas
33,0kg ou mais	≥ 37,8°C	70 gotas	35 gotas

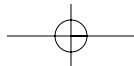
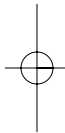
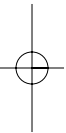
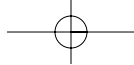
OBSERVAÇÃO:

- Para pacientes acima de 43 kg ou acima de 12 anos administrar: 01(um) ou 02 (dois) comprimidos (500mg) respeitando a dose máxima de 4g = 08 comp/dia (divididos em 4 doses)
- Em crianças medicar com até 10mg/kg/peso/dose.
para o paracetamol de 100mg/ml administrar 02 gotas/kg/peso/dose não ultrapassando 70 gotas.
para o paracetamol de 200mg/ml administrar 01gota/kg/peso/dose não ultrapassando 35 gotas.



Este módulo aborda os agravos, através das queixas de maior frequência, referidas pelos usuários das U. S., identificando os pontos relevantes para o atendimento de enfermagem, e definição de condutas.





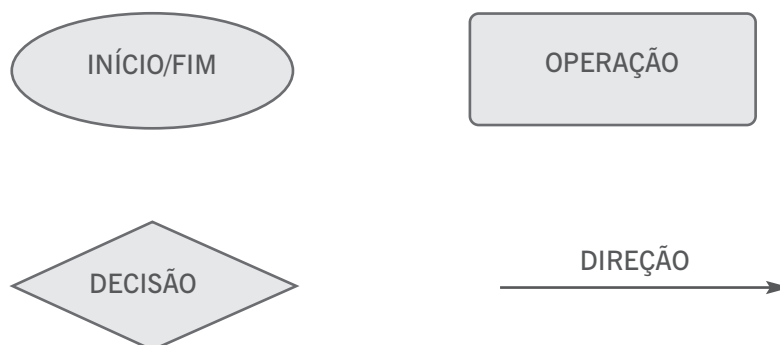
4.1 DESCRIÇÃO DAS OPERAÇÕES E SÍMBOLOS DO FLUXOGRAMA

Os agravos descritos a seguir serão abordados através das principais queixas, estabelecendo os fluxogramas e operações pertinentes a cada queixa e tabelas com a descrição dos sinais e sintomas de gravidade por faixa etária.

Para o entendimento destes fluxogramas, conceituar-se-ão as simbologias e terminologias utilizadas.

FLUXOGRAMA

É o gráfico que representa a seqüência ou rotina de uma atividade de forma analítica. A representação dar-se-á através de símbolos.



OPERAÇÕES

É o conjunto sincronizado e integrado de movimentos que devem ser realizados de forma contínua e interdependentes, obedecendo a uma seqüência lógica.

Atendimento de enfermagem

É o conjunto de ações realizadas pela equipe de enfermagem em resposta às queixas do usuário que influenciam na sua condição física e psíquica. Para esta atividade preconiza-se a utilização do roteiro de avaliação do estado de saúde e condições do usuário e a definição de termos dos principais sinais e sintomas referidos no módulo anterior.

Conduta de enfermagem

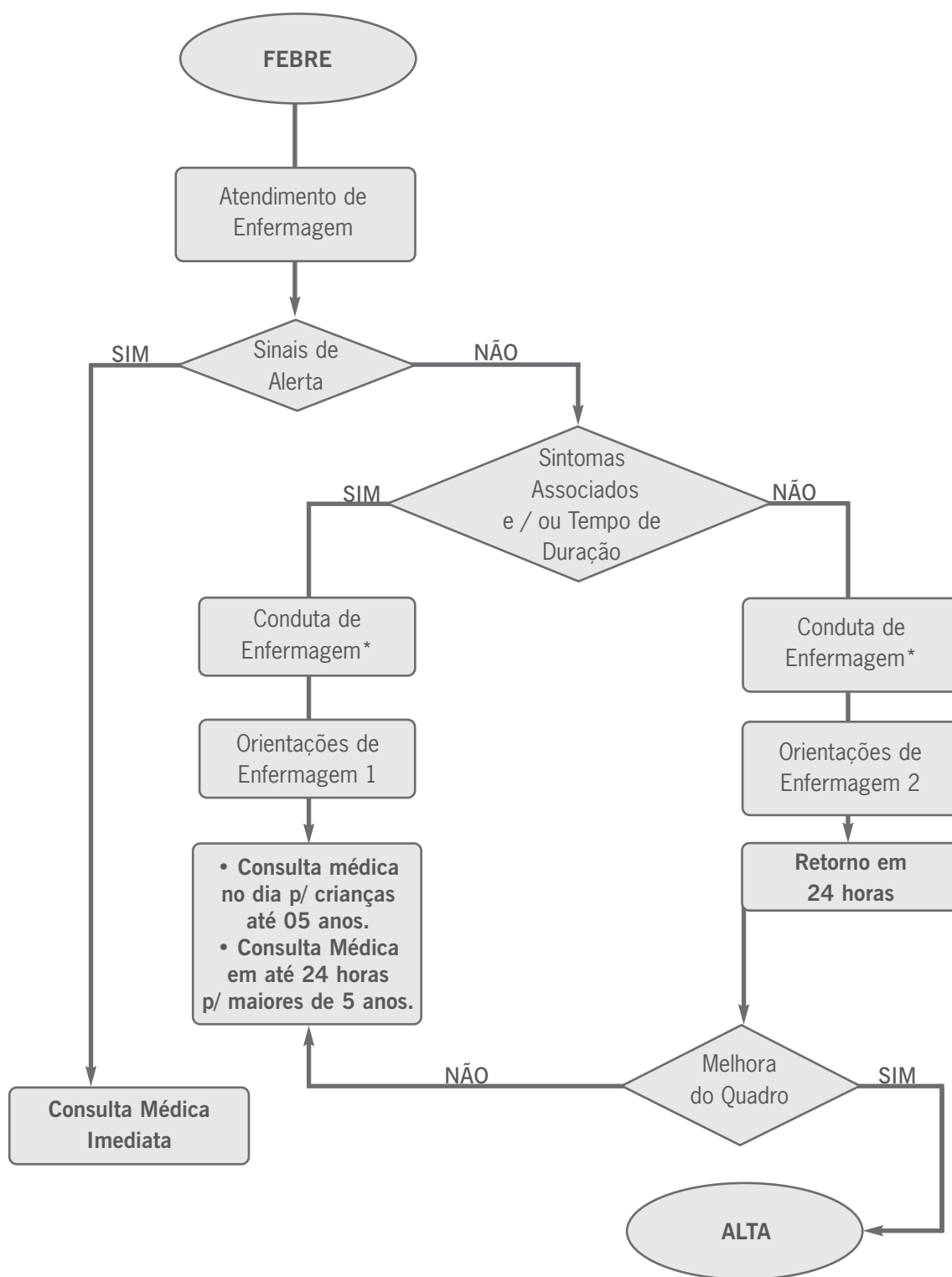
É o conjunto de ações que o profissional de enfermagem realiza, após levantamento e análise dos agravos e diagnóstico de enfermagem para resolução do problema.

Orientações de enfermagem

É o despertar do entendimento pela transmissão verbal e não verbal, harmoniosa e útil dos cuidados pertinentes a cada agravo.

Sinais de alerta

É o conjunto de informações que sinaliza a gravidade ou grau de risco de determinada patologia.



Definição: 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, considera-se febre em crianças acima de 37,5°C e adultos acima de 37,7°C. A febre é um sinal que nunca deve ser avaliado separadamente.

4.1.1 OPERAÇÕES (Conduta na Febre)

Atendimento de enfermagem: avaliar tempo de evolução, sintomas associados, exame físico: avaliação do estado geral, sinais vitais e nível de consciência. Atentar para doenças de notificação obrigatória (seguir condutas epidemiológicas se constatado).

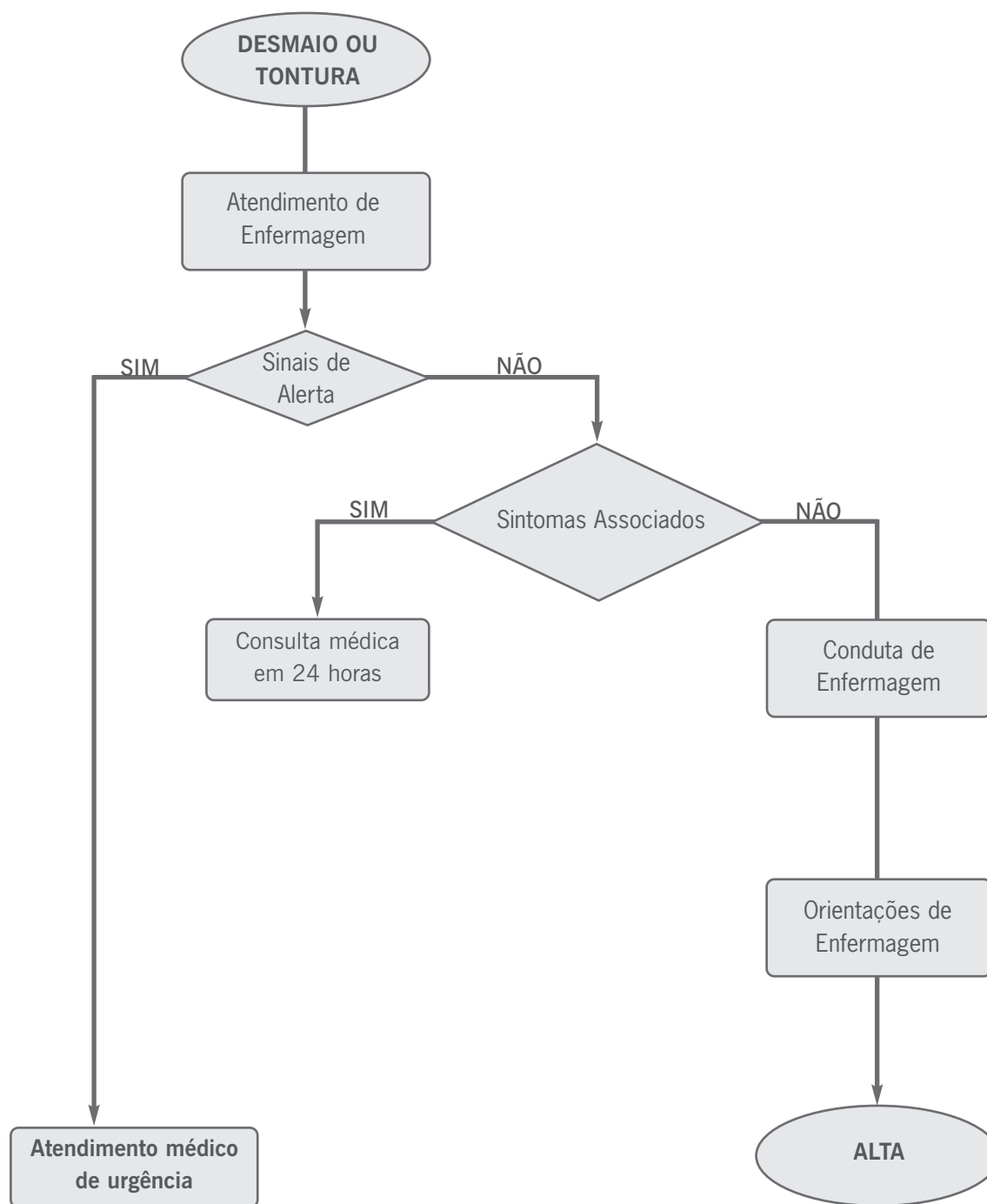
Sinais de alerta: febre com um ou mais sintomas.

0 a 2 meses	2 meses a 5 anos
Convulsões ou letargia ou inconsciência	Convulsões ou letargia ou inconsciência
Gemência, dor à manipulação, chorosa	Gemência, dor à manipulação, chorosa
Não consegue alimentar-se	Cefaléia ou Rigidez de nuca
Vomita tudo o que ingere	Secreção no ouvido ou tumefação dolorosa ao toque atrás da orelha (mastoidite)
Freq. Resp. maior que 60 mov. por minuto	Petéquias ou equimoses
Tiragem subcostal ou batimento das asas do nariz ou afundamento retroesternal ou de fúrcula (com ou sem cianose)	Tiragem subcostal ou batimento das asas do nariz ou afundamento retroesternal ou de fúrcula (com ou sem cianose)
Fontanela abaulada (infecção bacteriana)	Estridor em repouso
Fontanela deprimida (desidratação)	Fontanela deprimida (desidratação)
Secreção purulenta no ouvido	Fontanela abaulada (infecção bacteriana)
Eritema umbilical (c/ ou s/ secreção)	Diarréia
Pústulas na pele (muitas ou extensas)	Vômito em jato ou vomita tudo o que ingere
Tosse com guincho	Tosse com guincho
Diarréia	Não consegue alimentar-se
	Dor de garganta com pus ou pontos necróticos

Crianças maiores de 5 anos e adultos
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
Dor de ouvido c/ tumefação dolorosa ao toque atrás da orelha

- **Sintomas associados e/ ou tempo de duração:** mais de 2 episódios de vômito e ou diarréia no período; disúria; dor de ouvido ou garganta com secreção purulenta; tosse com expectoração amarelada; ou duração da febre superior a 72 horas.
- **Conduta de enfermagem:** Administração e dispensação de antitérmico conforme preconizado.
Obs.: Lembrar que a indicação e prescrição de antitérmico deve ser feita pelo enfermeiro.
- **Orientações de enfermagem 1:** orientar sinais de alerta, aumentar ingesta hídrica, orientar vestimentas leves, orientar retorno conforme horário estabelecido p/ consulta.
- **Orientações de enfermagem 2:** orientar sinais de alerta, aumentar ingesta hídrica, orientar vestimentas leves, retorno em 24 horas.

Protocolo Avaliação e Assistência de Enfermagem - 4. MÓDULO III



Definição: desmaio é a perda temporária da consciência como resultado de uma diminuição transitória de fluxo de sangue para o cérebro.

Tontura é uma sensação vaga de vertigem ou sensação que vai perder a consciência.

4.1.2 OPERAÇÕES (Conduta no Desmaio ou Tontura)

Atendimento de enfermagem: início (episódios anteriores, com acompanhamento médico ou não), duração, patologia prévia (diabete e H.A., cardiopatias), história de reação alérgica, intoxicação exógena, aspiração de secreção ou corpo estranho.

Exame físico: sinais vitais, nível de consciência e orientação, padrão respiratório, aspecto da pele e perfusão periférica.

Sinais de alerta: pontuação da Escala de Glasgow igual ou menor a 14 pontos (pág 26), perda total da consciência; perda da consciência seguida de crise convulsiva; perda parcial ou total da consciência com frequência cardíaca abaixo de 40 bpm, arritmia cardíaca, P.A. inaldível; pulso femoral fino, dificuldade respiratória, cianose de extremidades, sinais de hiper ou hipoglicemia.

Sintomas associados: vertigem acompanhada ou não de vômito, perda do equilíbrio.

Conduta de enfermagem no Desmaio:

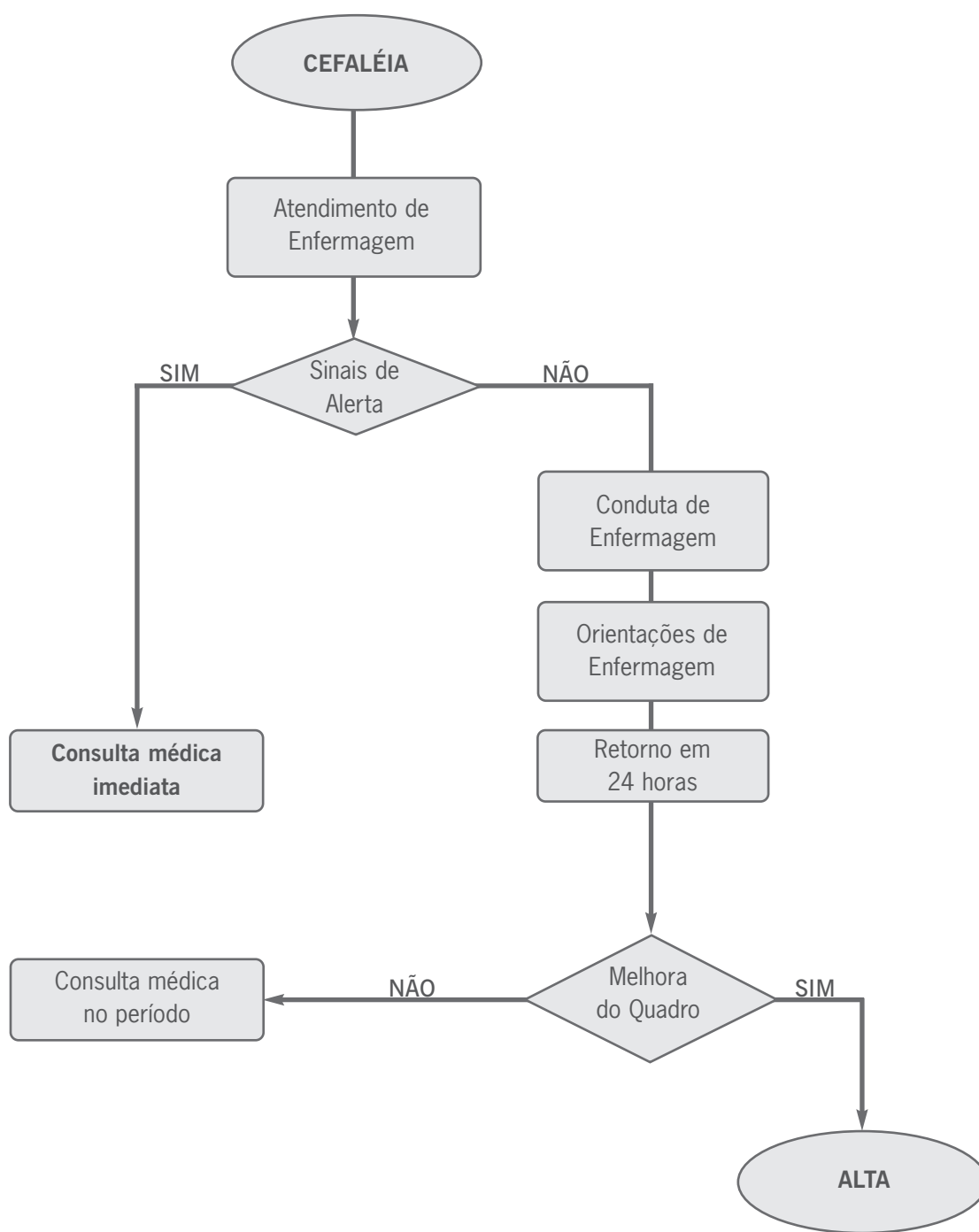
- arejar o ambiente ou transportar o usuário para local com boa ventilação,
- elevar os membros inferiores em caso de hipotensão,
- virar a cabeça do paciente para o lado evitando aspiração,
- afrouxar a roupa.
- sentá-lo por alguns minutos, após a recuperação da consciência,
- auxiliá-lo a manter-se em pé quando já estiver em condições de fazê-lo.
- evitar oferecer líquidos imediatamente após a recuperação dos sentidos,
- comunicar a equipe de PSF em caso de encaminhamento para outro serviço.

Conduta de enfermagem na Tontura:

- acomodá-lo em maca preferencialmente, mantendo posição horizontal para melhorar a irrigação dos órgãos vitais,
- sentá-lo em cadeira (se não houver maca), fazer pressão na nuca para baixo em direção aos joelhos, solicitando que ele force a cabeça para cima, por aproximadamente 3 vezes. auxiliá-lo a manter-se em pé quando já estiver em condições de fazê-lo.
- evitar oferecer líquidos imediatamente após a recuperação dos sentidos.
- comunicar a equipe de PSF em caso de encaminhamento para outro serviço.

Orientações de enfermagem: aumentar ingestão hídrica (exceto em pacientes cardiopatas e com insuficiência renal) nos dias de muito calor ou após exercício físico. Orientar agendamento de consulta em casos de novos episódios.

Protocolo Avaliação e Assistência de Enfermagem - 4. MÓDULO III



OBS. – Avaliar nível de consciência enquanto aguarda atendimento médico.

Definição: é a experiência subjetiva de sofrimento e desconforto intenso na região craniana, nuca ou face, podendo ser decorrente ou não de causas neurológicas.

4.1.3 OPERAÇÕES (Conduta na Cefaléia)

Atendimento de enfermagem: início do quadro, característica da dor (início, localização, intensidade, irradiação, duração, alívio e piora), sinais associados, história de trauma.

Exame físico: sinais vitais, nível de consciência e orientação, presença de lesões em couro cabeludo.

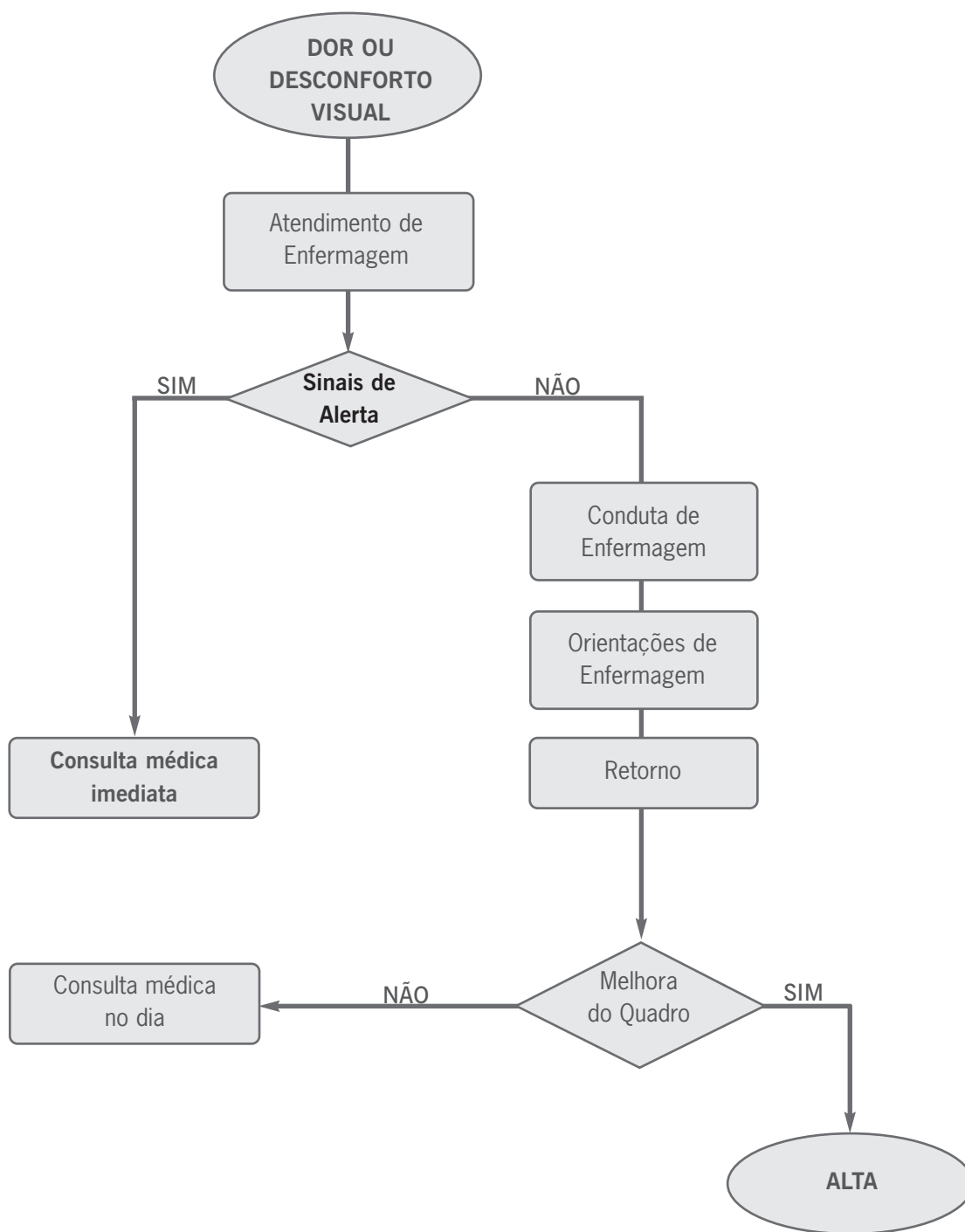
Sinais de alerta: início súbito de dor intensa, febre alta, rigidez de nuca, vômito em jato, confusão mental, estado geral comprometido, diminuição da força motora ou parestesia localizada, dor matinal após levantar-se, dor repetitiva do mesmo lado, história de traumatismo craniano recente e anisocoria, crise hipertensiva.

Conduta de enfermagem: orientar repouso, atividades de relaxamento, aplicar técnicas de Do-In, aplicar compressas mornas na cabeça e nuca, proporcionar ambiente silencioso e pouca luz.

Orientações de enfermagem: sobre a importância de atividade física periódica, lazer e alimentação equilibrada e evitar ingestão de alimentos desencadeadores de crise reconhecido pelo usuário, orientar ambiente silencioso e pouca luz. Orientar uso de infusão: folhas de Melissa e flores e folhas de Mil-folhas (seguir orientações do protocolo de fitoterápico).

Observação: avaliar nível de consciência enquanto aguarda o atendimento médico.

Protocolo Avaliação e Assistência de Enfermagem - 4. MÓDULO III



Definição: caracteriza-se por desconforto ocular, ardor, sensação de areia nos olhos, lacrimejamento, secreção e ou vermelhidão. Pode haver aumento da sensibilidade à claridade e embaçamento visual.

4.1.4 OPERAÇÕES (Conduta na dor ou Desconforto Visual)

Atendimento de enfermagem: Pesquisar história anterior de doença ocular (ex: glaucoma), uso de algum medicamento que possa causar alergia, prurido, trauma, visão turva, dor

Exame físico: edema e aspecto da conjuntiva.

Sinais de alerta: secreção purulenta, corpo estranho, trauma, visão turva, perda ou diminuição súbita da visão, perda de parte do campo visual.

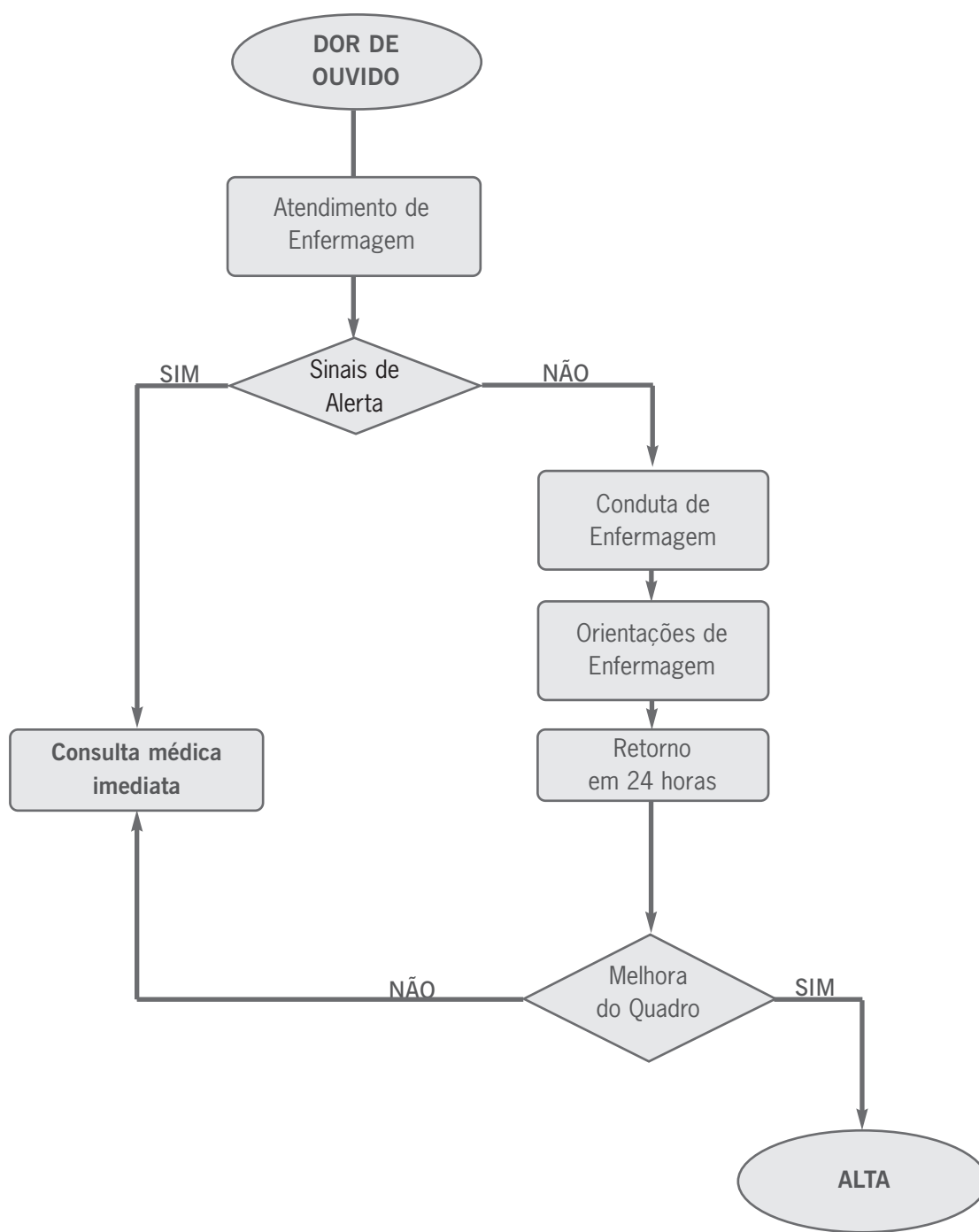
Conduta de enfermagem:

- Lavagem ocular com soro fisiológico,
- Aplicar compressas frias.

Orientação de enfermagem:

- Evitar ir à praia, piscinas, saunas ou ficar exposto ao sol.
- Limpar a secreção ocular com água filtrada ou soro,
- Orientar hábito de sono e repouso adequado,
- Orientar cuidados para evitar contágio:
 - lavar as mãos freqüentemente com água e sabão,
 - separar toalhas e sabonete, lenços e fronha e trocar todos os dias,
 - evitar contato próximo com outras pessoas,
 - evitar coçar os olhos,
- Orientar retorno em até 24 horas.

Protocolo Avaliação e Assistência de Enfermagem - 4. MÓDULO III



Definição: é a experiência subjetiva de sofrimento e desconforto intenso na região do conduto auditivo.

4.1.5 OPERAÇÃO (Conduta na Dor de ouvido)

Atendimento de enfermagem: pesquisar prurido, sensação de pressão, diminuição da acuidade auditiva,

Exame físico: edema, secreções febre, obstrução nasal, vermelhidão no conduto auditivo, presença de corpo estranho.

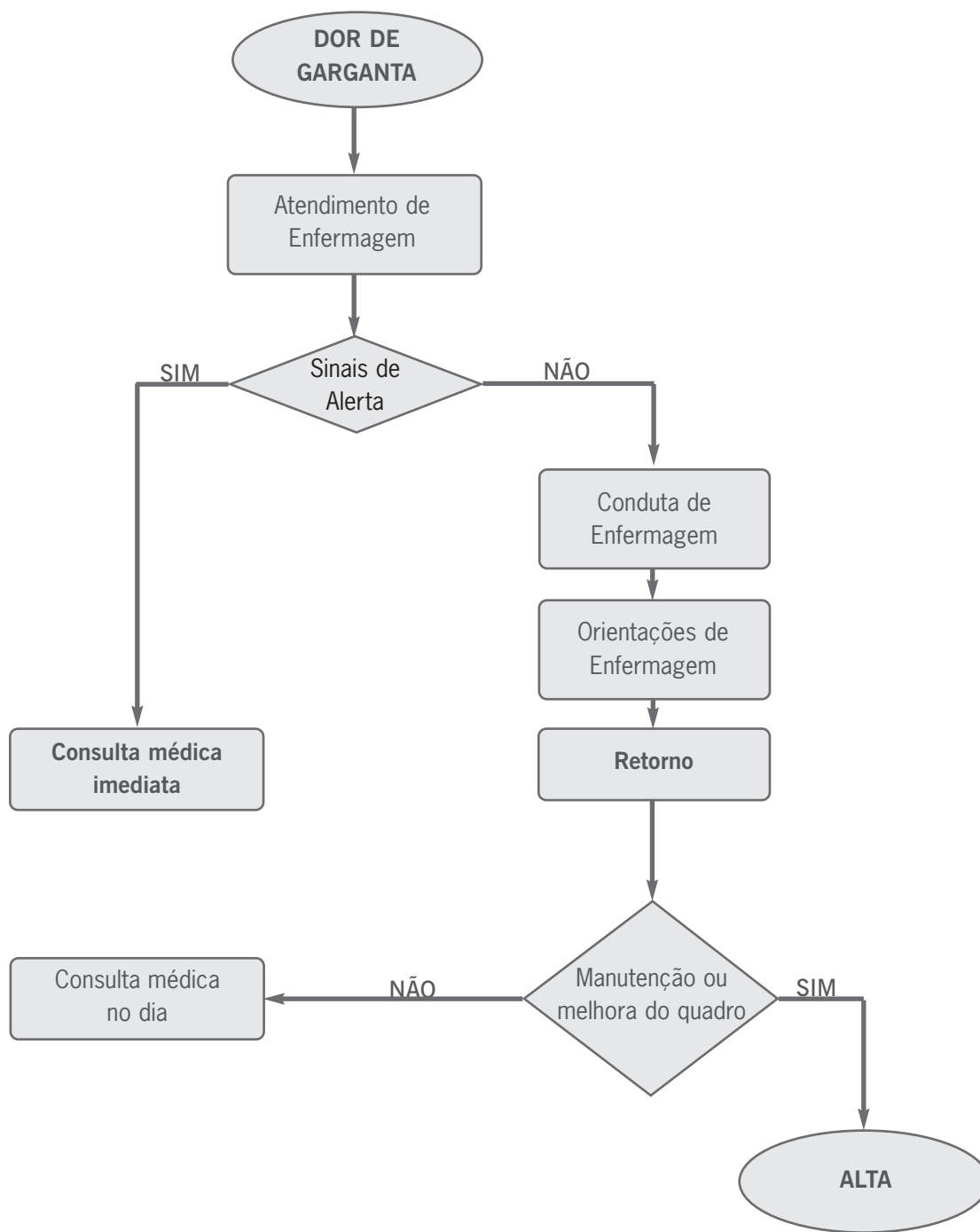
Sinais de alerta: febre, secreção purulenta e ou sanguinolenta, perda da audição, irritabilidade, recusa alimentar, tumefação dolorosa à palpação na região retro auricular, presença de corpo estranho.

Conduta de enfermagem: compressa quente sobre o ouvido afetado, instilação nasal de soro fisiológico. Fornecer antitérmico (se febre, enquanto aguarda consulta médica), conforme rotina preconizada pela instituição.

Orientações de enfermagem: retorno em 24 horas para reavaliação, orientações dos sinais de alerta, limpeza externa de conduto auditivo, com pano ou toalha macia, evitando “cotonetes”, grampos, etc; evitar natação no período.

Observação: em lactentes a dor de ouvido pode ser causada por infecção ou obstrução na Trompa de Eustáquio que ocorre geralmente por obstrução nasal.

Protocolo Avaliação e Assistência de Enfermagem - 4. MÓDULO III



Definição: é a experiência subjetiva de sofrimento e desconforto intenso na região cervical.

4.1.6 OPERAÇÕES (Conduta na Dor de garganta)

Atendimento de enfermagem: dificuldade para deglutir, dor de ouvido, tosse, dor nas articulações (febre reumática), atentar para as doenças de notificação obrigatória (difteria),

Exame físico: estado geral, aspecto da mucosa oro-faríngea, presença de gânglios em região submandibular, febre.

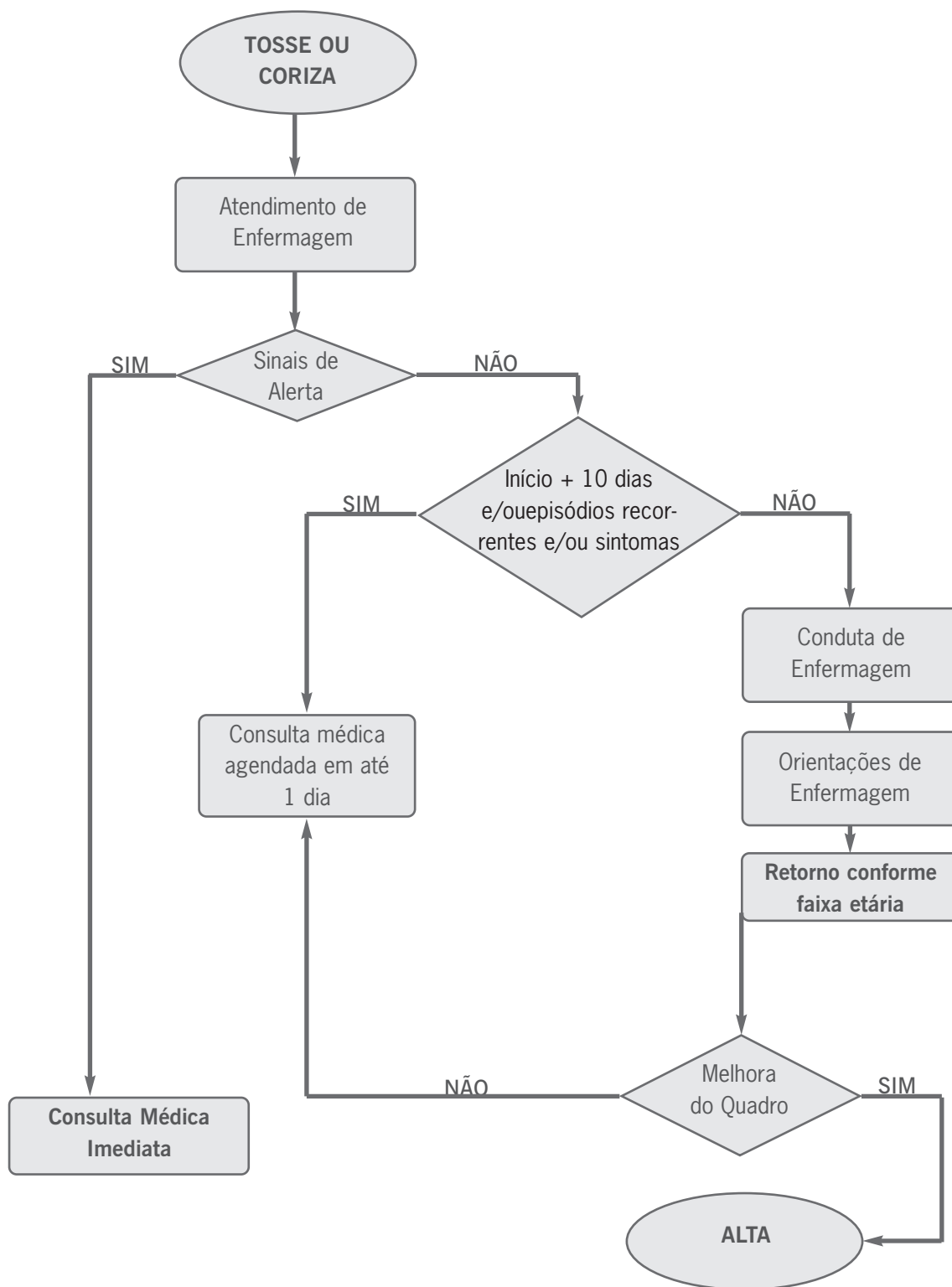
Sinais de alerta: febre alta, secreção ou pontos purulentos, pontos necróticos, placas branco-acinzentadas, edema em região cervical e gânglios sub-mandibulares.

Conduta de enfermagem: fornecer antitérmico, se febre, conforme preconizado pela instituição.

Orientações de enfermagem: retornar em 24 horas para avaliação de enfermagem, orientar dieta líquida, gargarejo com água morna e sal (1 copo de água com 1 colher de cafézinho, rasa, de sal), chá de romã (vide módulo de fitoterápicos), orientar a escovação dos dentes e gengivas, evitar contato com o público e cigarros, fazer repouso da voz.

Observações: Dor de garganta persistente ou com disfagia (suspeita de CA), quadros de repetição (suspeita de febre reumática) agendar consulta médica na UBS.

Protocolo Avaliação e Assistência de Enfermagem - 4. MÓDULO III



Definição: caracteriza-se por um quadro de mal estar geral, tosse e coriza, podendo ser por reação alérgica ou uma afecção viral, geralmente auto-limitada, dura em torno de 7 dias . É a infecção mais comum do ser humano.

4.1.7 OPERAÇÕES (Conduta na Tosse ou Coriza)

Atendimento de enfermagem: início do quadro, questionar se quadros reincidentes, outras queixas ou doenças associadas,

Exame físico: cor da pele e mucosas, dados vitais, frequência respiratória, ruídos respiratórios, inspeção de face e peito, observar esforço respiratório,

Sinais de alerta: palidez, cianose, gemência, batimentos de asas do nariz, estridor respiratório, estertores pulmonares, taquipnéia, tiragem intercostal, dificuldade para engolir, salivação abundante, confusão mental em idosos e diabéticos, agitação, febre alta persistente, tosse com guincho respiratório.

Sintomas associados: dor de garganta, dor de ouvido, dor no peito em pontada ao inspirar, rouquidão, expectoração amarelada, sintomático respiratório (Tuberculose).

Conduta de enfermagem: fornecer antitérmico, se febre, conforme preconizado pela instituição,

Orientações de enfermagem: orientar retorno em 24 horas para crianças menores de 5 anos e idosos, e 48 horas em adultos, orientar de sinais de alerta, gargarejo com água morna e sal (em caso de irritação da garganta) e solução fisiológica nasal, orientar ingestão hídrica, em épocas secas umidificar o ambiente, evitar ambientes fechados e poluídos por fumaça de cigarro e fogo.

RECEITA DE SOLUÇÃO FISIOLÓGICA CASEIRA:

- 250ml de água fervida ou filtrada fria,
- 1 colher, de cafezinho, rasa de sal dissolvida na água ainda quente (gosto de lágrima).

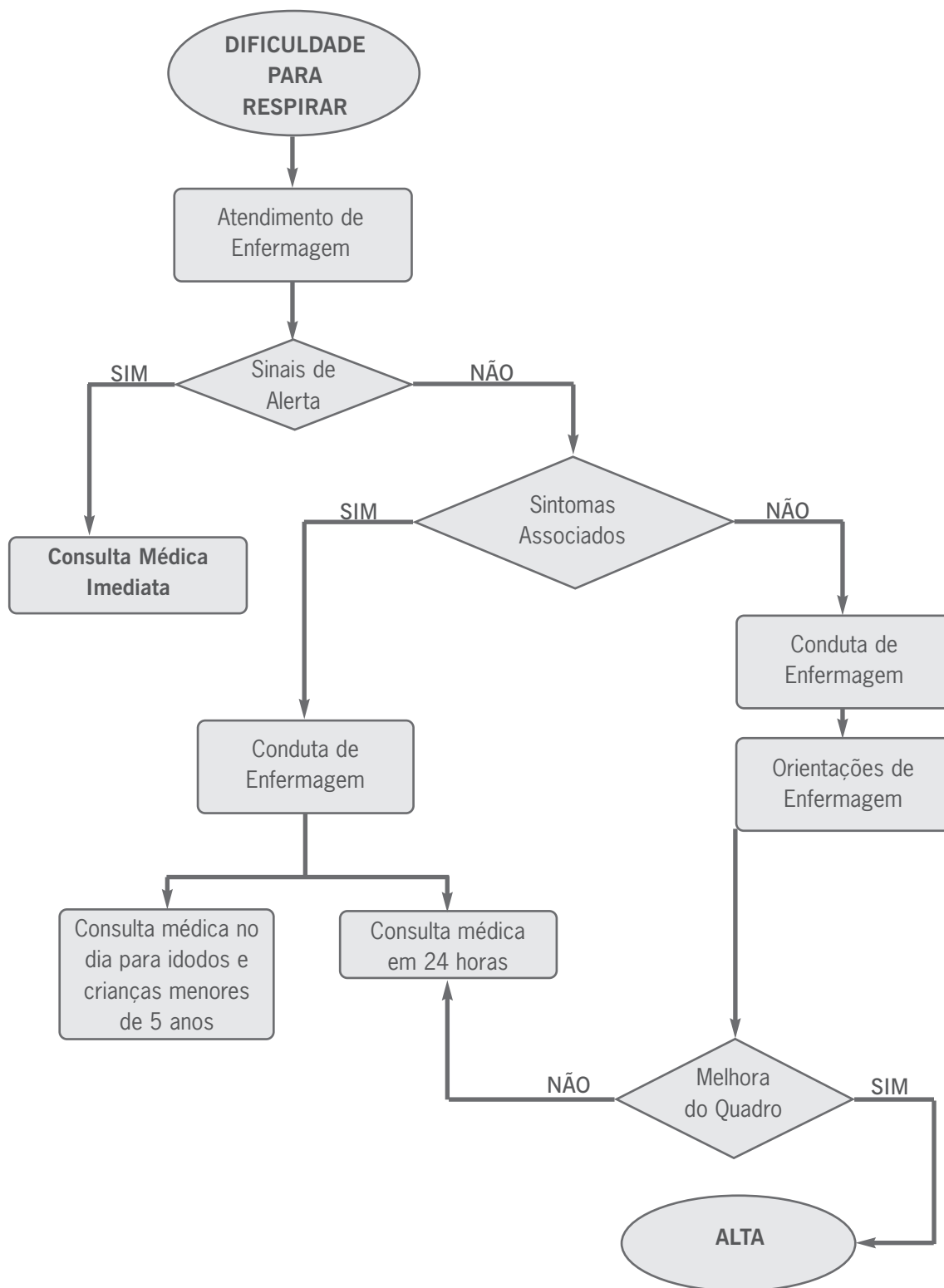
INGESTÃO HÍDRICA:

- Adultos: 2 litros/dia
- Crianças: 100ml/Kg/dia.

Observação: para lactentes esclarecer que o aleitamento materno é importante como medida de prevenção.

História de tosse há mais de 15 dias lembrar dos sintomáticos respiratórios (Tuberculose).

Protocolo Avaliação e Assistência de Enfermagem - 4. MÓDULO III



Definição: a dificuldade para respirar pode estar associada a: aspiração de corpo estranho, reações alérgicas, crise de ansiedade, secreção pulmonar e dor muscular intensa.

4.1.8 OPERAÇÕES (Conduta na Dificuldade para respirar)

Atendimento de enfermagem: pesquisar quadros repetitivos, início do quadro, presença de outras doenças associadas (asma: ver protocolo), alergias, aspiração de corpo estranho.

Exame físico: cor da pele e mucosa oral, inspeção de face e tórax, ausculta pulmonar, sinais vitais, aspecto e quantidade de secreção.

Sinais de alerta: febre persistente, palidez, cianose, gemência, confusão mental no idoso e diabético, taquipnéia, períodos de apnéia, batimento de asas do nariz, tiragem intercostal, retração de fúrcula, presença de sibilos, estertores, estridores, roncos, diminuição dos murmúrios vesiculares, história de aspiração de corpo estranho, salivação excessiva (edema de glote).

Sintomas associados: secreção pulmonar amarelada abundante, dor no peito em pontada ao inspirar, dor de garganta.

Conduta de enfermagem: medicar com antitérmico, se febre, conforme preconizado pelo serviço.

Orientações de enfermagem: orientar retorno em 24 horas, orientar sinais de alerta, oferecer líquidos, orientar vaporização através de vapor do chuveiro, instilação de solução fisiológica caseira.

RECEITA DE SOLUÇÃO FISIOLÓGICA CASEIRA:

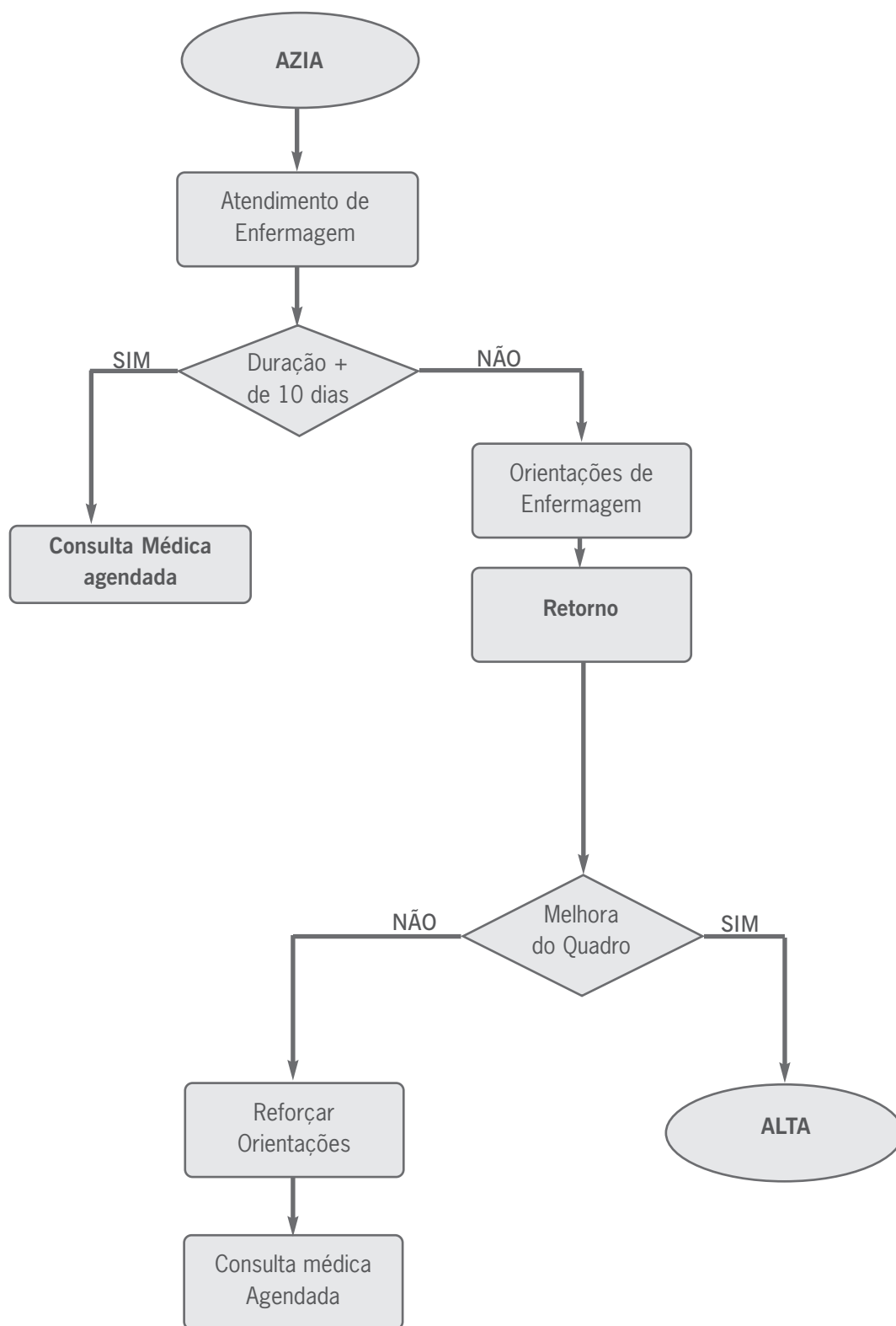
- 250ml de água fervida ou filtrada fria,
- 1 colher, de cafezinho, rasa de sal dissolvida na água ainda quente (gosto de lágrima).

INGESTÃO HÍDRICA:

- Adultos: 2 litros/dia
- Crianças: 100ml/Kg/dia.

Observação: para lactentes esclarecer que o aleitamento materno é importante como medida de prevenção.

Protocolo Avaliação e Assistência de Enfermagem - 4. MÓDULO III



Definição: é uma sensação de calor ou queimação, de localização retro-esternal.

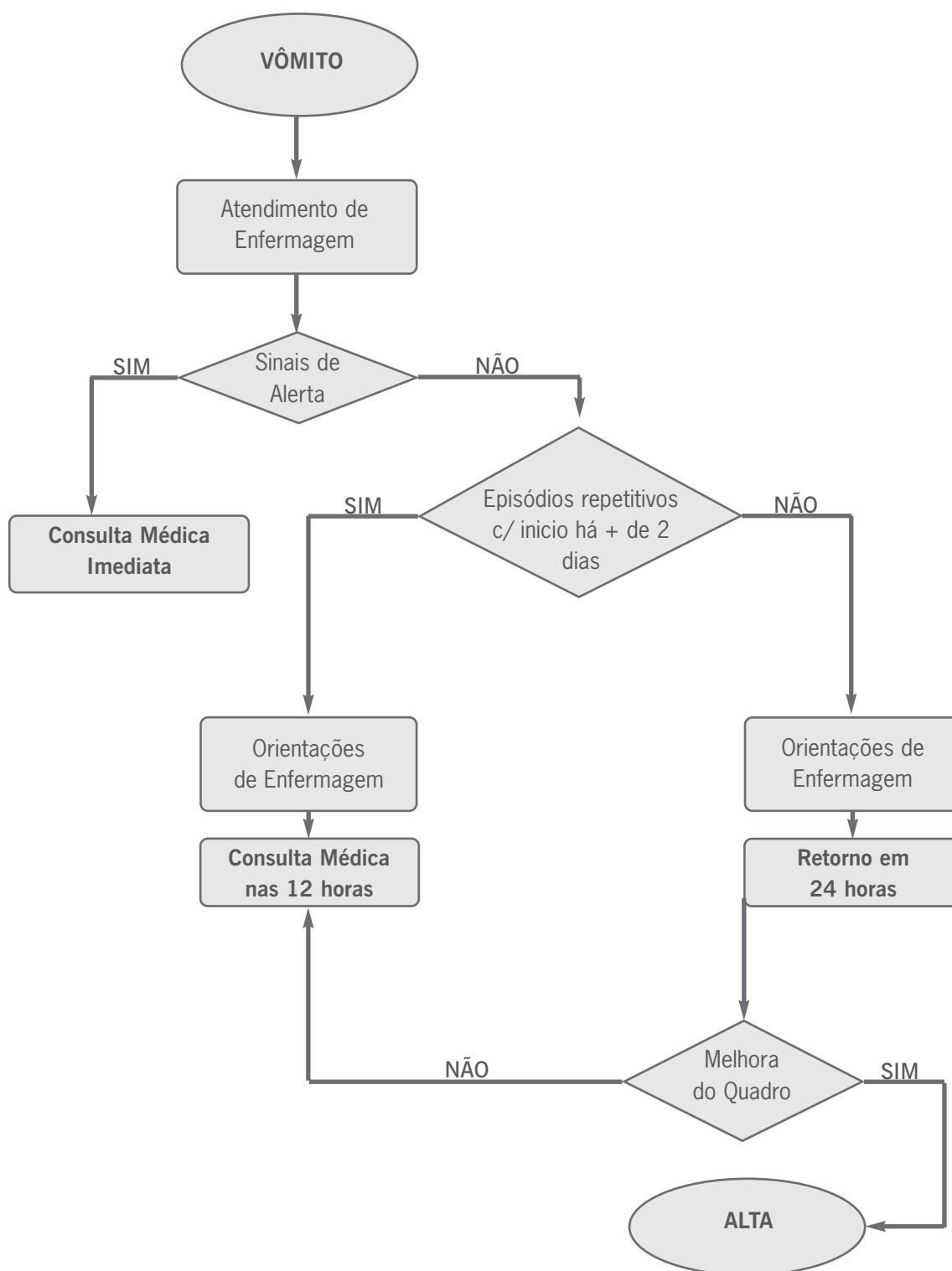
4.1.9 OPERAÇÕES (Conduta na Azia)

Atendimento de enfermagem: pesquisar tempo de evolução, hábitos alimentares, gravidez, estado emocional, tabagismo, episódio único ou repetitivo, uso de medicação (analgésicos, anti-inflamatórios, antibióticos etc.), doenças associadas.

Orientações de enfermagem: retorno em 48 horas, reeducação de hábitos alimentares (evitar alimentos condimentados, temperos ácidos, frituras, bebidas alcoólicas, cafés, chás escuros, chimarrão, refrigerantes, chocolates, sucos artificiais). Orientar ingestão de 1 colher de sopa de batata inglesa (batatinha) crua, ralada ou bem mastigada nos momentos de crise. Para pacientes com Refluxo Gastro Esofágico (RGE) já diagnosticado, orientar repouso em decúbito elevado, dietas fracionadas, evitar deitar-se logo após ingestão de alimentos

Obs: Desestimular a crendice popular quanto ao uso de leite, pois este não trás alívio à pirose e sim piora do quadro algum tempo após a ingestão.

Protocolo Avaliação e Assistência de Enfermagem - 4. MÓDULO III



Definição: consiste na expulsão forçada do conteúdo gástrico.

4.1.10 OPERAÇÕES (Conduta no Vômito)

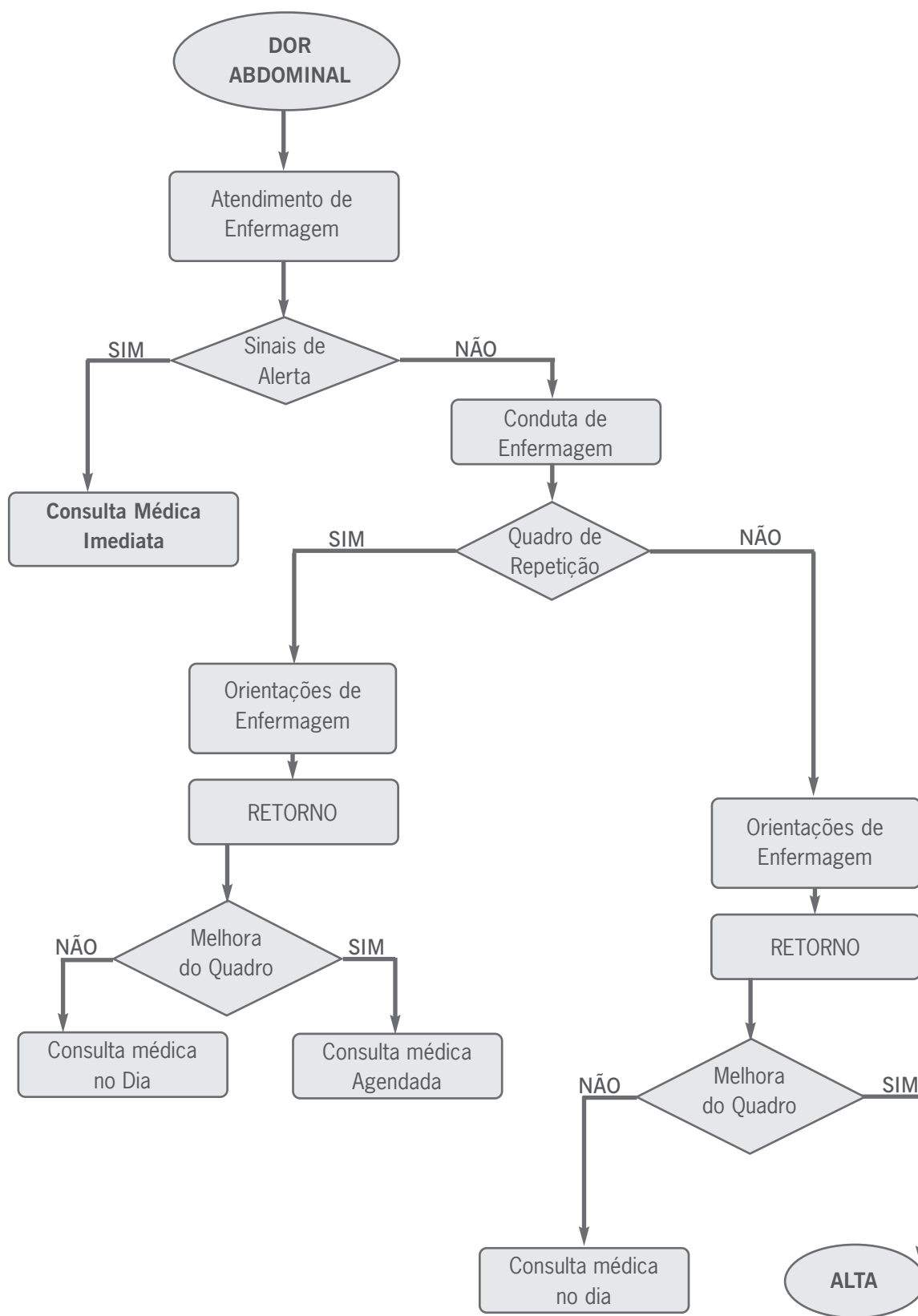
Atendimento de enfermagem: investigar tempo de evolução, número de vezes, característica do vômito, traumatismo craniano (TCE), associação com outros agravos (diarréia, diabete, H.A intoxicação exógena (alcolismo) intoxicação alimentar, hábitos alimentares, gravidez, vertigem, bulimia.

Exame físico: sinais vitais, hidratação, nível de consciência.

Sinais de alerta: perda de peso; febre alta; vômito em jato; diminuição do nível de consciência; sinais de desidratação grau II; conteúdo gástrico sanguinolento, bilioso, borra de café ou aspecto fecalóide; distensão abdominal, ausência de ruído hidro aéreo, intoxicação exógena (álcool, droga, medicamentos e produtos químicos), sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia.

Orientações de enfermagem: orientar sinais de alerta, ingesta hídrica gelada fracionada, dieta fracionada e alimentos não gordurosos até a consulta no dia, ou no retorno em 24 horas para reavaliação de enfermagem. Para lactentes orientar eructação pós- mamadas e para bebês e acamados decúbito lateral direito e elevado.

Protocolo Avaliação e Assistência de Enfermagem - 4. MÓDULO III



Definição: é a experiência subjetiva de sofrimento e desconforto intenso na região abdominal.

4.1.11 OPERAÇÕES (Conduta na Dor Abdominal)

Atendimento de enfermagem: início, intensidade, localização, irradiação, alívio e piora, tipo de dor, quadro crônico (investigação no prontuário) ou agudo, sinais e sintomas associados, hábitos intestinais e aspecto das fezes;

Doenças anteriores* como infarto agudo do miocárdio (I A M), insuficiência cardíaca, presença de hérnia, Diabetes e H A (agravos que predisõem a arteriopatias, aneurismas, trombozes, etc);

Exame físico: avaliação do estado geral, palpação abdominal, ausculta de ruído hidro-aéreo, sinais vitais.

Sinais de alerta: quadro de dor aguda e intensa, abdômen rígido, dor há mais de 6 horas de duração, ausência de ruído hidro-aéreo, ausência de evacuação há mais de 5 dias; não eliminação de gases; melena ou enterorragia; febre, palidez, sudorese, confusão mental, agitação, gemência, massa palpável, frequência cardíaca levada, hipotensão postural, crise hipertensiva, doenças acima citadas*.

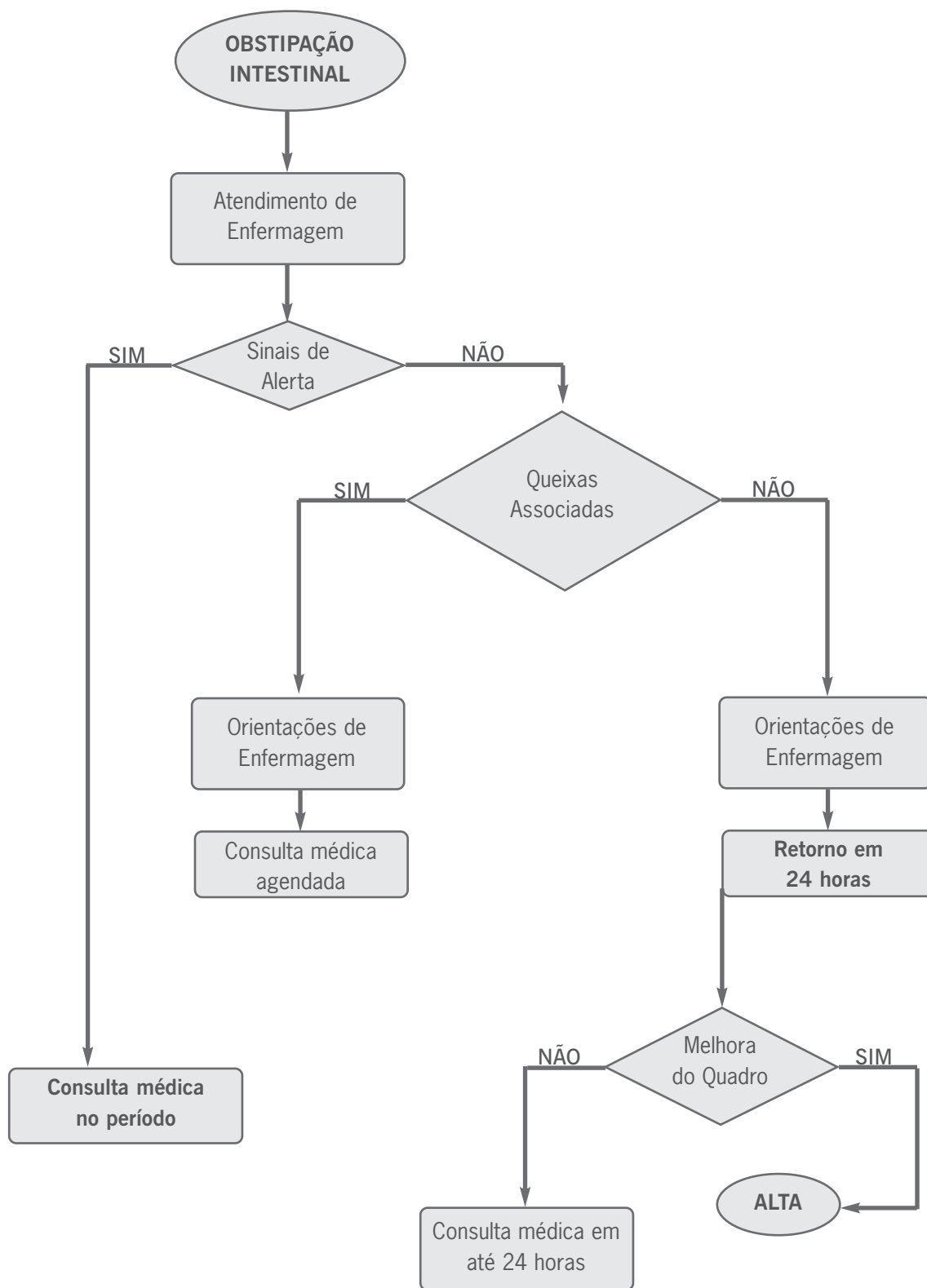
Conduta de enfermagem: avaliação do prontuário para verificar se queixas constantes de quadro semelhantes ou correlacionados.

Orientação de enfermagem: retorno em 24 horas, reforçar os sinais de alerta e retorno antes se necessário, dieta líquida, alimentos com pouco condimento, evitar chás escuros, fumo, álcool e medicamento antiinflamatório quando possível. Se observado a presença de gases (flatulência) orientar deambulação e flexão de MMII e calor local.

Observação: Na suspeita de gravidez contra-indicar chás e seguir protocolo de pré-natal.

Se constatado obstipação intestinal, remeter-se ao fluxo da página seguinte (Obstipação intestinal em crianças e adultos) para a realização de orientações de enfermagem.

Protocolo Avaliação e Assistência de Enfermagem - 4. MÓDULO III



Definição: é o aumento da consistência fecal pela diminuição do conteúdo hídrico de difícil eliminação. As fezes têm consistência dura, seca, e às vezes formato caprôide.

4.1.12 OPERAÇÕES (Conduta na Obstipação intestinal em crianças e adultos)

Atendimento de enfermagem: tempo de evolução, atendimentos anteriores com a mesma queixa, hábitos alimentares, consistência e aspecto das fezes, hábito intestinal, dor, distensão abdominal e flatulência.

Queixas associadas: distúrbios anorretais, hemorróidas, fissuras ou sangramentos por esforço ao evacuar, moradia anterior em região endêmica de Doença de Chagas.

Sinais de alerta: distensão abdominal, ausência de evacuações há mais de 5 dias, dor intensa, ausência de ruído hidro-aéreo, ausência de eliminação de flatos.

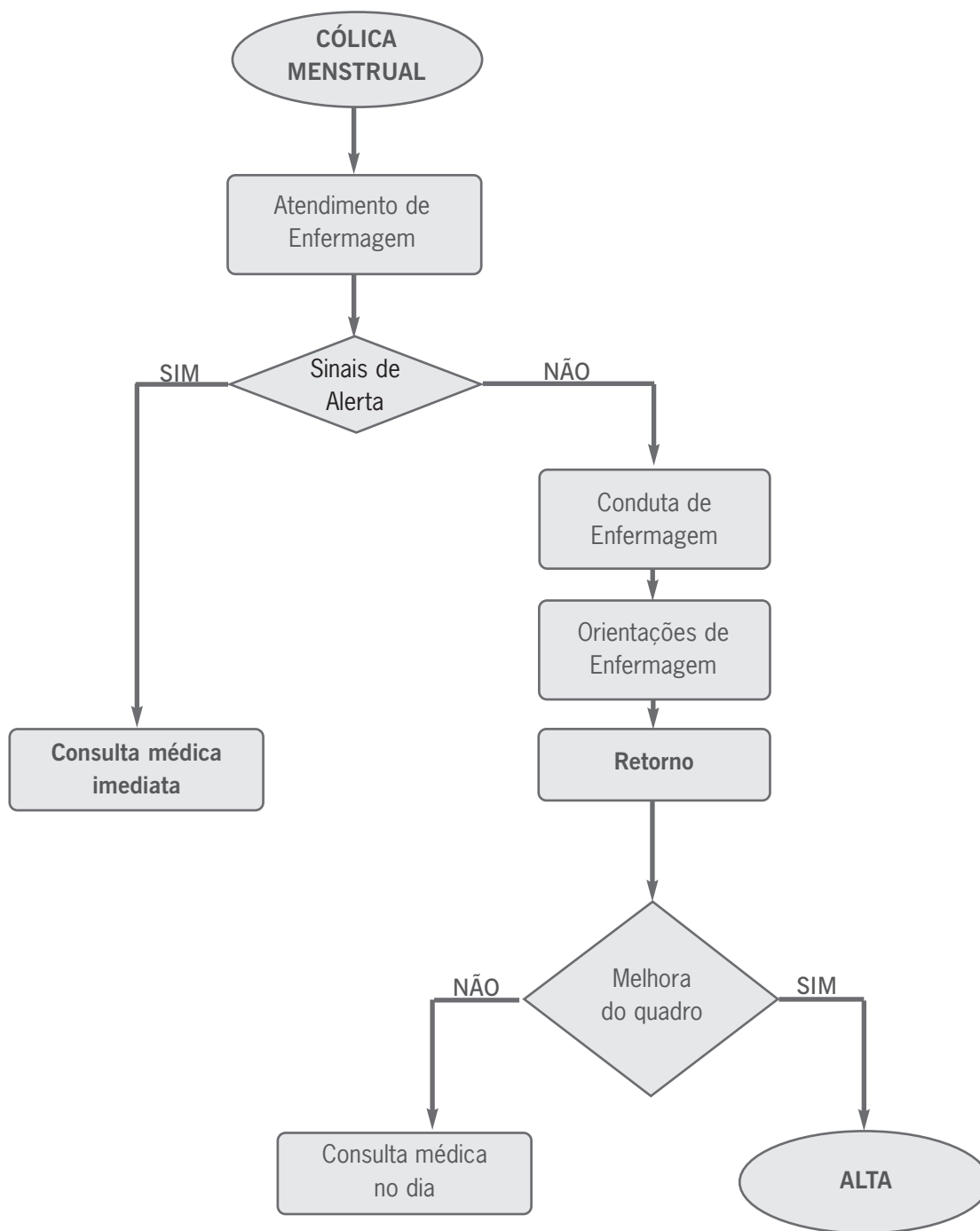
Orientações de enfermagem: retorno em 24 horas, aumentar a ingesta hídrica, correção alimentar com orientações de alimentos ricos em fibras*, estimular exercício físico, estimular evacuação com água morna**, estimular treinamento de toailete em crianças maiores de 2 anos***.

*alimentos ricos em fibras: verduras, feijão, aveia, milho cozido, brócolis, couve flor, rabanete, quiabo, ervilha, vagem, dobradinha, abacate, mamão, laranja com bagaço, melancia, uva e azeite. Evitar alimentos como cenoura cozida, batata, maçã, banana maçã, arroz em grande quantidade, bolachas.

**estimulação com água morna: orientar sentar o paciente em um recipiente (penico ou similar), com pequena quantidade de água morna (com temperatura suportável pela pele para evitar queimadura), suficiente para que só o calor entre em contato com a pele e permanecer na posição de cócoras, forçando a evacuação.

*** treinamento de toailete: estimular a utilização de vaso sanitário sem a supervisão ansiosa dos pais ou responsável.

Protocolo Avaliação e Assistência de Enfermagem - 4. MÓDULO III



Definição: são contrações ou espasmos musculares intensos no abdômen inferior, podendo irradiar para as costas e membros inferiores.

4.1.13 OPERAÇÕES (Conduta na Cólica menstrual)

Atendimento de enfermagem: história anterior; característica, intensidade, duração, irradiação da dor, regularidade do fluxo e quantidade, estado geral, suspeita de gravidez, vômitos, vertigens, náuseas, história de alergia a medicamentos (hioscina)

Exame físico: sinais vitais, palidez, sudorese, pele fria e calafrios.

Sinais de alerta: metrorragia, vômitos, palidez, sudorese, suspeita de gravidez, crise hipertensiva ou hipotensão e vertigens.

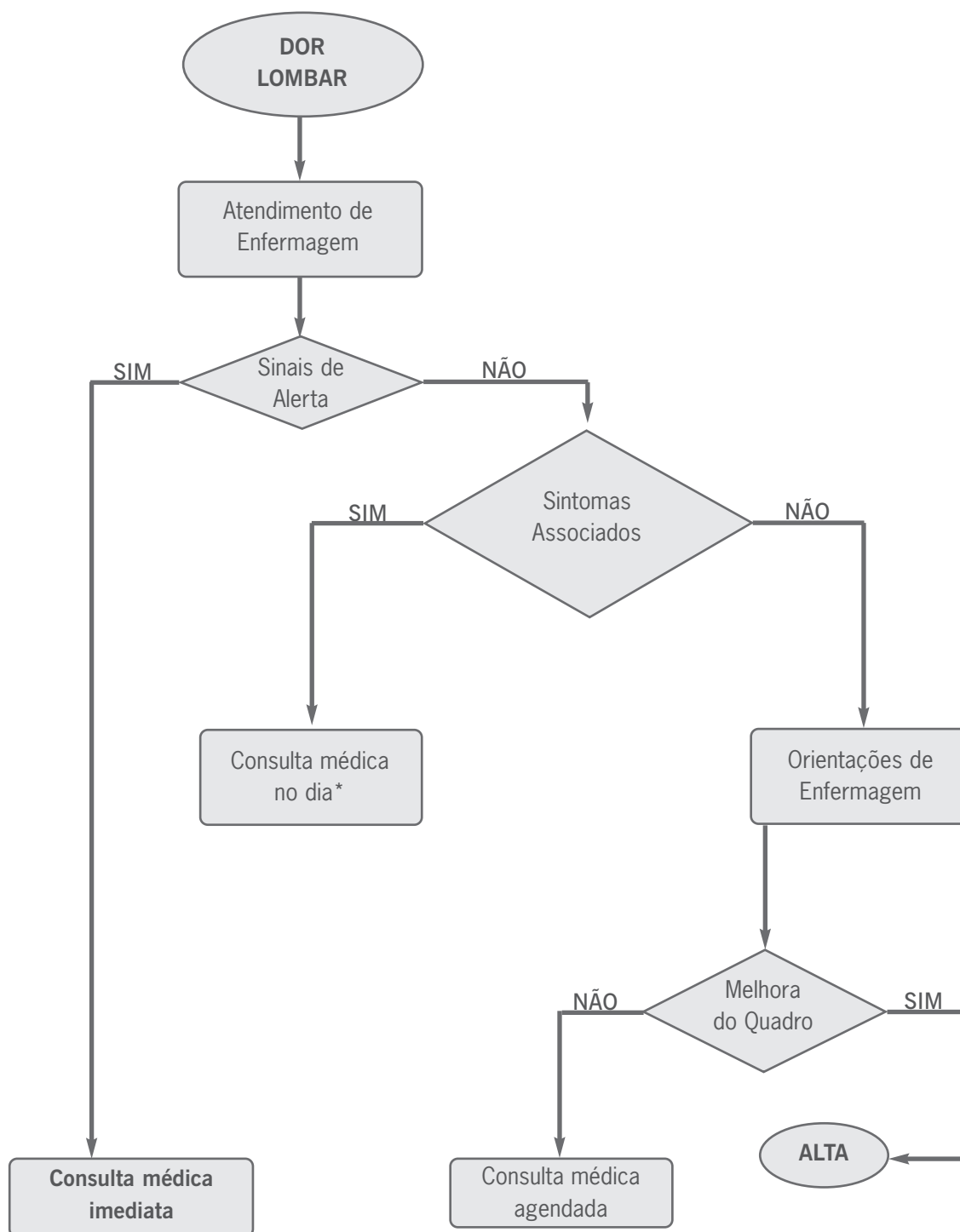
Conduta de enfermagem: certificar-se que paciente não é alérgica a hioscina (anotar em prontuário); administrar 01(um) comprimido V.O. e fornecer hioscina (quantidade suficiente para 01(um) comprimido de 6/6 horas por 2 dias se não referir alergia ao medicamento), verificar último preventivo em mulheres com idade acima de 25 anos e estado vacinal (T.Viral)

Obs: a prescrição e administração da medicação só deve ser feita pelo enfermeiro.

Orientações de enfermagem: retorno em 24 horas, sinais de alerta, calor seco sobre o abdômen inferior, orientar alongamento e exercício físico*, agendar consulta médica de rotina.

*exercício físico: colocar as mãos nos quadris e girá-los formando um semicírculo 15 vezes para cada lado, alternados.

Protocolo Avaliação e Assistência de Enfermagem - 4. MÓDULO III



***Obs.:** em gestantes agendar consulta médica no período.

Definição: é uma experiência subjetiva de sofrimento, auto-limitada na maioria das vezes, e com grande probabilidade de recorrência. Tem como principal fator causal os vícios e erros posturais ligados a movimentos físicos e esforços excessivos.

4.1.14 OPERAÇÕES (Conduta na Dor lombar)

Atendimento de enfermagem: início do quadro, irradiação, questionar se episódios de repetição, relação da dor com a profissão. Pesquisar outras queixas e doenças associadas (ITU, hérnia de disco, etc.).

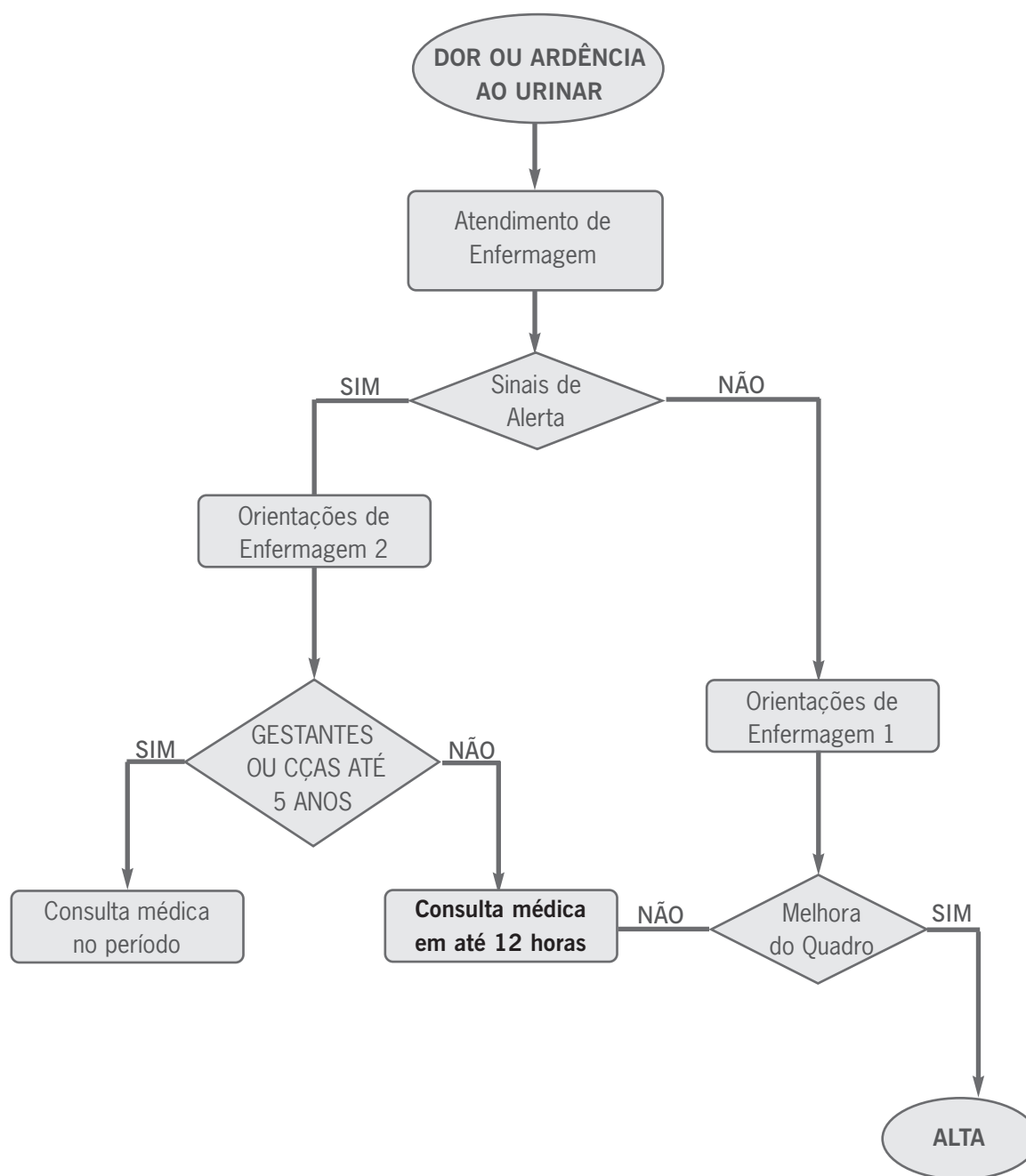
Sinais de alerta: dor não tolerável ou intensa, dor pós trauma, dor com característica de cólica renal, dor com vômitos e palidez.

Sintomas associados: disúria, referência de urina fétida, hematúria.

Orientações de enfermagem:

- Orientar sinais de alerta e sintomas associados,
- Orientar retorno em 48 horas,
- Evitar longos períodos em pé, sentado ou caminhando.
- Usar um degrau de apoio para um dos pés quando em períodos prolongados em pé ou para ambos quando sentado, mantendo os joelhos mais altos que os quadris,
- Encaixar bem a região dorsal no encosto da cadeira,
- Fazer uso de colchão de espuma de densidade firme; evitar decúbito ventral; fazer uso de travesseiro baixo e quando deitar em decúbito lateral; manter um travesseiro entre as pernas,
- Evitar a flexão de tronco nas atividades diárias,
- Orientar compressas ou banhos mornos,
- Alertar para os riscos da auto-medicação.

Protocolo Avaliação e Assistência de Enfermagem - 4. MÓDULO III



Definição: é uma experiência subjetiva de sofrimento, geralmente é um estado patológico determinado por agente patogênico.

4.1.15 OPERAÇÕES (Conduta na Dor ou ardência ao urinar)

Atendimento de enfermagem: pesquisar presença de gravidez, prurido*, corrimento vaginal**, característica da dor, intensidade, localização, tempo de evolução, episódios de repetição, história de febre e calafrios, aspecto da urina, odor, ingestão de alimentos ácidos (agrião, laranja, tomate, abacaxi, etc.).

Exame físico: avaliar estado geral principalmente em crianças e idosos, e sinais vitais.

Sinais de alerta: gravidez*, bebês com choro às micções*, crianças com ou sem história de episódios de repetição, adultos com história de cálculo renal, idosos, prostatismo, febre, hematúria, piúria, odor fétido, urgência miccional com baixo fluxo, calafrios, dor lombar ou nos flancos, dor em baixo ventre.

Queixas associadas a DST: homens com ardência sem outros sintomas, presença de secreção purulenta ou esbranquiçada, história de relações sexuais sem preservativo.

- * mulheres com prurido e corrimento vaginal esbranquiçado.
- **Outros corrimentos tratar conforme padronizado em protocolo de assistência à mulher.

Conduta de enfermagem:

- *prurido e corrimento vaginal esbranquiçado: orientar banho de assento com bicarbonato de sódio (2 colheres de café para 3 litros de água fervida fria).
- **Outros corrimentos femininos: seguir protocolo de assistência à mulher.
- Em homens agendar consulta médica em até 72 horas

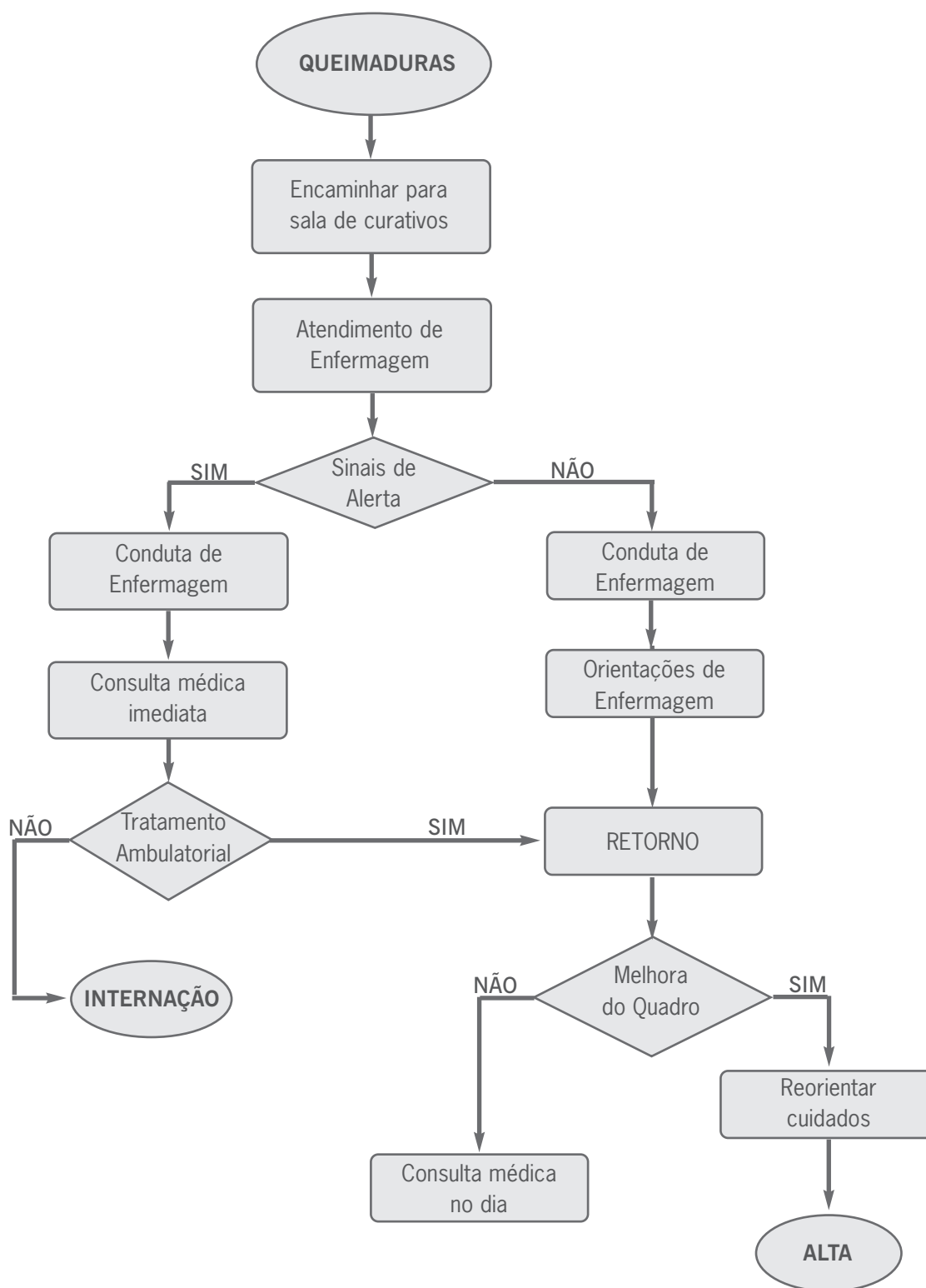
Orientações de enfermagem 1:

- aumentar ingestão hídrica,
- em mulheres orientar a realização de higiene íntima no sentido ântero-posterior, evitar bexiga cheia por tempo prolongado, esvaziar bexiga após relação sexual.
- para ambos os sexos orientar uso de preservativo nas relações sexuais e orientações para prevenir DST.
- retorno em 24 horas para avaliação de enfermagem;

Orientações de enfermagem 2:

- aumentar ingestão hídrica,
- em mulheres orientar a realização de higiene íntima no sentido ântero-posterior, evitar bexiga cheia por tempo prolongado, esvaziar bexiga após relação sexual.
- para ambos os sexos orientar uso de preservativo nas relações sexuais e orientações para prevenir DST.

Protocolo Avaliação e Assistência de Enfermagem - 4. MÓDULO III



Definição: são lesões dos tecidos corporais, produzidas por agentes químicos ou físicos.

4.1.16 OPERAÇÕES (Conduta na Queimadura)

Atendimento de enfermagem: investigar tipo de agente causal,

Exame físico: avaliar profundidade, extensão e gravidade das lesões, verificar sinais vitais.

Sinais de alerta: quanto à profundidade: queimadura de 2º e 3º graus; quanto à extensão: maior que 15% em adultos e 10% em crianças, e dor intensa.

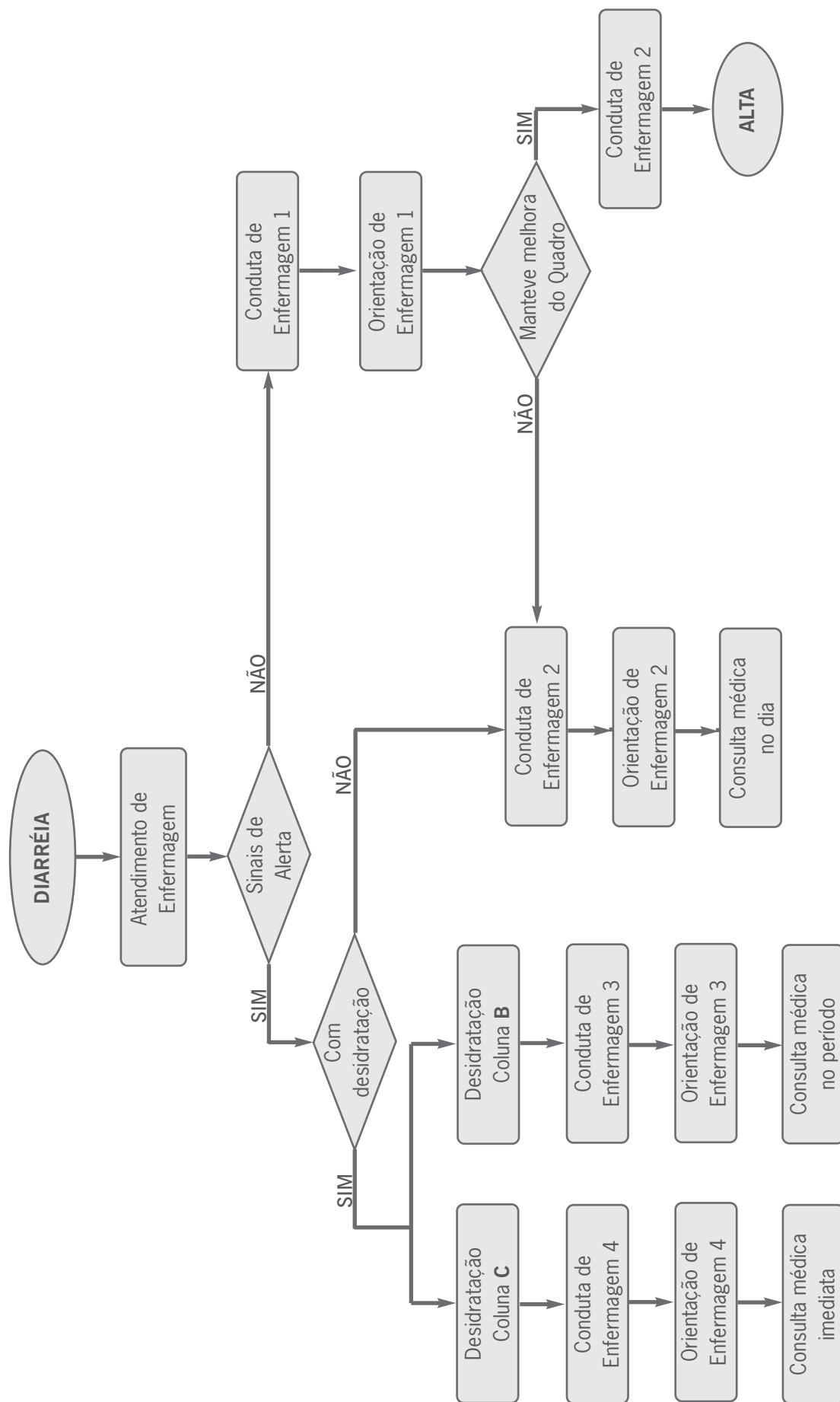
Conduta de enfermagem: lavar com água corrente e sabão líquido*, hidratar o local com S. F. 0,9% e compressa de gaze estéril. Curativo conforme protocolo de instrução específico e profilaxia de tétano.

Orientações de enfermagem: retorno diário para curativo e avaliação da evolução (se piora do quadro com aparecimento de secreção purulenta ou necrose : agendar consulta médica), contra-indicar: rompimento das bolhas, uso de pó de café, creme dental, margarina e outras crendices populares.

***Observação:** em queimaduras químicas essa lavagem deverá ser entre 10 a 20 minutos no mínimo, para remoção do produto químico residual.

CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS QUANTO A PROFUNDIDADE		
GRAU	PROFUNDIDADE	SINAIS/SINTOMAS
1.º GRAU	Compromete exclusivamente a epiderme	Dor, eritema local
2.º GRAU	Epiderme e aproximadamente 1/3 superficial da derme	Lesões rosáceas, dolorosas, flictenas (bolhas)
2.º GRAU PROFUNDIDADE	Epiderme e 2/3 da derme Epiderme, toda a derme e pode haver comprometimento do tecido celular subcutâneo e estruturas mais profundas	Dor, flictenas, edema local, lesões pálidas
3.º GRAU		Tecido queimado esbranquiçado, inelástico e indolor. Tecido ao redor doloroso. Com o passar dos dias, há escurecimento da lesão

CLASSIFICAÇÃO QUANTO À EXTENSÃO DA QUEIMADURA	
LOCALIZAÇÃO	% DA SUPERFÍCIE CORPORAL COMPROMETIDA
Cabeça	9%
Porção anterior do tronco	18%
Porção posterior do tronco	18%
Membro superior direito	9%
Membro superior esquerdo	9%
Genitais	1%
Membro inferior direito	18%
Membro inferior esquerdo	18%
Total	100%



Definição: é o aumento da frequência e do volume das fezes com redução da consistência. Agravava-se na presença de febre e vômito, cuja complicação mais usual é a desidratação, acometendo o indivíduo em qualquer faixa etária, porém mais grave na infância e nos idosos.

4.1.17 OPERAÇÕES (Conduta na Diarréia)

Atendimento de enfermagem: idade, número de evacuações, volume, cor, aspecto das fezes (líquido; presença de muco e/ou sangue), odor (fétido, “azedo”); micção (normal, diminuída ou ausentes), vômito, dores abdominais, ingestão de alimentos suspeitos, aceitação de alimentação.

Exame físico: estado geral, nível de consciência, temperatura e sinais de desidratação.

Sinais de alerta: sinais de desidratação conforme colunas B e C da tabela abaixo, vômitos (mais de 1 episódio), presença de sangue (ou estrias) ou pus nas fezes, temperatura maior ou igual a 37,7 em adultos e 37,5 em crianças.

OBSERVE	COLUNA A	COLUNA B	COLUNA C
Condição	Bem alerta	Irritado, inquieto	Comatoso ou incapaz de mamar
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Boca	Úmida ou ligeiramente seca	Seca ou com saliva espessa	Muito seca
Sede	Bebe normal	Sedento, bebe avidamente	Bebe mal ou não consegue beber
Elasticidade da pele	Pele volta ao normal	Pele volta lentamente (menos de 02 segundos)	Pele volta muito lentamente (mais de 02 segundos)
Fontanelas (p/ lactentes)	Normal ou pouco funda	Funda	Muito funda
Pulso	Cheio	Rápido, débil	Débil ou ausente
Perfusão	Normal	Lenta	Muito lenta
Diurese	Normal ou ligeiramente diminuída	Diminuída	Escassa ou ausente
DECIDA (AVALIE)	NÃO TEM DESIDRATAÇÃO	TEM DESIDRATAÇÃO (02 OU MAIS SINAIS)	TEM DESIDRATAÇÃO GRAVE

CONDUTA DE ENFERMAGEM 1:

- Preparar e administrar o Soro de Reidratação Oral (SRO) até o paciente apresentar melhora do volume de diurese,
- Reavaliar a criança,
- Liberar paciente se mantiver estado de hidratação correspondente à coluna “A”.
- Fornecer envelope de SRO e orientar preparo e uso (ver orientações mais adiante).

Esquema para Reidratação Oral para Coluna A:

- Oferecer SRO: 50 a 70 ml/kg em 4 a 6 horas.
- Este volume deverá ser administrado respeitando a capacidade gástrica do paciente. Em RN 20ml/kg/h e demais crianças 30 ml/kg/h.
- O volume/hora deverá ser dividido no decorrer dos 60 minutos, para que se mantenha a constância na reidratação.

Protocolo Avaliação e Assistência de Enfermagem - 4. MÓDULO III**Orientações de enfermagem 1:**

- Orientar aumento de oferta de líquidos e evitar alimentos laxantes;
- Orientar o responsável para que ofereça o soro conforme aceitação e após cada evacuação;
- Orientar noções de higiene* (final da página seguinte);
- Orientar retorno em 24 horas para avaliação de enfermagem;
- Orientar retorno imediato ao serviço de saúde disponível em caso de aparecimento de qualquer um dos sinais de alerta e sintomas das colunas B e C;
- Comunicar equipe responsável pela área para visita domiciliar no dia seguinte.

CONDUTA DE ENFERMAGEM 2

- Consulta médica no dia;
- Preparar e administrar o Soro de Reidratação Oral (SRO) ou soro caseiro enquanto aguarda consulta ou remoção;
- Observar evolução do quadro (desidratação e temperatura) enquanto aguarda consulta ou remoção;
- Fornecer envelope de SRO (orientar preparo e uso) ou soro caseiro (ver orientações de preparo mais adiante).

Esquema para Reidratação Oral:

- Oferecer SRO: 50 a 70 ml/kg em 4 a 6 horas.
- Este volume deverá ser administrado respeitando a capacidade gástrica do paciente. Em RN 20ml/kg/h e demais crianças 30 ml/kg/h.
- O volume /hora deverá ser dividido no decorrer dos 60 minutos, para que se mantenha a constância na reidratação.

Orientações de enfermagem 2:

- Orientar o responsável para que ofereça o soro conforme aceitação e após cada evacuação enquanto aguarda consulta médica no dia (na UBS ou em casa);
- Orientar aumento de oferta de líquidos e evitar alimentos laxantes;
- Orientar noções de higiene* (final da página seguinte);
- Orientar retorno imediato ao serviço de saúde, antes do horário previsto da consulta em caso de aparecimento de sinais de alerta e sintomas das colunas B e C;
- Comunicar equipe responsável pela área para visita domiciliar no dia seguinte.

CONDUTA DE ENFERMAGEM 3

- Consulta médica no período;
- Preparar e administrar o Soro de Reidratação Oral (SRO) ou soro caseiro enquanto aguarda consulta ou remoção na UBS;
- Reavaliar o paciente para observar evolução do quadro enquanto aguarda consulta ou remoção;
- Fornecer envelope de SRO ou orientar preparo de soro caseiro e sua administração no domicílio após consulta médica.

Esquema para Reidratação Oral coluna B:

- Oferecer SRO:100 a 150 ml/kg em 4 a 6 horas.
- Este volume deverá ser administrado respeitando a capacidade gástrica do paciente. Em RN 20ml/kg/h e demais crianças 30 ml/kg/h.
- O volume /hora deverá ser dividido no decorrer dos 60 minutos, para que se mantenha a constância na reidratação.

Orientações de enfermagem 3

- Orientar o responsável para que ofereça o soro conforme aceitação e após cada evacuação, enquanto aguarda consulta médica ou remoção;
- Orientar o cuidador a observar a evolução e agravamento do estado geral do paciente enquanto aguarda consulta ou remoção;
- Orientar aumento de oferta de líquidos e evitar alimentos laxantes;
- Orientar noções de higiene* (final desta página);
- Comunicar equipe responsável pela área para visita domiciliar no dia seguinte.

CONDUTA DE ENFERMAGEM 4

- Consulta médica imediata (independente do número de vagas);
- Em não havendo médico na Unidade, solicitar remoção imediata para outro serviço via SAMU e seguir orientações do médico regulador para a imediata hidratação enquanto aguarda a transferência.
- Manter observação contínua da evolução do quadro do paciente;
- Comunicar equipe responsável pela área para Visita Domiciliar.

Orientações de enfermagem 4

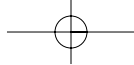
- Solicitar ao acompanhante que comunique a UBS no retorno do paciente ao domicílio;

Orientações : Noções de higiene geral

- Lavar bem os utensílios domésticos, mamadeiras, bicos e chupetas, alimentos;
- Lavar bem as mãos antes das refeições;
- Proteger os alimentos das moscas e ratos, ferver ou filtrar água para consumo;
- Manter a casa limpa; destino adequado dos dejetos (lixo orgânico separado do material reciclável),
- Fiscalizar os dejetos dos animais domésticos e crianças, uso de calçados para evitar penetração de larvas,
- Ingerir apenas carnes bem cozidas, não ingerir ou preparar alimentos com ovos crus.

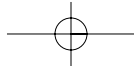
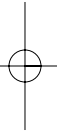
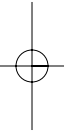
Preparo do Soro Caseiro:

- 1 colher café rasa de sal, 1 colher de sopa rasa de açúcar para 1 litro de água fervida ou filtrada.



5. MÓDULO IV

Este módulo aborda as patologias mais comuns que acometem a pele, através de características, localização, conduta e orientações de enfermagem em forma de tabela.



Protocolo Avaliação e Assistência de Enfermagem - 5. MÓDULO IV

5.1 CONDUTA DE ENFERMAGEM NAS LESÕES DE PELE MAIS FREQUENTES

LESÕES	CARACTERÍSTICAS	LOCALIZAÇÃO	CONDUTAS E ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM
5.1.1 Alergia à picada de inseto	<ul style="list-style-type: none"> - Bolhas e ou pápulas c/ secreção serosa, - Presença de prurido com edema ou não, no local 	Área exposta	<p>Contato c/ lagartas, escorpiões, cobras, aranhas e história de reação alérgica anterior: consulta médica imediata.</p> <p>Observar quadro de reação alérgica importante, dor, característica do edema, reação e evolução. Tratar com dexametasona creme as lesões comuns. Orientar retorno em 24 horas se não houver melhora.</p> <p>Orientar aplicação de óleo de cozinha p/ remoção das crostas; Retomar para reavaliação. Agendar consulta médica, conforme agenda na U.S., se não houver melhora.</p>
5.1.2 Dermate Seborreica	<ul style="list-style-type: none"> - Vermelhidão, crostas ou descamação - Sem presença de febre 	Transição entre pele da face e couro cabeludo, sobrancelhas e asas do nariz	
5.1.3 Escabiose (Sarna)	<ul style="list-style-type: none"> - Causada por ácaro, - Doença contagiosa for-mando túneis na pele - Prurido intenso e mais acentuado à noite, - Pequenas pápulas, - Crostas e secreções decorrentes de infecção secundária (impetigo) 	Axilas, virilhas, regiões sub-mamárias, abdome, face interna da coxa, dorso das mãos, punhos,	<ul style="list-style-type: none"> - Lavar roupas pessoais, de cama diariamente; secá-las ao sol, passar à ferro e manter unhas curtas e limpas; - Tratar a família (exceto gestantes, nutrízes e os menores de 2 anos) com Benzoato de benzila (meio a meio) após o banho, por três noites seguidas; retirar o produto pela manhã, evitar contato com mucosas e olhos e expor-se ao sol; - Repetir após uma semana; - Não manipular produto perto de chamas, - Orientar suspender medicação e retornar ao serviço se: tonturas, cefaléia, fadiga e reações na pele; - Menores de 2 anos, gestantes e nutrízes: encaminhar para consulta médica em até 48 horas; - Orientar não ingestão de álcool 48 h antes e após uso; - Verificar esquema vacinal anti tetânica;

5.1 CONDUTA DE ENFERMAGEM NAS LESÕES DE PELE MAIS FREQUENTES			
LESÕES	CARACTERÍSTICAS	LOCALIZAÇÃO	CONDUTAS E ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM
5.1.4 Pediculose (Piolho)	- É transmitida de uma pessoa para outra por contato direto (bonés, lenços, lençóis, cabeça para cabeça. -Prurido persistente na cabeça.	Couro cabeludo	- Orientar umedecer os cabelos com chumaço de algodão embebido em solução de vinagre morno (meio a meio), retirar as lêndeas com pente fino; - Orientar inspeção de todas pessoas que convivem e tratá-las, se infestadas; (exceto gestantes, nutrízes e os menores de 2 anos – consulta médica agendada) - Orientar Benzoato de benzila (meio a meio) e aplicar em couro cabeludo, por 1 hora, evitando contato com olhos e mucosas, - Repetir após 1 semana - Não manipular produto perto de chamas, - Orientar suspender medicação e retornar ao serviço se: tonturas, cefaléia, fadiga e reações na pele;
5.1.5 Piolho Pubiano (Chato)	- É transmitida de uma pessoa para outra por contato direto (roupas, roupas de cama e banho) São menores que os piolhos da cabeça	- Superfície corporal, cílios e sobranceiras	- Orientar sobre o meio de transmissão; - Trocar e lavar roupas de cama, banho, íntimas e de uso e passá-las a ferro diariamente - Orientar inspeção de todas pessoas que convivem e tratá-las, se infestadas; - Seguir orientações e contra indicações do uso conforme quadro acima, - Não aplicar em cílios e sobranceiras, nestes locais utilizar solução de vinagre morno
5.1.6 Carrapatos	pruridos e lesões na pele. Complicações: - doença infecciosa (Febre maculosa)	Qualquer parte do corpo	- Orientar/retirar mecanicamente os parasitas da pele. (Em caso de infestação aplicar Benzoato de Benzila com chumaço de algodão sobre os parasitas, por 1 hora conforme orientações da medicação, roupas e contraindicações do quadro anterior; - Destruir o parasita totalmente, queimando-o após a retirada evitando que os ovos re-infestem o ambiente. Orientar a revista da residência e animais domésticos. - Se presença de febre: consulta médica no dia.

Protocolo Avaliação e Assistência de Enfermagem - 5. MÓDULO IV

5.1 CONDOTA DE ENFERMAGEM NAS LESÕES DE PELE MAIS FREQUENTES

LESÕES	CARACTERÍSTICAS	LOCALIZAÇÃO	CONDUTAS E ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM
5.1.7 Tunguiase (bicho de pé)	Prurido local, causado pela penetração da pulga. Pápula única ou múltipla c/ ponto negro central, dependendo do grau de infestação.	Mais comum nos pés, porém pode acometer qualquer local onde haja penetração da pulga.	<ul style="list-style-type: none"> - Lavar o local c/ água e sabão, - Retirar o parasita c/ agulha estéril, queimar o parasita evitando a disseminação dos ovos, - Fazer curativo oclusivo, verificar esquema vacinal, - Encaminhar p/ consulta médica se sinais de infecção, - Orientar calçados fechados e manter-se longe de locais potencialmente infestados, - Orientar limpeza do local infestado, principalmente onde haja animais (porcos e outros)
5.1.8 Berne	Nódulo com abertura única, podendo ter mais de um próximo ou em locais diferentes do corpo, diferenciando-se da míase que são várias larvas no mesmo orifício.	Qualquer local do corpo inclusive couro cabeludo e orifícios	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer curativo no orifício e verificar esquema vacinal. - Fechar o orifício com esparadrapo duplo, tricotomia s/n; - Orientar retorno de 6 a 24h para retirada mecânica; - Comprimir a base do nódulo c/ os dedos c/ movimento de pinça” comitante à retirada do esparadrapo, forçando saída da larva, cuidando p/ não fragmentá-la; - Em caso de fragmentação da larva ou sinais de infecção, agendar consulta médica nas 24 h.
5.1.9 Impetigo Bolhoso (piodermite com aspecto inicial de queimadura de cigarro)	Mais comum na infância, são vesículas ou bolhas s/ eritema ao redor, seu conteúdo seroso ou sero-purulento se rompe sendo fontes de disseminação, resultando em crostas amareladas. - Complicações: glomerulonefrite, sepsis.	Em qualquer parte do corpo	<ul style="list-style-type: none"> - Remoção e limpeza com água e sabão e banho com Permanganato de potássio 1cp/ 4L água 2 a 3x/dia; - Orientar separar bucha de banho, sabonete, toalhas e roupas de cama; - Verificar situação vacinal antitetânica; - Observação: Se as lesões forem disseminadas passar por consulta médica no dia; - Solicitar retorno a cada 24h para reavaliação. Em caso de piora do quadro agendar consulta médica no dia.

5.1 CONDUITA DE ENFERMAGEM NAS LESÕES DE PELE MAIS FREQUENTES			
LESÕES	CARACTERÍSTICAS	LOCALIZAÇÃO	CONDUTAS E ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM
5.1.10 Impetigo não bolhoso	Lesões eritematosas que evoluem p/ vesículas e pústulas, que se rompem formando áreas erosadas c/ crostas de coloração amarelada. Complicações: ulceração com crosta hemorrágica.	Face, braços, pernas e nádegas	- Remoção e limpeza com água e sabão e banho com Permanganato de potássio 1cp/ 4L água 2 a 3x/dia; - Orientar separar bucha de banho, sabonete, toalhas e roupas de cama; - Verificar situação vacinal antitetânica; - Observação: Se as lesões forem disseminadas passar por consulta médica no dia; - Solicitar retorno a cada 24h p/ reavaliação. Em caso de piora do quadro agendar consulta médica no dia.
5.1.11 Impetigo folicular	Complicação de dermatose pruriginosa (ex.: escabiose). Lesões com pústulas superficiais, centradas por um pêlo e rodeadas por um halo eritematoso. Complicações: podem evoluir p/ furunculose e glomerulonefrite (GNDA)	- Qualquer região do corpo.	- Remoção e limpeza com água e sabão e banho com Permanganato de potássio 1cp/ 4L água 2 a 3x/dia; - Orientar separar bucha de banho, sabonete, toalhas e roupas de cama; - Verificar situação vacinal antitetânica; - Observação: Se as lesões forem disseminadas passar por consulta médica no dia; - Solicitar retorno a cada 24h p/ reavaliação. Em caso de piora do quadro agendar consulta médica no dia.
5.1.12 Folliculite de barba	Lesão inicial é uma porofolliculite, com dor, prurido e calor local, -Pápula-pústula folicular que se rompem formando crostas amareladas que aglutinam os pêlos, a qual descaracteriza a lesão. Complicações: GNDA	- Face	- Orientar suspender realização da barba, - Remoção e limpeza com água e sabão e banho com Permanganato de potássio 1cp/ 4L água 2 a 3x/dia; - Orientar separar bucha de banho, sabonete, toalhas e roupas de cama; - Verificar situação vacinal antitetânica; - Observação: Se as lesões forem disseminadas passar por consulta médica no dia; - Solicitar retorno a cada 24h p/ reavaliação. Em caso de piora do quadro agendar consulta médica no dia.

Protocolo Avaliação e Assistência de Enfermagem - 5. MÓDULO IV

5.1 CONDUITA DE ENFERMAGEM NAS LESÕES DE PELE MAIS FREQUENTES			
LESÕES	CARACTERÍSTICAS	LOCALIZAÇÃO	CONDUTAS E ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM
5.1.1.13 Furunculose	- Foliculite profunda, que se inicia por uma parafo-liculite formando nódulo dolorido	- Nuca, ombros, cintura, região inguinal e glútea. Extremamente dolorosos quando em narinas e conduto auditivo externo. - Pálpebras	- Orientar higiene local, calor úmido por 30 min. 6/6horas - Agendar consulta médica em 24 horas se múltiplos furúnculos ou um de grande extensão. - Verificar esquema vacinal, - Agendar consulta médica, se recidivas frequentes - Orientar higiene local c/ água e sabão, - Calor local úmido por, - Agendar consulta médica no dia se extenso ou dentro da semana se quadro de repetição
5.1.1.14 Hordéolo (terçol)	- Foliculite dos cílios, com edema devido à frouxidão do tecido palpebral , dor e rubor, c/ ou s/ pústulas.	- Pálpebras	- Orientar que não precisa tratamento especial. - Orientar evitar alimentos desencadeantes (cítricos e ácidos) e que causam dor (açúcares, cítricos e ácidos). - Orientar bochecho c/ chá de camomila, gelado, sem açúcar. - Agendar consulta médica, se houver muita dor, febre causada pela afta, lesões extensas ou persistência por mais dias.
5.1.1.15 Aftas	- Ulcerações rasas, ovais ou redondas, delimitadas, geralmente cobertas por camada branco acinzentada e amarela, rodeadas por halo vermelho róseo. Pode ser causada por alimentos, febre ou stress	- Cavidade oral, podendo ser isoladas ou múltiplas. Observação: Atentar para febre e nº de lesões (pode ser indicio de estomatite aftosa)	- Agendar a consulta médica dentro das 72h (no adulto pode caracterizar baixa imunidade); - Investigar causas de baixa imunidade; - Orientar higiene da cavidade oral com Bicarbonato de sódio (1 colherinha de café rasa) diluído em 1copo de água fervida ou filtrada, para retirada do excesso das crostas, com gaze ou pano limpo, 3x/dia até a consulta. - Orientar fervura dos bicos de mamadeiras, chupetas e talheres (para crianças maiores e adultos).
5.1.1.16 Monilíase oral (fungo Cândida albicans)	Placas esbranquiçadas, circundadas por halo avermelhado; semelhantes a leite coalhado, com a dife- rença que não são removi- das com facilidade.	- Língua, mucosa labial, gengiva e mucosa das bochechas.	- Agendar a consulta médica dentro das 72h (no adulto pode caracterizar baixa imunidade); - Investigar causas de baixa imunidade; - Orientar higiene da cavidade oral com Bicarbonato de sódio (1 colherinha de café rasa) diluído em 1copo de água fervida ou filtrada, para retirada do excesso das crostas, com gaze ou pano limpo, 3x/dia até a consulta. - Orientar fervura dos bicos de mamadeiras, chupetas e talheres (para crianças maiores e adultos).

5.1 CONDUITA DE ENFERMAGEM NAS LESÕES DE PELE MAIS FREQUENTES			
LESÕES	CARACTERÍSTICAS	LOCALIZAÇÃO	CONDUTAS E ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM
5.1.17 Herpes simples (virus)	Vesículas em cacho, evoluem para úlceras e após crostas; auto-limitada; recidivante; regressão espontânea; relação c/baixa imunidade; transmissão direta; Formigamento, ardência, prurido, dor surgem antes da erupção.	- Lábios ou região vizinha como o nariz, queixo e face.	- Explicar a forma de transmissão da doença (vesículas). - Orientar o uso separado de copos, colheres, toalhas de rosto, enquanto durarem as vesículas. - Investigar a causa provável da baixa resistência. - Aplicação de gelo (envolvido em pano) para alívio local por 1 a 2 minutos intermitentes por 20 minutos. Nos casos de recidivas frequentes, encaminhar para avaliação médica agendada.
5.1.18 Varicela Catapora (Herpes Zoster)	Exantema máculo papular que evoluem rápida e pústula e para crostas de 3-4 dias, febre moderada e prurido, em cças é benigna e auto-limitada. Complicações: impetigo, erisipela, celulite, sepse, abscesso e endocardite	- Em toda a superfície corpórea	- Avaliar SSVV, estado geral, aspecto e evolução das lesões (estado geral debilitado: consulta médica no dia) - Orientar banho c/ Permanganato de Potássio (1cp/ 4 L água 3x/dia). Retorno em 24 horas p/ reavaliação. - Orientar quanto à alta transmissibilidade (contato direto, secreções respiratórias e sec. vesiculares); - Orientar cuidados: banho de chuveiro c/ água e sabão, - Orientar uso exclusivo de toalhas, roupas, etc; - Evitar ambientes aglomerados e fechados, e contato com gestantes; Retorno às aulas a partir do 7º dia
5.1.19 Erisipela (estreptodermia)	Caracteriza-se por uma placa eritematosa vermelha brilhante quente de bordas bem definidas, edema local, dor, calor e calafrios, pode originar faixas eritematosas no trajeto de vasos linfáticos. Complicações: obstrução linfática (elefantíase)	Geralmente em membros inferiores, face e abdôme, podem originar-se de fissuras infectadas, úlceras variadas, intertrigo necrótico. Em mucosas é considerada forma gravíssima	- Verificar esquema vacinal, - Verificar se paciente é portador de D.Melitus ou erisipela em mucosas (agendar para consulta médica no dia); - Agendar consulta em até 48 horas.

Protocolo Avaliação e Assistência de Enfermagem - 5. MÓDULO IV

5.1 CONDUTA DE ENFERMAGEM NAS LESÕES DE PELE MAIS FREQUENTES			
LESÕES	CARACTERÍSTICAS	LOCALIZAÇÃO	CONDUTAS E ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM
5.1.20 Dermatite de Fraldas	Lesões eritematosas exsudativas e eritemato-papulosas, descamativas nas áreas de contato com a fralda, causada por exposição prolongada à urina e fezes. Complicações: infecção – fungos (bem delimitadas, cor viva, com peq. Lesões satélites) e bactérias.	Região de contato com a fralda	- Evitar uso de substâncias irritantes: pós, óleos, sabões; - Troca frequente das fraldas ou retirada das mesmas até o desaparecimento da dermatite e banho de sol; - Orientar: fralda de pano de algodão não causa alergia; - Higiene c/ água e sabão neutro após cada eliminação, - Orientar lavar fraldas com sabão neutro, enxaguar abundantemente e último enxague c/ água e vinagre; - Orientar uso de amido de milho após cada higiene, - Reavaliar após cada 48h, - Agendar consulta médica na UBS, se não houver melhora ou se sinais de infecção secundária.
5.1.21 Intertrigo	- Lesões avermelhadas que podem apresentar exudato ou maceração da pele (odor forte)	Dobras da pele : costas, braços, pescoço e região auricular, sub mamária e dobra de abdômen	- Higiene e secagem adequada do local, evitar tecidos sintéticos. Exposição ao sol no início da manhã - Banho c/ permanganato de potássio: 1comp/ 4L água, 3 vezes ao dia.
5.1.22 Báiano Postite	Inflamação do prepúcio e glândula	Prepúcio e glândula	- Banho c/ permanganato de potássio: 1comp/ 4L água, 3 vezes ao dia, - Orientar higiene local e cuidado na retração do prepúcio retornando-o completamente sobre a glândula.

5.1 CONDUTA DE ENFERMAGEM NAS LESÕES DE PELE MAIS FREQUENTES			
LESÕES	CARACTERÍSTICAS	LOCALIZAÇÃO	CONDUTAS E ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM
5.1.23 Tínea Interdigital (frieira ou pé de atleta)	Lesões esbranquiçadas, pruriginosas, maceradas, descamativas nos espaços interdigitais causada por excesso de umidade. Pode estar associada ao D.Melito Complicações: - fissuras; - infecção secundária em pacientes com D.M.	Espaços interdigitais dos pés e mãos	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar higiene diária, secar bem o local, em locais públicos evitar contato direto c/ o chão durante o banho; - Orientar usar calçados abertos, toalha de banho de uso exclusivo e meias de algodão; - Exposição dos calçados ao sol; - Pingar 1 gota de vinagre de maçã entre os dedos, diariamente a noite, deixando secar naturalmente; - Fornecer e orientar banho com Permanganato de potássio (1 cp/ 2 L de água 3x/dia); - Verificar história D.M. e orientar prevenção do Pé diabético, e vacinação - Retorno em até 1 semana para reavaliação (se história de DM retornar em 3dias); - Agendar consulta médica conforme agenda se não houve melhora do quadro (se DM consulta em 24 a 48h)
5.1.24 Calosidades	Causada por atrito ou pressão constante no tecido cutâneo sobre proeminências ósseas, muitas vezes doloridas.	Mãos e pés	<ul style="list-style-type: none"> - Proteção local (afastar dedos com algodão ou espuma), orientar que a prevenção é o mais importante. - Eliminar calçados que apertem os pés. - Em caso de dor, mergulhar o pé em água morna. - Lixar o calo, até ficar fino (sem machucar a pele). - Orientar cuidados especiais para pacientes diabéticos, portadores de M.H. ou com deficiência de circulação. - Usar luvas grossas para calosidades das mãos.

Protocolo Avaliação e Assistência de Enfermagem - 5. MÓDULO IV

5.1 CONDUITA DE ENFERMAGEM NAS LESÕES DE PELE MAIS FREQUENTES			
LESÕES	CARACTERÍSTICAS	LOCALIZAÇÃO	CONDUTAS E ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM
5.1.25 Rachadura nos pés	Rachadura na região dos calcâneos por uso frequente de calçados abertos ou andar descalço	Calcâneos	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar calçados fechados e meias de algodão, - Lixar a região se houver espessamento da pele, durante ou logo após o banho. - Usar hidratante ao deitar-se, friccionando o local até senti-lo aquecido. - Verificar esquema de vacinação antitetânica. - Verificar presença de micose inter digital ou de unhas. - Verificar se o paciente é diabético: utilizar o protocolo de inspeção de pé diabético. - Retorno em 1 semana p/ reavaliação c/ enfermagem. - Consulta médica nos casos mais graves ou infecção.
5.1.26 Onicomicose (micose da unha)	Causada por fungos, Destroem as unhas, provocando deformações	Unhas dos pés e mãos	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar lixar superficialmente sobre as unhas, - instilar 1 gota de álcool a 70% em cada unha, após lixá-las, preferencialmente antes de dormir, - Orientar uso exclusivo da lixa e material completo de manicure; - Agendar consulta médica conforme agenda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMATO NETO, Vicente; BALDY, José Luis da Silveira (Ed). Doenças transmissíveis. 3.ed. São Paulo: Sarvier, 1991.

Dicionário médico blakiston. 2. ed. São Paulo: Andrei, [1980?].

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: tratar a criança. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dermatologia na atenção básica de saúde. Brasília: MS, 2002 (Série A: Normas de Manuais Técnicos, n. 174).

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de condutas médicas. Brasília: MS, 1992. (Série A: Normas e Manuais Técnicos. N.143).

CHAPECO. Prefeitura Municipal. Serviço Municipal de Saúde. Protocolo de atenção à saúde da mulher. Chapecó, 2003.

Curitiba. Prefeitura Municipal. Serviço Municipal de Saúde. Manual de práticas de enfermagem: a saúde de braços abertos. Curitiba, 1999.

DUNCAN, Bruce B; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANE, Elsa R. J. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996.

MURAHOVSKI, Jayme. Emergências em pediatria. 5 ed. São Paulo: Sarvier, 1989.

LAND, Janete. Guia médico para a saúde infantil. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Autarquia Municipal de Saúde. Vigilância epidemiológica: instrução de trabalho. Londrina, 1999.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Autarquia Municipal de Saúde. Assistência de enfermagem às patologias comuns. Londrina, 1992.

PESSOA, Samuel B; MARTINS, Amilcar Viana. Parasitologia médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

NEVES, David Pereira. Parasitologia humana. 9.ed. São Paulo: Atheneo, 1997.

SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. Enfermagem médico-cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.