



PREFEITURA DE
CATANDUVA
SECRETARIA DE SAÚDE



PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

ATENÇÃO À DEMANDA ESPONTÂNEA

Catanduva/SP
2019



Comissão do Protocolo de Enfermagem Atenção à Demanda Espontânea

I - Representantes da Coordenação de Atenção Básica (Secretaria de Saúde):

Angélica Freu Costa - Enfermeira, Diretora Técnica de Saúde

Gabriela Zerbinatti Mismatch Sangalli - Enfermeira

II - Representante da Coordenação Médica:

Fernanda M. Martinez Perez - Médica

III - Representante da Assistência Farmacêutica:

Larissa Francieli Souza Silva - Farmacêutica

IV - Representantes da Estratégia de Saúde da Família:

Julia Projante Moretto - Enfermeira Assistencial

Letícia Magati Antonioli - Médica Assistencial

V - Representantes da Organização Social Mahatma Gandhi:

Tiago Aparecido Silva - Enfermeiro, Coordenador Técnico

Débora Regina Spada da Costa - Enfermeira Supervisora

Eduarda Oliveira De Aro Margonar - Enfermeira Supervisora

Janaina Gabriela Munhoz - Enfermeira Supervisora

Mariana Mendonça Pansa - Enfermeira Supervisora

VI - Representante do Núcleo de Educação Permanente:

Thiago Victor Mafei - Nutricionista, Educador Permanente



Sumário

1. INTERCONSULTA	5
1.1. Acolhimento	6
1.2. Fluxos dos usuários na Unidade Básica de Saúde (UBS)	7
1.3. Avaliação de risco e vulnerabilidade	12
2. DOR DE OUVIDO	15
3. FEBRE	20
4. CEFALEIA / DOR DE CABEÇA	22
5. DIARREIA	25
6. NÁUSEAS E VÔMITOS	27
7. DOR DE GARGANTA	29
8. AZIA (PIROSE)	31
9. CONSTIPAÇÃO INTESTINAL	33
10. PARASITOSE INTESTINAL / VERMINOSE	34
11. DOR LOMBAR / DOR NAS COSTAS	36
12. RESFRIADO COMUM	38
13. OLHO VERMELHO	40
14. PROBLEMAS DA PELE MAIS COMUNS NO ADULTO NA APS	42
15. ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NAS SITUAÇÕES DE DEMANDAS DA SAÚDE MENTAL	47
15.1. Risco de suicídio	47
15.2. Intoxicação alcoólica aguda	49
15.3. Síndrome de abstinência do álcool (SAA)	50
16. DESCOMPENSAÇÃO DO DIABETES MELLITUS: HIPOGLICEMIA E HIPERGLICEMIA	54
16.1. Complicações agudas do diabetes	54
16.2. Hipoglicemia	55
16.3. Hiperglicemia	55
17. DISPNEIA	59
18. DISÚRIA	60
18.1. Definições	60
18.2. Diagnóstico	60



19. DOR ABDOMINAL	64
19.1. Diagnóstico	64
19.2. Principais causas de dor abdominal aguda não cirúrgica	67
20. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA – ALTERAÇÕES AGUDAS	69
20.1. Definições	69
20.2. Diagnóstico	71
21. QUEIMADURAS	72
21.1. Classificação	72
21.2. Primeiros socorros	74
21.3. Remoção imediata	75
21.4. Ações da equipe no atendimento ao paciente vítima de queimadura	76
21.5. Limpeza	76
21.6. Terapêutica tópica	77
21.7. Orientações para a prevenção de queimaduras	79
22. USUÁRIOS “HIPERUTILIZADORES”	81
23. SITUAÇÕES “ADMINISTRATIVAS” COMUNS NO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA	83
23.1. Risco e vulnerabilidade na renovação/transcrição de receitas e exames	83
ANEXO I	88
ANEXO II	89
ANEXO III	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91



1. INTERCONSULTA

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

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

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

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

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

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

Esta forma de trabalho reafirma a capacidade técnica dos membros da equipe de saúde, neste caso principalmente o enfermeiro, conforme orienta a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2017) através dos artigos abaixo, principalmente através das palavras destacadas:

VI - participar do **acolhimento dos usuários** realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (**classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos**) e **identificação das necessidades** de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, **se responsabilizando pela continuidade da atenção** e viabilizando o estabelecimento do **vínculo**;

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

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

1.1. Acolhimento

A atenção básica lida com situações e problemas de saúde de grande variabilidade (desde as mais simples até as mais complexas), que exigem diferentes tipos de esforços de suas equipes. Tal complexidade se caracteriza pela exigência de se considerarem, a todo tempo e de acordo com cada situação, as dimensões orgânica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado, para que as ações de cuidado possam ter efetividade. Além disso, as equipes da atenção básica estão fortemente expostas à dinâmica cotidiana da vida das pessoas nos territórios. Nesse sentido, a capacidade de acolhida e escuta das equipes aos pedidos, demandas, necessidades e manifestações dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários e nas unidades de saúde é um elemento-chave. Neste Protocolo, o foco principal será dado ao acolhimento à demanda espontânea nas unidades de atenção básica do Município de Catanduva, mas é importante lembrar que o acolhimento não se restringe a essas situações.

1.1.1. O acolhimento como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe

Nesse caso, a implantação de acolhimento da demanda espontânea “pede” e provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado (fazendo com que os usuários formem filas na madrugada), nem é possível nem necessário encaminhar todas as pessoas ao médico (o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico). Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. É importante, por

exemplo, que as equipes discutam e definam (mesmo que provisoriamente) o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias etc. Como se pode ver, é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções.

Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção básica. Isso requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado.

1.2. Fluxos dos usuários na Unidade Básica de Saúde (UBS)

O fluxograma a seguir busca representar um padrão de fluxo dos usuários nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), partindo do pressuposto de que a recepção é o primeiro contato e que havendo situações imprevistas cuja avaliação e definição de oferta(s) precisa(s) de cuidado não sejam possíveis na recepção, deve haver um espaço adequado para escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde e, em alguns casos, intervenções. Em boa parte dos serviços, esse espaço é uma sala de acolhimento (lugar especificamente tomado com essa função, mas que deve ser visto como um dos momentos e espaços de acolhimento, sem exclusividade, pois há – ou pode haver – acolhimento antes e depois, com ou sem uma sala específica).

Como todo padrão, este, ainda que se aplique a grande número de situações, não pode ser tomado em caráter absoluto, sob pena de gerar problemas decorrentes da falta de mediação e ajuste entre um padrão recomendado e uma realidade com características singulares. O mais importante, nesse desenho, não é a definição da ordem e do local onde cada ação deve ser realizada, mas a lógica dele, que, sinteticamente, supõe:

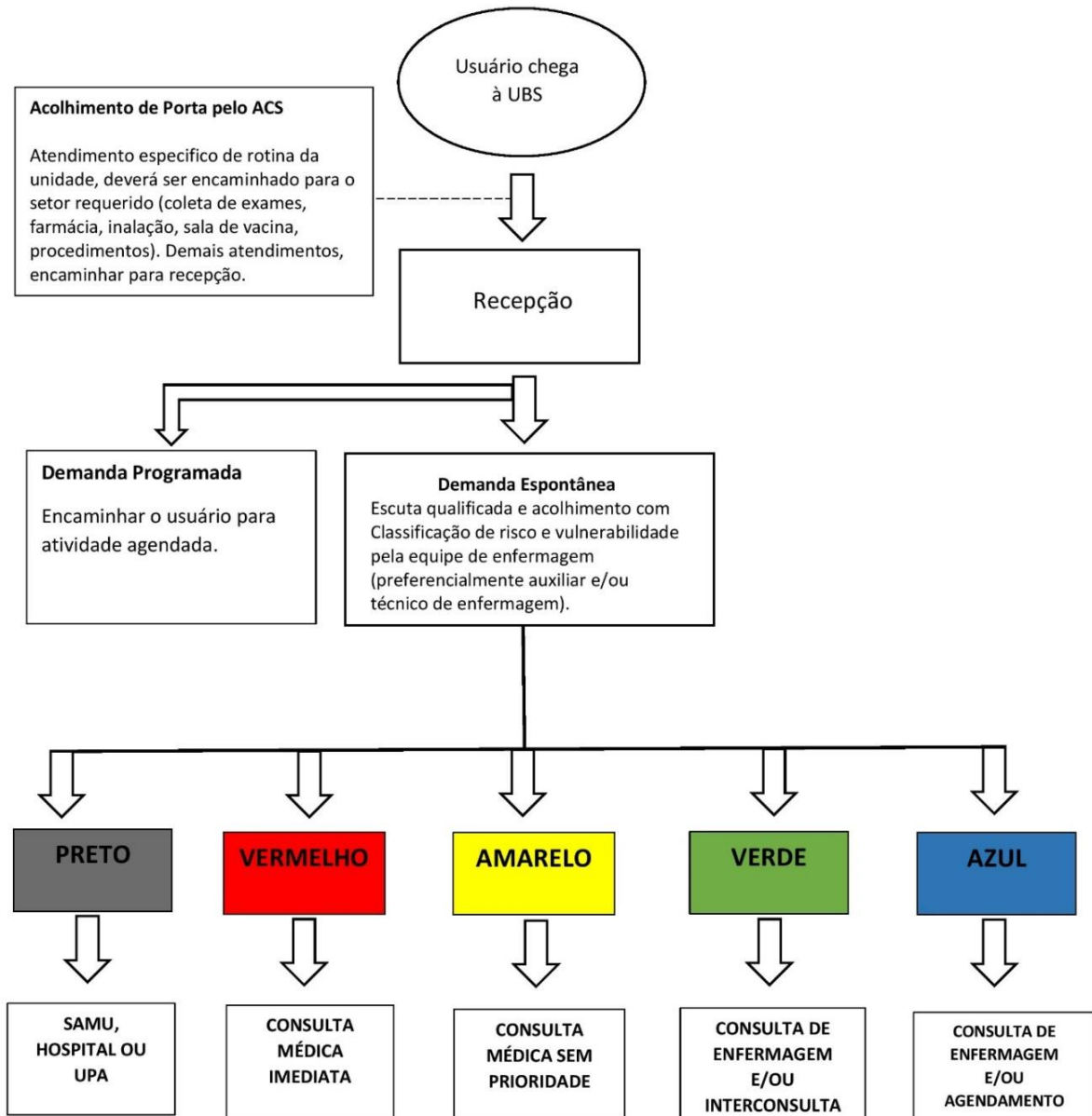
- 1) Que usuários com atividades agendadas (consultas, por exemplo) ou da rotina da unidade (vacina, por exemplo) devem ser recebidos e devidamente



direcionados, evitando esperas desnecessárias com potencial de confusão na recepção;

- 2) Que situações imprevistas são inerentes à vida e, nesse caso, requerem certa organização da unidade e do processo de trabalho da equipe, tanto para compreendê-las quanto para intervir sobre elas;
- 3) Que os trabalhadores encarregados de escutar demandas que surgem espontaneamente (sem agendamento prévio) devem ter: capacidade de analisá-las (identificando riscos e analisando vulnerabilidade), clareza das ofertas de cuidado existentes na UBS, possibilidade de diálogo com outros colegas, algum grau de resolutividade e respaldo para acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários.

Em síntese, este fluxograma deve ser tomado como uma oferta, um ponto de partida possível, uma estratégia de visualização e organização do trabalho coletivo na UBS, devendo, sempre que necessário, ser adaptado, enriquecido, testado e ajustado, considerando a singularidade de cada lugar, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento a necessidades de saúde com equidade, assumindo a perspectiva usuário-centrada como um posicionamento ético político que tem implicações organizativas e no processo de trabalho das equipes.





No fluxograma anteriormente exposto, apresentamos um modo de classificação sintético que correlaciona a avaliação de risco e vulnerabilidade aos modos de intervenção necessários. Nesse caso, adotamos a seguinte classificação:

PRETO (Atendimento imediato – Alto risco de vida):

- Parada cardíaca ou respiratória;
- Perda da força, movimento ou sensibilidade em face, braços e pernas;
- Trauma crânio-encefálico grave (Glasgow < 12): atropelamento, traumas graves;
- Fraturas;
- Dor torácica de início súbito (< 1 hora) em pacientes hipertensos, diabéticos ou cardiopatas;
- Queimaduras graves ou em crianças;
- Inconsciência;
- Hipotermia;
- Insuficiência respiratória (cianose, confusão mental, dificuldade de fala);
- Hemorragia ativa;
- Crise convulsiva;
- Agitação, alucinação, delirium (situações de crise/surto saúde mental).

VERMELHO (Atendimento médico imediato):

- Pressão Arterial > 170/100 mmHg;
- Pressão Arterial < 80/40 mmHg;
- Hipertensão sintomática: PA > 150/100 mmHg com cefaleia, náusea, vômitos, vertigem, etc.;
- HGT > 300mg/dl ou < 70mg/dl;
- Crise asmática;
- Gestantes: dor em baixo ventre, perdas de fluídos vaginais;
- Febre (> Tax 38,5°C);
- Luxações, entorses;
- Sutura;
- Dor aguda < 1 hora com alteração dos sinais vitais;
- Retirada de corpo estranho.

AMARELO (Consulta médica sem prioridade):

- Diarreia aguda (mais de 5 episódios por dia) com sinais de desidratação;
- Dor abdominal aguda;
- Olho vermelho, com irritação conjuntival;
- Sintomas urinários (disúria, oligo-anúria);



- Dor lombar com sintomas urinários ou febre;
- Prostração em crianças;
- Suspeita de varicela;
- Início de método contraceptivo.

VERDE (Consulta de enfermagem e/ou interconsulta médica):

- Tosse, congestão nasal, coriza, dor de garganta e Tax < 38,5°C, resfriado comum;
- Dor crônica com piora recente;
- Atraso menstrual (mais de 10 dias);
- Constipação intestinal;
- Assaduras em bebês;
- Suspeita de pediculose e escabiose;
- Inapetência e hipoatividade em crianças sem alteração de sinais vitais;
- Dor de cabeça ou tontura, sem alteração de sinais vitais;
- Dor de ouvido;
- Diarreia aguda;
- Náuseas e vômitos;
- Azia;
- Parasitose intestinal;
- Dor lombar;
- Problemas de pele mais comum no adulto;
- Cólica menstrual;
- Queixas ginecológicas;
- Feridas e lesões.

AZUL (Consulta de enfermagem e/ou agendamento):

- Problemas ou queixas há mais de 15 dias;
- Renovação de receitas;
- Requisição e/ou retorno de exames;
- Encaminhamento, contra-referências;
- Atestados e laudos.

É oportuno lembrar ainda que, em qualquer situação, a vulnerabilidade deve ser considerada, com o cuidado de perceber se isso deve ser focado de imediato ou num momento posterior (se há alto risco de vida, a prioridade é a preservação da vida, obviamente).

1.3. Avaliação de risco e vulnerabilidade

A fila e a cota de “consultas do dia” (senhas limitadas), além de submeterem as pessoas à espera em situação desconfortável e sem garantia de acesso, são muitas vezes o contrário do princípio da equidade, na medida em que o critério mais comum de acesso, nesses casos, é a ordem de chegada.

Dessa forma, o acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea. A equidade, como princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo/evitando diferenciações injustas e negativas.

Como fazer isso no cotidiano dos serviços, onde muitas vezes chegam, ao mesmo tempo, várias pessoas com necessidades distintas? Uma estratégia importante de garantia de acesso com equidade é a adoção da avaliação/estratificação de risco como ferramenta, possibilitando identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, procedendo às devidas priorizações. Para isso, o trabalho em equipe é fundamental. Já na recepção da unidade, os auxiliares administrativos podem identificar situações que apresentam maior risco ou que geram sofrimento intenso. Por exemplo, uma criança com febre alta, um adulto com cólica renal, um usuário agitado, uma pessoa com dificuldade de respirar, um idoso com dor no peito. O reconhecimento desses e de outros sinais de risco pelos trabalhadores que comumente circulam ou permanecem nas áreas de recepção/esperas pode e deve ser apoiado. Além disso, é recomendável que os demais profissionais façam ativamente esse tipo de observação, sobretudo nos horários em que a unidade de saúde estiver mais cheia. As atividades de “sala de espera”, por exemplo, são também oportunidades de identificação de riscos mais evidentes.

Mas é importante garantir espaços mais reservados para escuta e identificação de riscos, como o atendimento individual de enfermagem. Tanto porque o limiar de dor e o modo de manifestação de sofrimento variam entre as pessoas (nem sempre o risco é facilmente reconhecível), quanto porque há situações em que a exposição pública do sofrimento (ou do motivo da procura) intimida ou desrespeita os usuários. Por exemplo, um jovem com corrimento uretral, uma mulher com amenorreia, uma

pessoa mais tímida ou retraída provavelmente reagirá de forma diferente na recepção.

A estratificação de risco vai orientar não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessário, como também o tempo em que isso deve ocorrer. Na atenção básica, diferentemente de um pronto-socorro, não é necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento médico (após acolhimento inicial), a não ser em situações de alto risco, nas quais a intervenção médica imediata se faz necessária (junto com os outros membros da equipe). Porém, em certas situações, é importante priorizar o atendimento, sob pena de manter a pessoa em sofrimento, por tempo prolongado. E a estratificação de risco pode ser bastante útil nesse sentido.

No entanto, não basta olhar o risco em termos biológicos. É essencial lembrar que há algumas condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas e que o acolhimento representa grande oportunidade de incluí-las, de inseri-las em planos de cuidado. Como uma criança desnutrida que não é levada às consultas de puericultura há oito meses, um homem de 50 anos que vai a um serviço de saúde pela primeira vez depois de muitos anos, uma mulher em idade fértil (sem realizar Papanicolau há quatro anos) que trabalha como diarista (sem carteira assinada) e cuida sozinha de três filhos menores de idade. Se eles procuram a unidade com um problema clinicamente simples e de baixo risco, esse momento é oportuno também para ofertar ou programar outras possibilidades de cuidado.

Em alguns casos, o tato, a competência técnica, o bom senso e a sensibilidade são suficientes para avaliar os casos atendidos, considerando o risco e a vulnerabilidade. No entanto, pode haver dificuldades na estratificação, seja de cunho técnico, seja em termos da aceitação/suporte pelos colegas de trabalho. Por isso é importante que as equipes discutam, que haja troca de conhecimentos, bem como para o entendimento da vulnerabilidade (que, muitas vezes, requer exceção ao que está padronizado).

A natureza da atenção básica, na qual as noções de vinculação, responsabilização, clínica ampliada e gestão do cuidado são fundamentais, exige, de forma bastante evidente, a combinação do olhar sobre riscos e vulnerabilidades. Por várias razões, entre as quais destacamos algumas:

- A presença de condições geradoras de grande vulnerabilidade (riscos sociais ou subjetivos) pode requerer intervenções no mesmo dia (médicas ou não),

agendamento para data próxima ou construção de projeto terapêutico singular em curto prazo, mesmo com risco biológico baixo;

- As classificações devem ser encaradas de maneira dinâmica, já que pode haver mudança no grau de risco de um usuário, estando na unidade ou após ter saído dela;
- Pode haver necessidade de mais de um tipo de intervenção (oferta de cuidado) no mesmo dia ou de programar outra(s) intervenção(ões). Por exemplo, uma criança com febre de 38,5°C e dispneia leve pode receber um antitérmico ou compressa fria (pelo enfermeiro) antes de ser avaliada pelo médico (combinando previamente).

Além disso, escutar a avaliação que os usuários fazem da sua situação é uma atitude de respeito e de apoio à construção de mais autonomia. Em outras palavras, a avaliação de risco e vulnerabilidade devem ser, preferencialmente, um processo dialógico, não unilateral. Isso contribui para o autocuidado, assim como para a solidariedade entre os usuários. Obviamente, se um paciente estiver inconsciente, com dispneia grave ou com uma dor precordial forte, é importante agir imediatamente e dialogar de acordo com a possibilidade do outro.

Ainda, há situações não previstas, como um eventual dia em que a quantidade de atendimentos está abaixo do esperado e os profissionais podem preferir atender pessoas que, em outros momentos de maior demanda, seriam agendadas para próximo dia. Isso otimiza a agenda, responde mais rapidamente a necessidades e pode aumentar a vinculação.



2. DOR DE OUVIDO


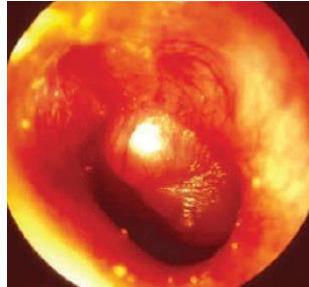
As queixas otológicas são uma das causas mais frequentes de busca de atendimento pelos serviços de atenção primária a saúde, constituindo um importante indicador na avaliação da efetividade destes serviços, principalmente no que se refere a prevenção de internações hospitalares por estas causas. As causas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



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

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



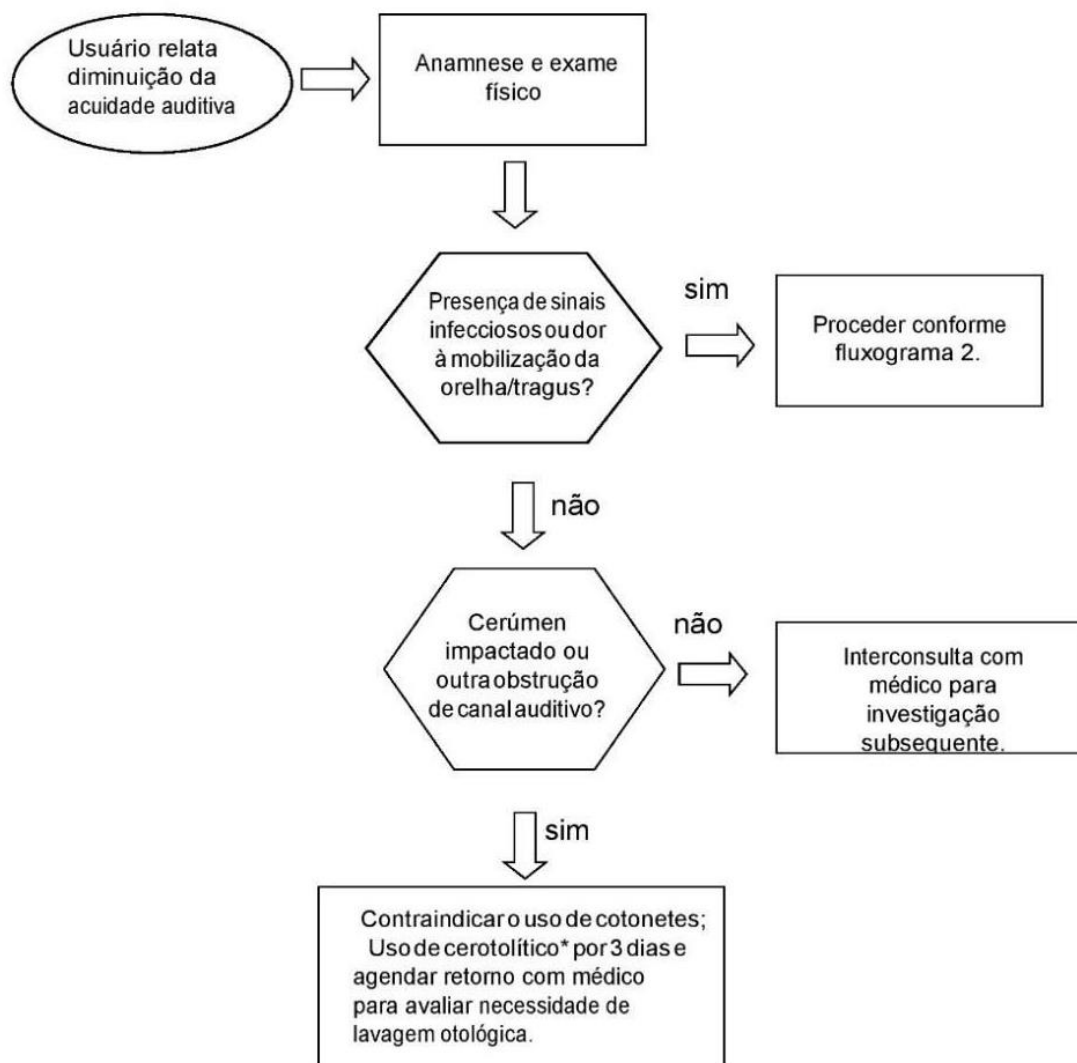
A seguir, observam-se alguns sintomas e fotos sobre aspectos clínicos observáveis na anamnese e exame físico durante a prática do enfermeiro, nas quais as alterações otológicas estão presentes.

Problema	Sinais e sintomas	Exame físico	Tratamento	Foto
Otite externa	Dor e/ou prurido no ouvido, geralmente sem febre.	Aumento da dor a mobilização do pavilhão auricular e palpação do tragus. Otoscopia: Edema e hiperemia do conduto auditivo, podendo ocorrer secreção purulenta secundária. Caso não haja integridade da membrana timpânica, encaminhar para avaliação médica.	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar o uso de cotonetes; • Manter o local seco; • Solução de ácido acético 5%, 5 gotas 8/8 horas por 7 dias; • Se dor: Paracetamol 500-1000 mg ou dipirona 500-1000 mg de 6/6 horas; • Se não houver melhora ou se paciente imunossuprimido, discuta com médico da equipe a necessidade de antibioticoterapia. 	 <p>Fonte: Pack Florianópolis 2016.</p>
Otite média aguda (menos de 2 semanas)	Dor de ouvido de leve a muito intensa com início súbito. A febre pode ocorrer em alguns casos. Otorreia supurativa.	Otoscopia: Opacificação, hiperemia (vermelhidão) e/ou abaulamento timpânico.	<ul style="list-style-type: none"> • Manter local seco e cuidados; • Solicitar avaliação médica em conjunto; • Em alguns casos pode ser necessário uso de antibioticoterapia. <p>Encaminhar com urgência se: edema doloroso retroauricular e/ou rigidez de nuca/meningismo.</p>	 <p>Fonte: Pack Florianópolis 2016.</p>

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

Quadro 1. Problemas mais comuns que geram dor de ouvido

As condutas descritas no Fluxograma 1 abaixo devem ser interpretadas em conjunto com os achados no exame físico e descrições constantes no Quadro 1.

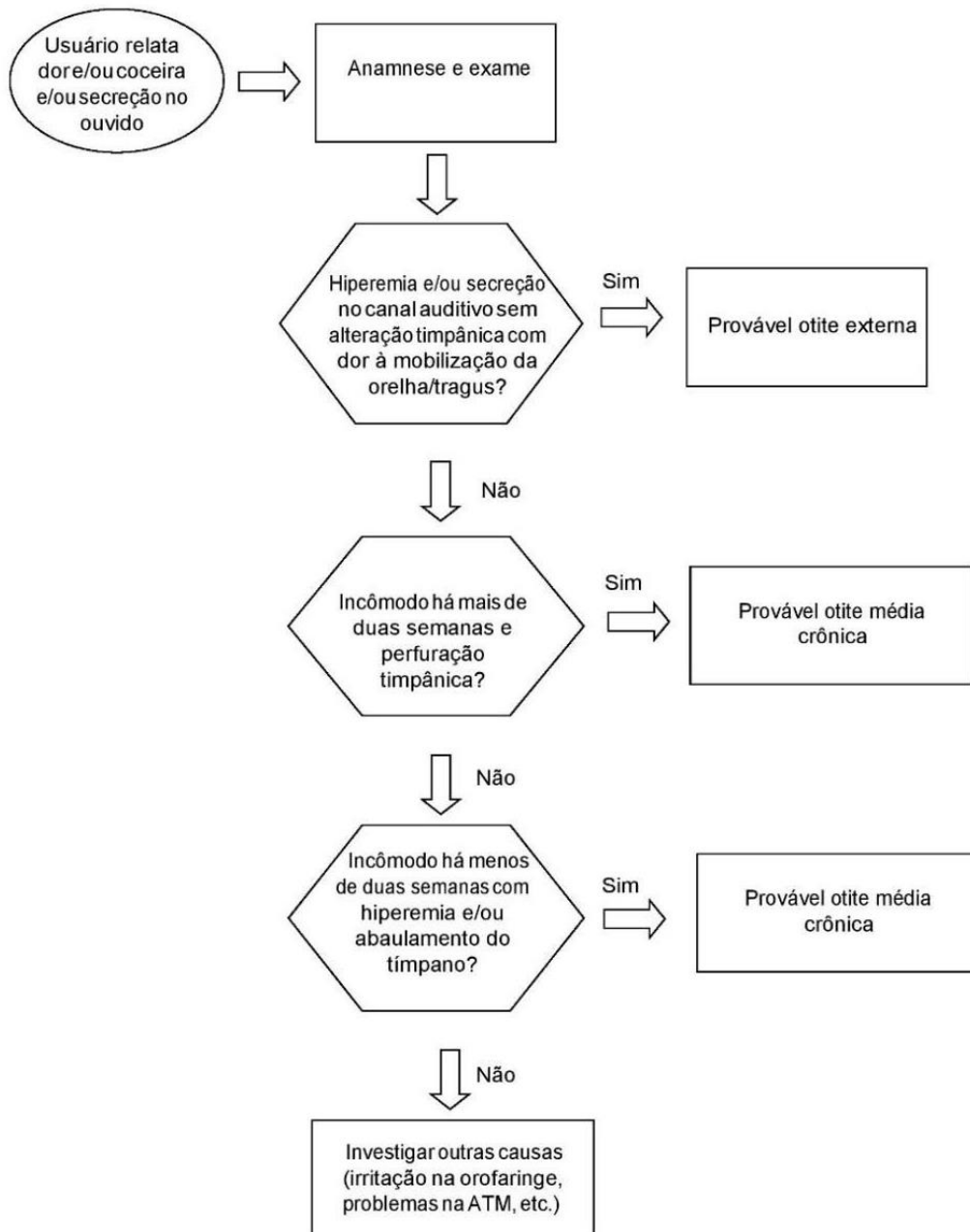


*O enfermeiro poderá prescrever como ceratolítico óleo mineral ou óleo de oliva, sendo utilizado 5 gotas em cada conduto auditivo prejudicado, de 2 a 3 vezes por dia por 3 dias.

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

Fluxograma 1. Diminuição da acuidade auditiva

As condutas descritas no Fluxograma 2 abaixo devem ser interpretadas em conjunto com os achados no exame físico e descrições constantes no Quadro 1.



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

Fluxograma 2. Dor de ouvido e/ou coceira e/ou secreção no ouvido



3. FEBRE

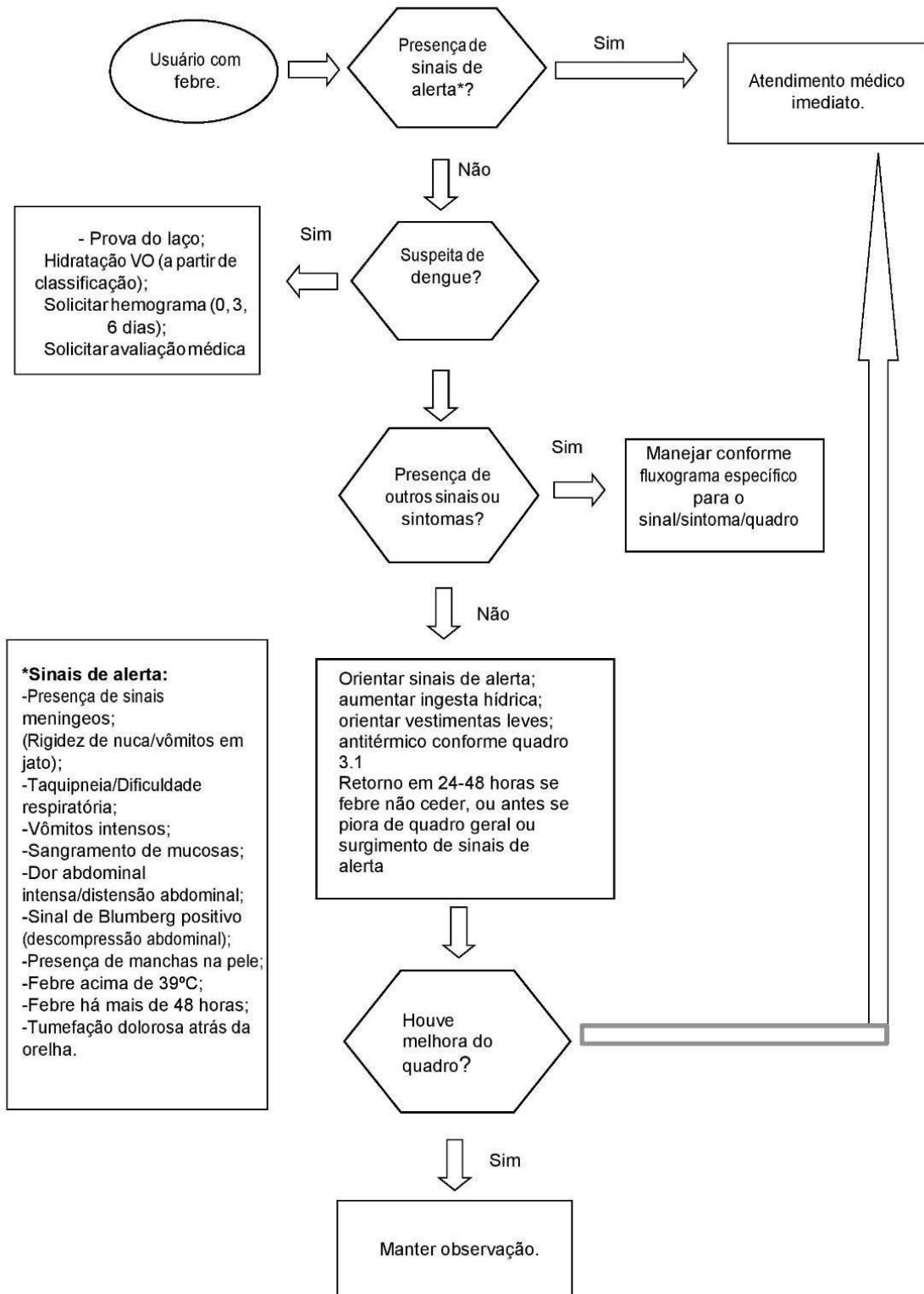
Febre é a elevação da temperatura corporal que pode ser causada por doença, alteração hormonal, ou ingestão de substâncias pirogênicas. A temperatura do nosso corpo é em torno de 36,7°C e considera-se febre em adultos quando acima de 37,7°C. A febre é um sinal que nunca deve ser avaliado separadamente,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

Sinais de alerta para a febre incluem convulsões, letargia ou inconsciência; cefaleia 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 (com ou sem cianose); dor de garganta com pontos necróticos ou quantidade numerosa de placas; dor de ouvido com tumefação dolorosa ao toque atrás da orelha; sinal de Blumberg ou de Giordano positivos, dentre muitos outros. Sendo um achado inespecífico, a investigação clínica tradicional busca outros sinais/sintomas que possa indicar a origem da febre, normalmente envolvendo agentes infecciosos.

As condutas de enfermagem estão especificadas no Quadro 2 a seguir.

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

Quadro 2. Condutas de enfermagem na presença de febre



Fluxograma 3. Febre em adultos

4. CEFALEIA / DOR DE CABEÇA

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

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

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

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



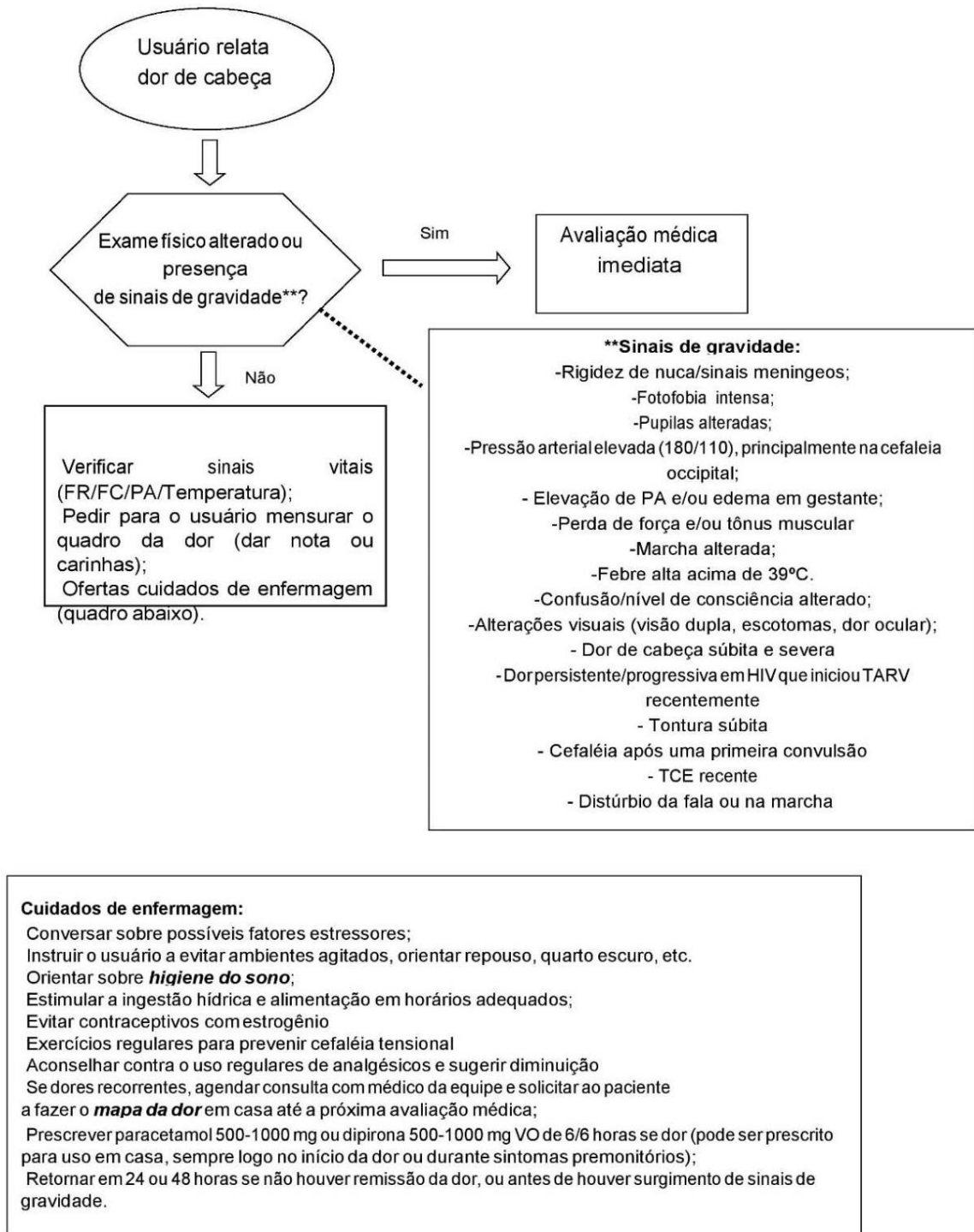
Aspectos relevantes como higiene do sono, a qual nada mais é do que ter uma rotina de cuidados antes de adormecer (banho morno, bebidas mornas, roupas adequadas, etc.), hidratação e um ambiente adequado para dormir, podem promover um aspecto favorável a prevenção de quadros de dor de cabeça.

O Quadro 3 a seguir apresenta as possibilidades de atuação da equipe de Enfermagem a serem empregadas pelo nas crises de cefaleia.

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

Quadro 3. Cuidados da equipe de Enfermagem relacionados a dor de cabeça

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



Fluxograma 4. Cefaleia / dor de cabeça



5. DIARREIA

A diarreia é dividida em aguda e persistente, como mostra o Quadro 4 abaixo:

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

Quadro 4. Classificação da diarreia segundo a duração dos sintomas

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

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

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

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

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

Após avaliação clínica do usuário, estabelece-se qual plano de intervenção será executado. O Quadro 5 a seguir resume os planos de tratamento de desidratação de



acordo com a avaliação clínica inicial, a partir da classificação do grau de desidratação descrita no Quadro 6. O Fluxograma 5 descreve a conduta nos casos de diarreia, bem como náusea e vômitos.

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

Quadro 5. Cuidados da equipe de enfermagem ao paciente com diarreia

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

Quadro 6. Graus de desidratação



6. NÁUSEAS E VÔMITOS

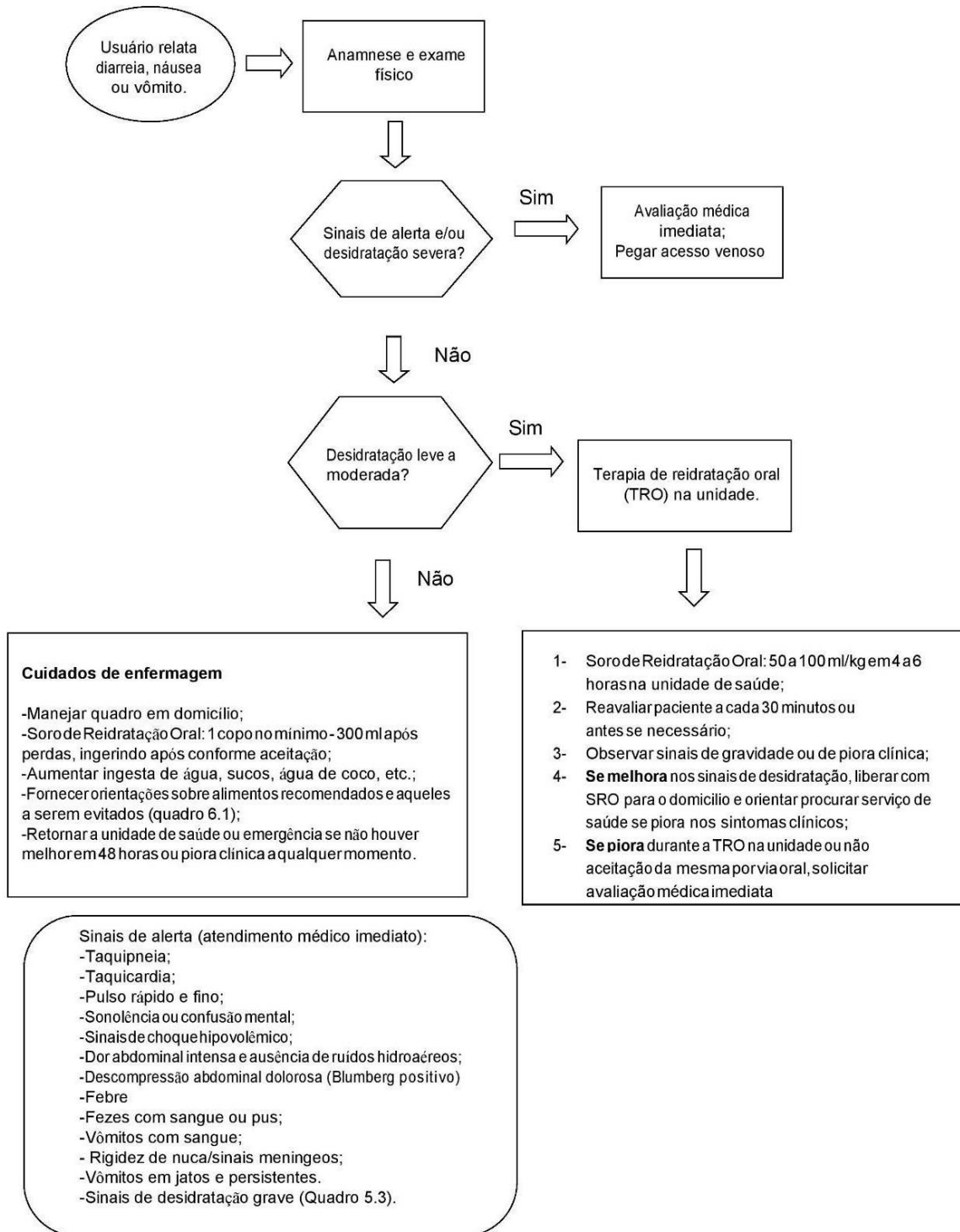
Pode ser entendido como a expulsão oral forçada do conteúdo gástrico, associada à contração da musculatura. Há três fases consecutivas da êmese que incluem náusea, arcadas e vômitos. A náusea é a sensação de necessidade iminente de vomitar que está associado à estase gástrica. As arcadas são os movimentos musculares bruscos, abdominais e torácicos, que precedem o vômito. A fase final da êmese é o vômito, a expulsão forçada do conteúdo gástrico devido à retro peristalse. Deve-se atentar para sinais de distensão abdominal, presença de ruídos hidroaéreos, dor abdominal, presença de massas, dor à descompressão brusca dolorosa, contração abdominal involuntária, icterícia, alterações neurológicas e sinais de desidratação.

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

É fundamental avaliar o grau de hidratação (Quadro 6) e identificar a causa de origem das náuseas e vômitos para a instituição de terapia apropriada orientada pelo diagnóstico, o que frequentemente resulta no controle dos sintomas.

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

Quadro 7. Condutas de enfermagem frente ao quadro de náuseas e vômitos



Fluxograma 5. Diarreia, náusea e vômitos



7. DOR DE GARGANTA

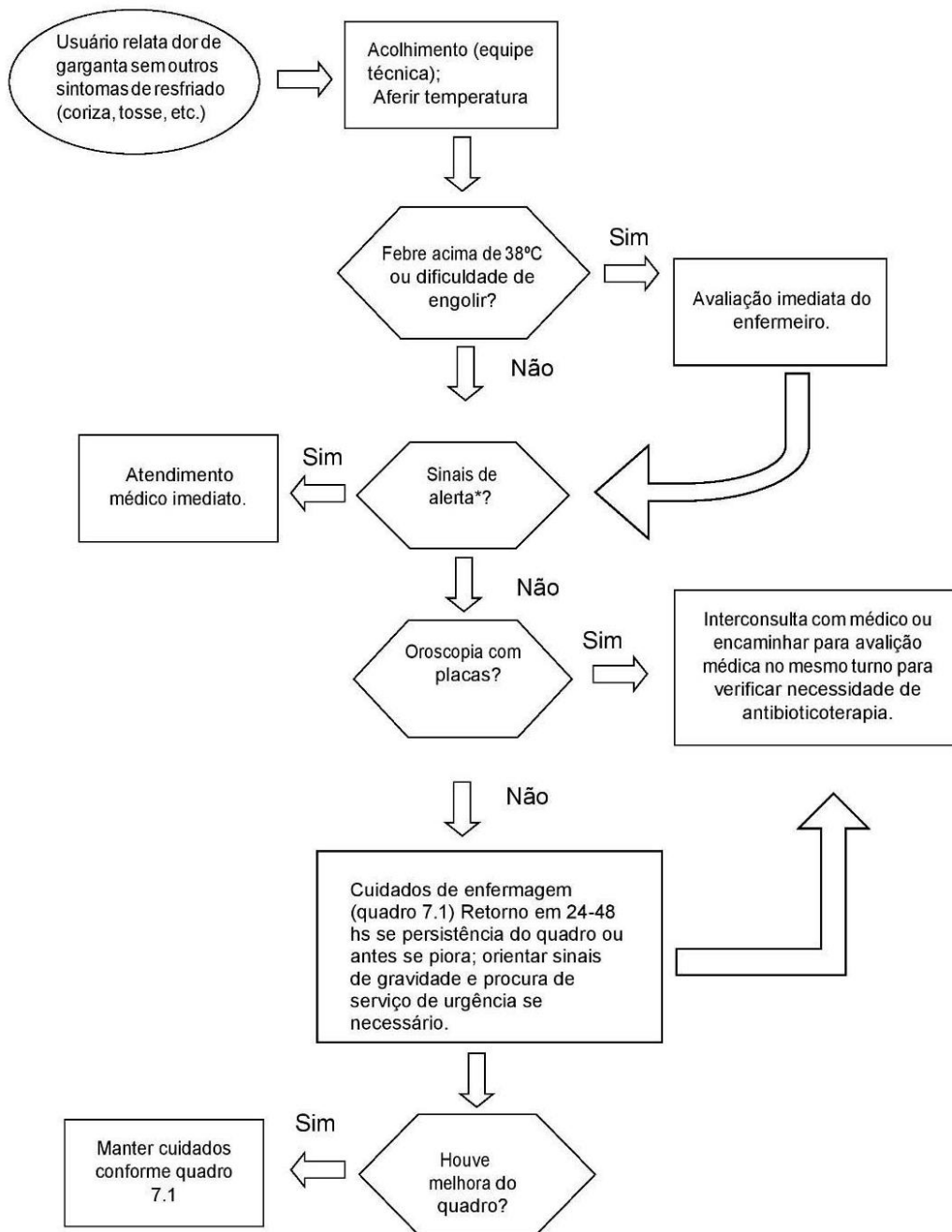
A faringite infecciosa aguda é a principal causa de dor de garganta e mais de 50% das faringites são de etiologia viral. A clínica é de dor de garganta, febre e mal-estar. O mal-estar costuma ser menor do que o provocado pelas infecções bacterianas. Alguns sintomas são comuns e ajudam a suspeitar da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

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

A conduta para esta queixa segue no Quadro 8 abaixo.

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

Quadro 8. Conduas de enfermagem frente ao quadro de dor de garganta



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

Fluxograma 6. Dor de garganta em adultos



8. AZIA (PIROSE)

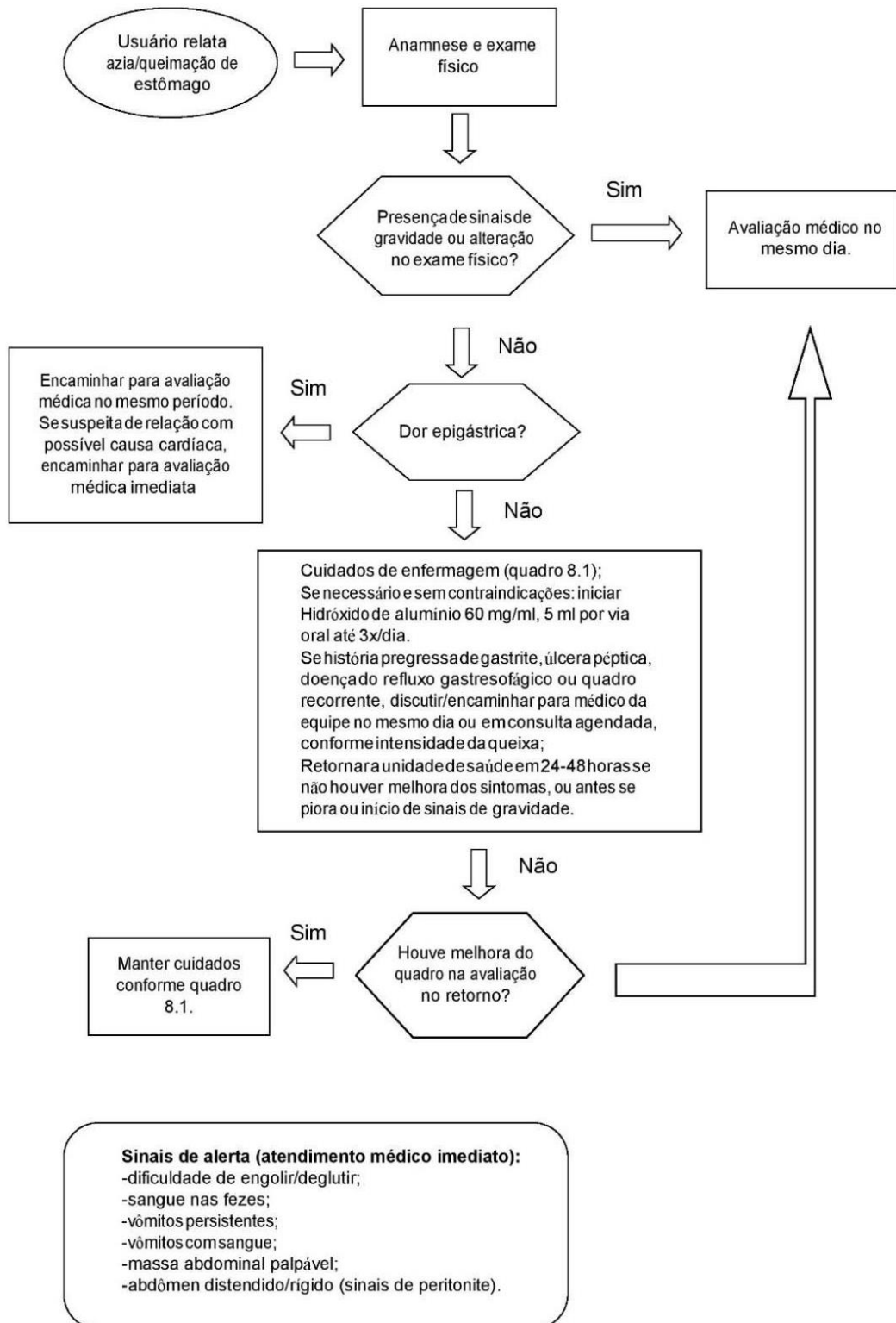
É uma sensação de dor ou queimação no esôfago, logo abaixo do esterno, que é causado pela regurgitação de ácido gástrico.

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

A consulta de enfermagem deve conter os seguintes questionamentos: tempo de evolução, hábitos alimentares, gravidez, estado emocional, tabagismo, episódio único ou repetitivo, uso de medicação (analgésicos, anti-inflamatório, antibióticos, etc.), doenças associadas. A conduta para esta queixa segue no Quadro 9 a seguir.

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

Quadro 9. Condutas de enfermagem frente aos sintomas de azia/pirose



Fluxograma 7. Condutas frente à queixa de azia (pirose)



9. CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

O atendimento de enfermagem consiste em avaliar o tempo de evolução, atendimentos anteriores com a mesma queixa, hábitos alimentares, consistência e aspecto das fezes, hábito intestinal, dor, distensão abdominal e flatulência. Verificar a presença de queixas associadas: distúrbios anorretais, hemorroidas, fissuras ou sangramentos por esforço ao evacuar.

O Quadro 10 exhibe possíveis condutas da equipe de enfermagem perante o quadro de constipação intestinal, sempre observando os sinais de alerta exibidos no Quadro 11.

Tipo de consulta	Conduta	Quem pode fazer?
Condutas não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none">Aumentar a ingestão hídrica;Avaliação alimentar com orientações de aumento de alimentos ricos em fibras (verduras, feijão, aveia, milho cozido, brócolis, couve flor, rabanete, quiabo, ervilha, vagem, dobradinha, abacate, mamão, laranja com bagaço, melancia, uva e azeite. Evitar alimentos como cenoura cozida, batata, maçã, banana maçã, arroz em grande quantidade, bolachas);Incentivar atividade física regular.	Enfermeiro
Condutas medicamentosas	<ul style="list-style-type: none">Prescrever LACTULOSE 667mg/ml 15 ml à noite e outra dosagem no dia seguinte ao despertar. Caso não obtenha êxito, aumente a dosagem para 30 ml (2 colheres de sopa) à noite e 15 ml pela manhã.	Enfermeiro

Quadro 10. Condutas de enfermagem na queixa de constipação intestinal

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

Quadro 11. Sinais de alerta no quadro de constipação intestinal



10. PARASITOSE INTESTINAL / VERMINOSE

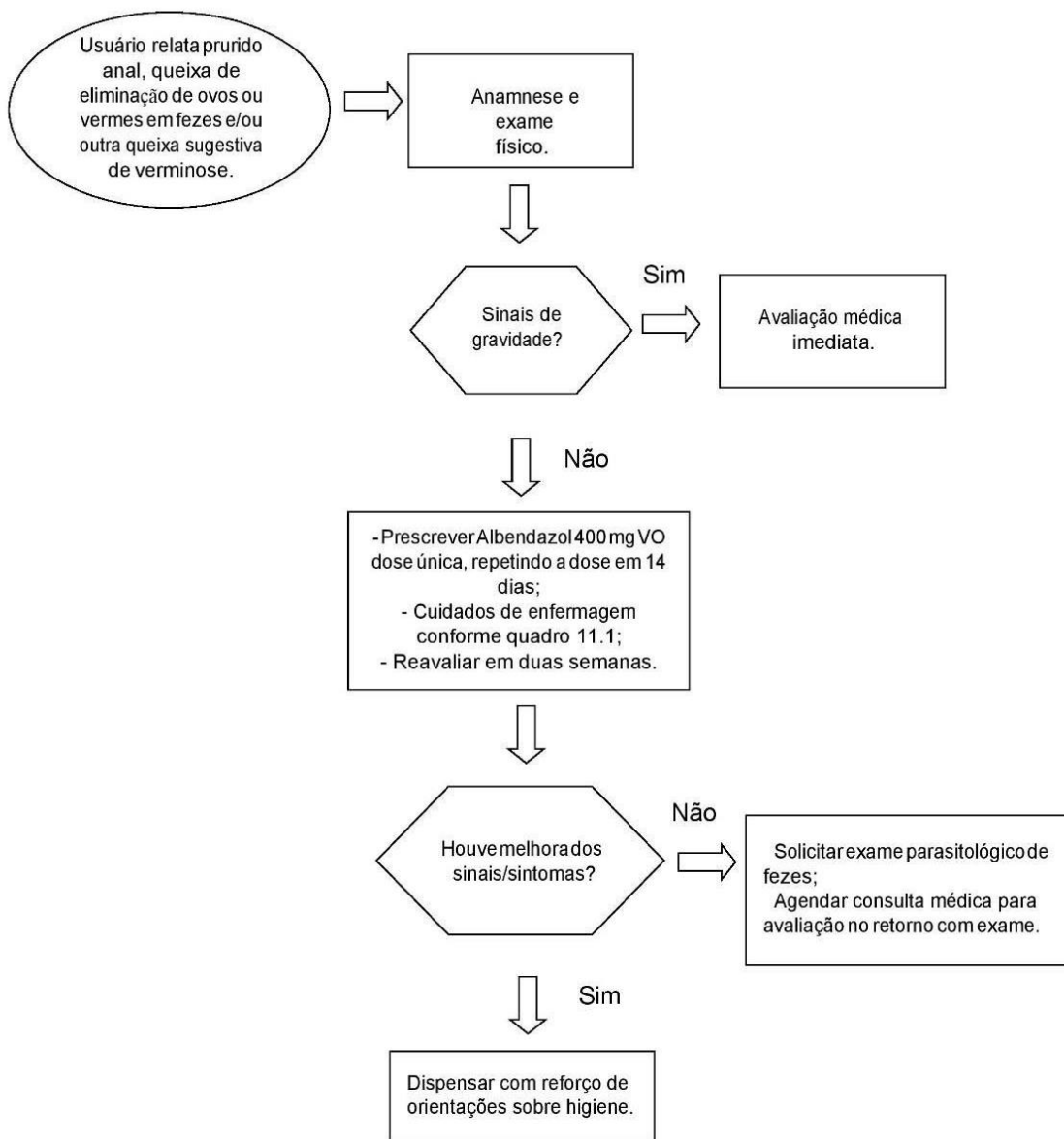
As parasitoses intestinais se apresentam como importante problema de saúde pública e sua ocorrência refletem as desigualdades no desenvolvimento socioeconômico e as diferenças nas condições de vida da população. As precárias condições de habitação e do saneamento básico favorecem as infecções, inclusive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

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

A conduta para esta queixa segue no Quadro 12 a seguir.

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

Quadro 12. Conduta de enfermagem na parasitose intestinal



Sinais de Gravidade (atendimento médico imediato):

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

Fluxograma 8. Parasitose intestinal / Verminose



11. DOR LOMBAR / DOR NAS COSTAS

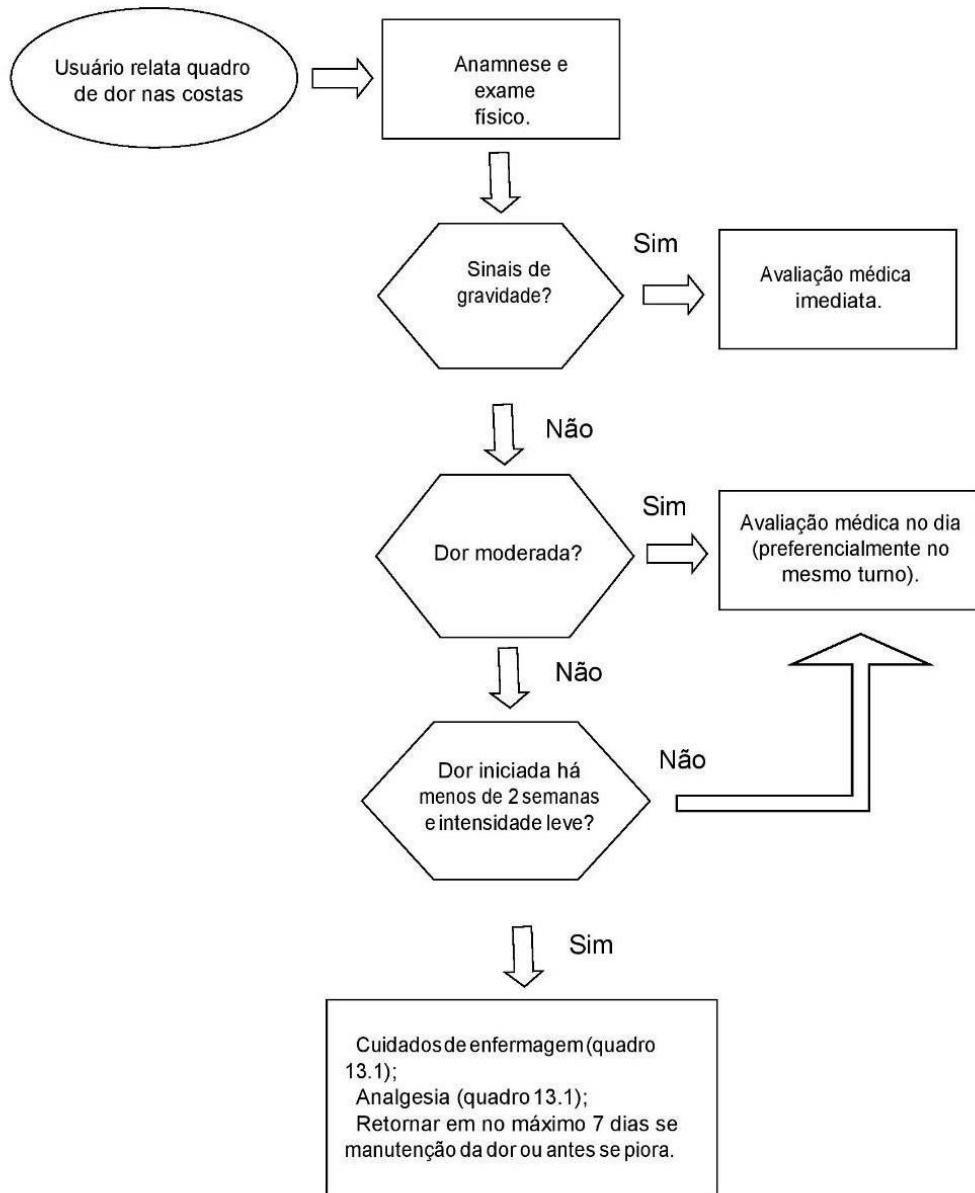
A dor lombar ou lombalgia é ainda uma das principais causas de procura pelo acolhimento da APS. Neste sentido, o papel da enfermagem é de extrema relevância no que tange a abordagem e no manejo da mesma, sendo com medidas não farmacológicas e mudanças posturais e de estilo de vida, seja na identificação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

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

O Fluxograma 9 e o Quadro 13 abaixo apresentam orientações que auxiliarão o enfermeiro na tomada de decisão, bem nortearão o mesmo na discussão de caso com o médico da equipe, a fim da melhor escolha de conduta clínica seja ela através da interconsulta ou da própria tomada de decisão do enfermeiro.

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

Quadro 13. Conduas de enfermagem frente a queixas de dor lombar



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

Fluxograma 9. Dor nas costas



12. RESFRIADO COMUM

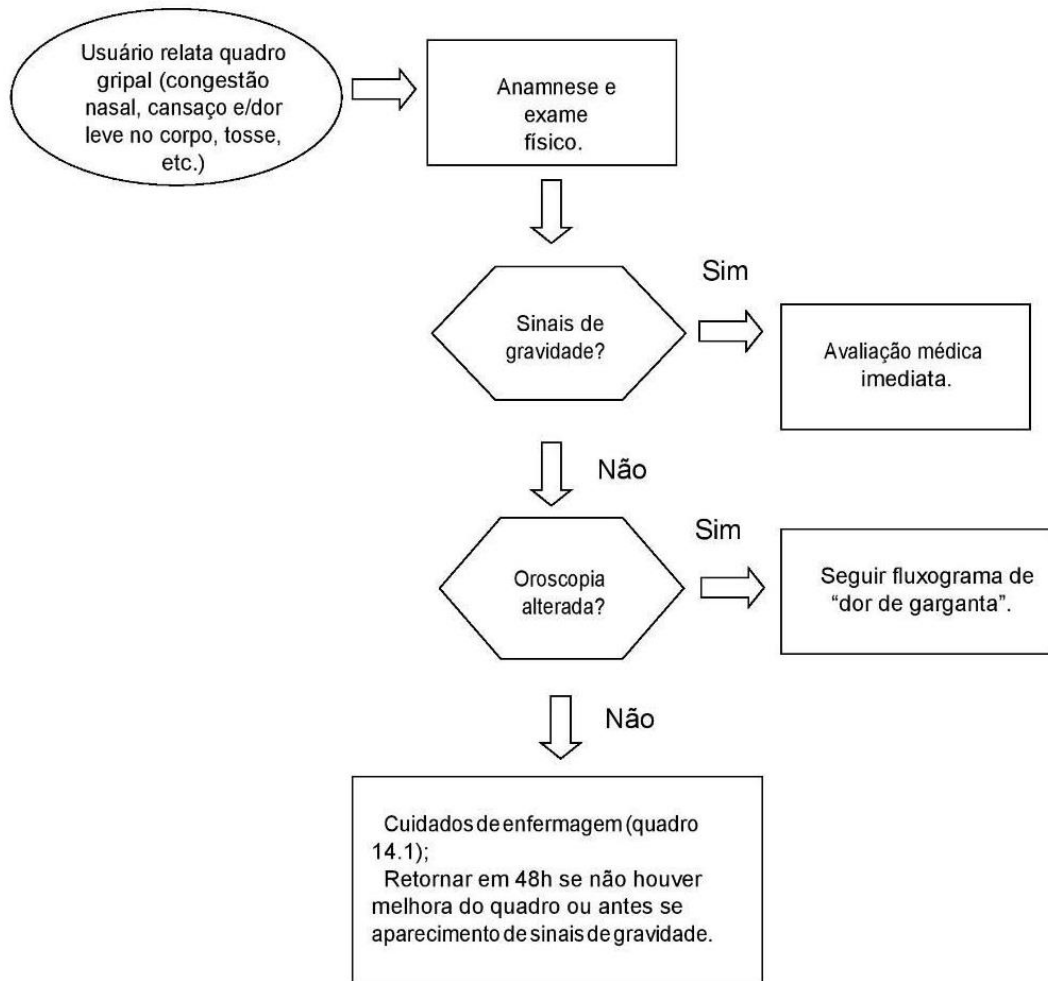
O resfriado comum, mais conhecido como infecção das vias aéreas superiores (IVAS), constitui causa comum de consultas de enfermagem na atenção primária e dentro do contexto da saúde da família. Na ausência de fatores de risco ou sinais de gravidade, deve ser manejado inicialmente pelos profissionais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

O Fluxograma 10, que trata do acompanhamento das IVAS, tenta auxiliar a equipe de enfermagem no manejo e na identificação de sinais de gravidade, os quais deverão ser encaminhados prontamente ao médico da equipe ou na falta deste, serem referenciados a emergência hospitalar ou acionados o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU).

Na suspeita de gravidade, observar o descrito no anexo III.

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Conduta não medicamentosa	<ul style="list-style-type: none">• Aumentar a ingestão de líquidos (água, sucos, chás, sopas, etc.);• Aumentar a ingestão de alimentos ricos em vitamina C;• Orientar repouso;• Se tosse produtiva persistente por mais de 3 semanas, solicitar baciloscopia de escarro;• Orientar vacinação se paciente > 60 anos ou restrito ao leito/institucionalizado ou HIV positivo ou com DPOC, depois que os sintomas do episódio cessarem;• Orientar o paciente a retornar se não houver melhora do quadro após 48 horas, ou antes se piora ou surgimento de sinais de gravidade.	Enfermeiro
Conduta medicamentosa	<ul style="list-style-type: none">• Paracetamol ou dipirona 500 mg VO de 6/6 horas se dor;• Lavar o nariz com solução fisiológica 0,9% ou solução caseira (soro caseiro) – uma a duas aplicações por dia com jatos de 20 ml, colocando a solução em uma narina e deixando sair pela outra; ou, pelo menos, utilizar essa mesma solução pingando 4 gotas em cada narina 4x/dia, o que já promove alguma melhora.	Enfermeiro/Médico

Quadro 14. Condutas de enfermagem frente a queixas de resfriado comum



Sinais de gravidade (atendimento médico imediato):
Dispneia ou FR alterada;
Febre > 38°C;
Tosse persistente e/ou muito produtiva;
Secreção nasal ou tosse amarelo-esverdeado em grande quantidade.

Fatores de risco (exigem avaliação médica em conjunto):
Gestação e puerpério;
População idosa (acima de 60 anos);
População indígena;
Cardiopatias;
Imunossupressão;
Nefropatias;
Diabetes de difícil controle;
Distúrbios hematológicos;
Transtornos neurológicos;
Obesidade.

Fluxograma 10. Manejo de resfriado



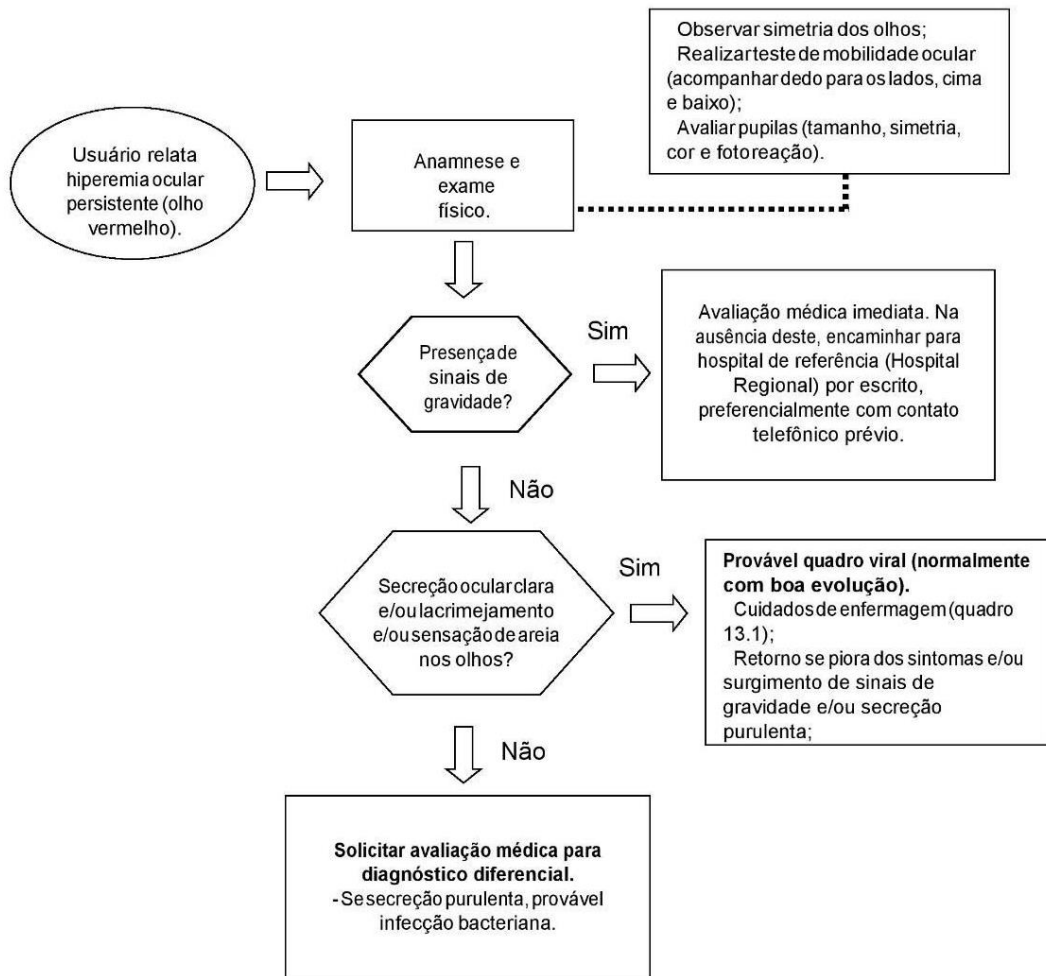
13. OLHO VERMELHO

Sintoma muito comum na prática da clínica de enfermagem da atenção primária, o olho vermelho geralmente é um sinal claro de conjuntivite a qual pode ser de etiologia viral ou bacteriana. Este, geralmente, é um problema localizado o qual apresenta uma solução de fácil manejo, mas que deve ser trabalhada principalmente quanto aos aspectos de contágio, pois tanto o processo de natureza viral quanto bacteriana são muito fáceis de disseminarem.

O Quadro 15 abaixo apresenta os aspectos de manejo pela equipe de enfermagem.

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

Quadro 15. Condutas de enfermagem frente a queixas de olho vermelho/conjuntivite



Sinais de gravidade (atendimento médico imediato):



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

Fluxograma 11. Olho vermelho



14. PROBLEMAS DA PELE MAIS COMUNS NO ADULTO NA APS

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

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

Condição/Problema	Sinais e sintomas	Como tratar	Quem pode fazer?
<p>Escabiose (sarna)</p> <p>Agente etiológico: <i>Sarcoptes scabiei</i></p>  <p>Fonte: Pack Florianópolis 2016.</p>  <p>Fonte: Pack Florianópolis 2016.</p>	<p>Sinais e sintomas: As áreas de lesões mais comuns são entre os dedos das mãos e podem se estender para punhos (face anterior), região inguinal e coxas, região periumbilical, nádegas, axilas, cotovelo e couro cabeludo. Erupção pápulo eritomatosa em consequência da infestação e da reação de hipersensibilidade ao ácaro, sendo uma lesão que apresenta como característica principal a formação de cavitações (pequenos túneis sobre a pele). O prurido se manifesta intensamente principalmente no período da noite, podendo ocorrer durante o dia também.</p>	<p>Como tratar: Orientar sobre transmissibilidade, prevenção, higiene pessoal e identificar contatos. Roupas em geral e de cama devem ser lavadas e passadas a ferro a fim de eliminar a presença do agente causador.</p> <hr/> <p>Prescrever: Loção de Deltametrina 0.02% 100 ml - LIQ. Aplicação à noite (retirar no banho após 8-12h) sendo 2 aplicações com intervalo 1 semana entre elas. A aplicação deve ocorrer em todo o corpo (pescoço para baixo), independentemente da região onde estão as lesões já que o parasita costumeiramente está alojado em outras partes também.</p>	<p>Enfermeiro</p>

<p>Pediculose (piolho)</p> <p>Agente etiológico: <i>Pediculus capitis</i></p>  <p>Fonte: Pack Florianópolis 2016.</p>	<p>Sinais e sintomas: Presença de parasitas (vulgo piolho) ou ovos do parasita em couro cabeludo. Atentar para presença de feridas em couro cabeludo e cuidar com sinais de infecção secundária, a qual na presença deve também ser manejada com o uso de antibióticos conforme conduta do médico da equipe (interconsulta/consulta conjunta)</p>	<p>Como tratar: Passar frequentemente o pente fino no mínimo uma vez ao dia e lavar o mesmo com água corrente, sabão e se possível álcool; retirar todas as lêndeas. Ferver os objetos pessoais, tais como: pente, boné, lençol e roupas.</p> <hr/> <p>Prescrever: Loção Deltametrina 0.02% 100 ml – XAMP, sendo a aplicação durante o banho. Deixar agir por 5 (cinco) minutos e enxaguar. Repetir 3x por semana por uma semana em dias intercalados</p>	<p>Enfermeiro</p>
<p>Micose (Impingem)</p>  <p>Fonte: Pack Florianópolis 2016.</p>	<p>Sinais e sintomas: Lesões circulares e pruriginosas, com descamação de crescimento lento e bordas elevadas, tendo como áreas mais comuns as axilas e região da virilha.</p>	<p>Como tratar: Evitar contato direto ou indireto com pacientes ou animais com sintomas. Identificação e tratamento de animais domésticos infectantes; lavar adequadamente roupas pessoais, de banho e de cama com água quente ou passar a ferro quente.</p> <hr/> <p>Prescrever: Miconazol, Nitrato 20 mg/g 80g 2x/dia por 7 a 14 dias. Se lesões extensas, encaminhar ou discutir com médico da equipe uso de antifúngico sistêmico.</p>	<p>Enfermeiro</p>

<p>Pé-de-atleta / frieira</p>  <p>Foto: Pack Florianópolis 2016.</p>	<p>Sinais e sintomas: Lesões descamativas úmidas entre os dedos ou nas plantas dos pés.</p>	<p>Como tratar: Lavar e secar bem os pés. Orientar o uso de calçados abertos / sandálias; Orientar exposição solar de sapato fechados.</p> <hr/> <p>Prescrever: Miconazol Loção 2% - FR 12/12 horas por 4 a 14 dias. Se presença de lesões extensas ou infecção secundária, encaminhar/discutir com médico da equipe.</p>	<p>Enfermeiro</p>
<p>Miase Furunculoide (Berne)</p> <p>Agente etiológico: <i>Dermatobia hominis</i> ou <i>Callitroga americana</i>.</p>  <p>Fonte: Pack Florianópolis 2016.</p>	<p>Sinais e sintomas: Lesão nodular que surge com o desenvolvimento da larva, apresentando orifício central com secreção serosa. A lesão é dolorosa e o paciente sente a sensação de "ferroada/mordida". Observar sinais infecciosos e na presença dos mesmos, encaminhar para avaliação médica (consulta conjunta ou interconsulta).</p>	<p>Como tratar: Oclusão do orifício com esparadrapo é a principal conduta. Encaminhar para imunização dT ou completar esquema vacinal se necessário. Orientar retorno em 24 horas, com orifício ocluído afim de retirada da larva. Retirada com pinça da larva, tomando o cuidado para não romper a mesma.</p>	<p>Enfermeiro</p>

<p>Larva Migrans (bicho geográfico) (CIAP/CIPE)</p> <p>Agentes etiológicos: Ancylostoma caninum, Ancylostoma brasiliensis e Strongiloides stercoralis.</p>  <p>Fonte: Pack Florianópolis 2016.</p>	<p>Sinais e sintomas: Erupção linear, serpiginosa, eritematosa, discretamente elevada e muito pruriginosa.</p>	<p>Como tratar: Orientar compressas frias no local com gelo (alívio de sintomas); orientar medidas de controle, evitar áreas arenosas, sombreadas ou úmidas. Proibir cães e gatos em praia.</p> <hr/> <p>Prescrever: Albendazol 400 mg ao dia 3 dias (não pode ser utilizado em gestante).</p>	<p>Enfermeiro</p>
<p>Paroniquia aguda</p>  <p>Fonte: Pack Florianópolis 2016.</p>	<p>Sinais e sintomas: Dor, vermelhidão e inchaço em pregas ungueais, podendo haver pus. Problema frequentemente associado a história de trauma, por exemplo retirar a cutícula ou roer as unhas.</p>	<p>Como tratar: Curativo local e orientar o paciente a não traumatizar novamente a unha. Solução salina (salmoura) morna duas vezes ao dia para alívio sintomática e diminuição da infecção. Se houver pus (limitado a prega ungueal) realizar drenagem local com bisturi ou agulha. Encaminhar e/ou discutir com médico da equipe naqueles casos de pacientes com risco de cicatrização, realizando o procedimento após esta interconsulta.</p> <hr/> <p>Prescrever (até pregas ungueais): Bacitracina+Neomicina 10 g – CREM aplicada sobre as áreas afetadas duas a três vezes por dia, até desaparecimentos dos sintomas. Se dor intensa, infecção além das pregas ungueais, lesões herpéticas no local ou temperatura acima de 38°C, encaminhe para avaliação do médico da equipe.</p>	<p>Enfermeiro</p>

<p>Alteração cutânea difusa por fungo (pano branco)</p> <p>Agente etiológico: Malassezia globosa e Malassezia sympodialis</p>  <p>Fonte: Pack Florianópolis 2016.</p>	<p>Sinais e sintomas: Máculas descamativas coalescentes hipopigmentadas (mais comum) ou hiperpigmentadas no tronco, face, pescoço e membros superiores. É mais comum nos meses de verão em adolescentes e adultos jovens, favorece áreas oleosas da pele e geralmente apresenta uma natureza recidivante que requer tratamento frequente; prurido é raro.</p>	<p>Como tratar Orientar que as mudanças na pigmentação da pele normalmente persistem após o término do tratamento. O retorno à coloração normalmente leva meses após o término da terapia. Contato direto não transmite. Lesões não são decorrentes de má higiene.</p> <hr/> <p>Tratamento medicamentoso: Miconazol Loção 2% - FR.: aplicar em todo o pescoço, tronco, braços e pernas duas vezes ao dia por 2 semanas.</p>	<p>Enfermeiro</p>
<p>Verrugas comuns</p> <p>Agente etiológico: Papilomavirus humano (HPV)</p>  <p>Fonte: Pack Florianópolis 2016.</p>	<p>Sinais e sintomas: As verrugas são elevadas, arredondadas, com pápulas cutâneas hiperkeratóticas com uma superfície áspera branca-acinzentada ou marrom claro. Embora as lesões possam ocorrer em qualquer local, elas tendem a ocorrer em locais propensos a trauma, como joelhos, cotovelos e dedos das mãos. Podem se manifestar como um pedúnculo com várias espículas.</p>	<p>Como tratar: Evitar roer unhas. Evitar deixar os dedos imersos em água por muito tempo. Evitar o contato repetitivo com carnes ou peixes crus sem proteção (luvas); Secar totalmente membros e dedos após natação ou exposição a água fresca; Evitar o contato pele a pele com pessoas afetadas.</p>	<p>Enfermeiro</p>

Quadro 16. Problemas de pele mais comuns na APS e condutas de enfermagem



15. ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NAS SITUAÇÕES DE DEMANDAS DA SAÚDE MENTAL.

15.1. Risco de suicídio

O auxiliar e/ou enfermeiro na abordagem ao paciente com sofrimento mental deve avaliar o risco de suicídio. Perguntar ao paciente sobre ideação suicida não induz ao suicídio, e pode tranquilizá-lo, por perceber que pode falar abertamente de todos os aspectos de sua condição sem ser julgado.

Todos os pacientes com depressão, unipolar ou bipolar, moderada a grave, além dos episódios mistos, devem ser perguntados abertamente e especificamente sobre ideação, planos e tentativas de suicídio.

O Quadro 17 apresenta algumas questões importantes a serem avaliadas.

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

Avaliar presença de ideação, intenção ou plano suicida.

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

Questionar sobre tentativas prévias e a gravidade dos intentos.

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

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

Avaliar presença de sintomas psicóticos, alucinações de comando ou ansiedade severa. Exacerbação aguda dos sintomas de episódio maníaco ou depressivo grave.

Verificar história familiar de ou exposição recente a suicídio

Avaliar presença ou ausência de suporte familiar/social

Quadro 17. Fatores a serem observados na avaliação do quadro de ideação suicida

Se observado que o paciente encontra-se em risco de suicídio, um plano de crise deve ser desenvolvido em colaboração com o paciente, a intervenção com maior grau de recomendação para diminuição do risco de suicídio é o tratamento adequado e eficaz dos pacientes. O Quadro 18 apresenta condutas básicas para equipe de enfermagem.



O que fazer?	Quem?
Identificar e criar junto com paciente uma lista de gatilhos potencialmente identificados, no âmbito pessoal, social e ambiental bem como sintomas iniciais de recaída.	Enfermeiro
Acionar rede de contato do paciente para acompanhar paciente durante a crise	Enfermeiro
Afastar meios de realização do suicídio. Ex: deixar uma limitada quantidade de medicação psicotrópica com o paciente durante períodos de alto risco de suicídio.	Enfermeiro
Deixar claro como o paciente ou cuidador podem acessar cuidados: os nomes dos profissionais de saúde em atenção primária e secundária que se comprometeram com o plano de crise.	Enfermeiro
Realizar pacto anti-suicida.	Enfermeiro
Definir local de tratamento: pode ser considerado para tratamento ambulatorial o paciente com ideação suicida crônica e/ou autolesão sem repercussão clínica grave, com apoio familiar e psicossocial estáveis e/ou acompanhamento psiquiátrico ambulatorial já em andamento.	Enfermeiro e/ou Médico
Medidas gerais: Quando optamos por não internar um paciente com risco de suicídio, devem ser orientadas medidas como tirar armas de fogo e facas da casa, não deixar medicamentos ou produtos tóxicos acessíveis, manter algum familiar ou amigo constantemente presente. Estas medidas simples podem diminuir o acesso do paciente a meios de se lesar e diminuir as chances de suicídio.	Enfermeiro

Quadro 18. Condutas básicas em relação ao suicídio.



O Quadro 19 abaixo apresenta uma das escalas para classificação do grau de risco de suicídio, sintoma, avaliação e ação.

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

Quadro 19. Risco de suicídio: Identificação, avaliação e plano de ação

15.2. Intoxicação alcoólica aguda

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

Os principais sinais e sintomas de intoxicação por álcool são: rubor facial, euforia, alterações da fala, fala pastosa, alteração no raciocínio lógico, alterações na coordenação motora, andar cambaleante, dificuldade de manter o equilíbrio, podendo evoluir para tontura, ataxia e incoordenação motora mais acentuada,



passando para confusão, desorientação e atingindo graus variáveis de anestesia, entre eles estupor e coma.

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

As condutas de enfermagem frente ao quadro de intoxicação alcoólica aguda estão contidas no Quadro 20 a seguir.

Tipo de conduta	Conduta	Quem pode fazer?
Intervenções não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none">• Assegurar interrupção da ingestão do álcool;• Proporcionar ambiente seguro e livre de estímulos (sala de observação);• Abordar paciente em três pessoas;• Posicionar paciente em decúbito lateral evitando bronco aspiração em caso de rebaixamento do nível de consciência;• Monitoramento dos sinais;• Avaliar nível de consciência (Glasgow < 13 acionar médico);• No caso de agitação psicomotora com hetero ou auto agressividade;• Mobilizar equipe para abordagem e caso não seja eficaz iniciar contenção física no leito;• Acionar rede de contatos do paciente (familiares);• Realizar escuta do paciente e do familiar, se possível;• Realizar aconselhamento e intervenção buscando um vínculo com paciente;• Ofertar tratamento;• Caso necessário, encaminhar para serviço de urgência e emergência após avaliação médica.	Enfermeiro

Quadro 20. Condutas da Enfermagem frente ao quadro de intoxicação aguda por álcool

15.3. Síndrome de abstinência do álcool (SAA)

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



Para Diehl; Laranjeira (2010, p.94), a SAA caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas que surgem já nas primeiras 6 horas após a diminuição ou interrupção do uso do álcool.

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

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



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

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

Esta escala permite classificar em SAA I leve e moderado e SAA II grave. O nível de gravidade da SAA aferido pela CIWA-Ar pode determinar a escolha do local mais adequado: com escore igual ou maior que 20, o paciente deve ser encaminhado para serviço de urgência e emergência para avaliar a necessidade e disponibilidade de uma unidade hospitalar para internação.

Escore menores permitem a desintoxicação domiciliar ou ambulatorial (com seguimento intensivo pelos centros de saúde e/ou CAPS AD), dependendo dos recursos clínicos, psíquicos, sociais e do local. O manejo clínico e medicamentoso dos pacientes também está condicionado à gravidade da SAA. Pacientes com SAA nível I podem receber tratamento ambulatorial (unidade de saúde e/ou CAPS AD).



As consultas devem ser frequentes. O paciente e sua família devem ser orientados sobre a doença e da necessidade de buscarem uma sala de emergência caso haja agravamento clínico.

O Quadro 21 abaixo apresenta o apoio mínimo que pode ser dispensado pela equipe de enfermagem ao usuário com SAA.

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

Quadro 21. Condutas básicas de Enfermagem frente ao quadro de SAA nível I

16. DESCOMPENSAÇÃO DO DIABETES MELLITUS: HIPOGLICEMIA E HIPERGLICEMIA

As complicações que podem ocorrer a qualquer momento da vida das pessoas que têm diabetes e, embora possam ser perigosas, quase sempre são preveníveis e usualmente tratáveis. Aprender a perceber os primeiros sinais, saber confirmar o diagnóstico e tomar as providências cabíveis são condições necessárias para que os usuários e suas famílias vivam de forma autônoma.

16.1. Complicações agudas do diabetes

Alcançar a estabilidade no controle clínico e metabólico do DM é um desafio, tendo em vista a complexidade dos fatores que interveem nesse processo. Porém, este controle deve ser uma busca desde o diagnóstico, pois a gênese de complicações micro e macrovasculares também é precoce. Além de informações sobre mudanças na alimentação, na prática de exercícios físicos, uso de medicamentos e manejo de insumos necessários ao tratamento, a equipe de Saúde da Família também precisa entender o conceito que o usuário e sua família têm sobre a doença e quais são as informações necessárias para que ele consiga assumir a autonomia e a corresponsabilidade nas decisões diárias referentes ao autocuidado, adaptadas à sua realidade socioeconômica e cultural. A parceria efetiva entre o indivíduo acometido, seus familiares e os membros das equipes de saúde são essenciais, tanto para evitar o desenvolvimento de complicações crônicas quanto agudas.

É preciso ter em mente também que, muitas vezes, o atendimento ao caso de urgência é a oportunidade de estabelecer um vínculo com o usuário e sua família. Ao buscar a unidade, o usuário precisa se sentir bem acolhido, mesmo que seu caso seja classificado como não urgente, visando ao seu retorno e inclusão em um projeto terapêutico que venha a impedir novas complicações.

O manejo do diabetes deve ser feito dentro de uma rede de atenção à saúde, sendo que a equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) deve ter conhecimento dos fluxos para o encaminhamento para os outros níveis de atenção quando necessário. Reconhecer os sinais de gravidade, acolher o paciente de forma qualificada e resolutiva, dando o suporte técnico e emocional, acessando outros serviços da rede de acordo com a gravidade do caso, é o que se espera das equipes de APS.

16.2. Hipoglicemia

Do ponto de vista bioquímico, o termo refere-se à glicose plasmática < 60mg/dl. Os sintomas clínicos, entretanto, usualmente ocorrem quando a glicose plasmática é < 50mg/dl, podendo esse limiar ser mais alto, para aqueles pacientes cujas médias de glicemias são elevadas, ou mais baixo (< 40-30mg/dl), para aqueles que fazem tratamento intensivo e estão acostumados a glicemias mais baixas.

Não há estudos conclusivos sobre quais valores de glicemia ou frequência de casos estão relacionados a sequelas, porém estes casos parecem estar relacionados com casos graves, com convulsões, alta frequência e início precoce. Entre os fatores de risco para a hipoglicemia estão o uso de altas doses de insulina, história prévia, níveis menores de hemoglobina glicada, maior duração da doença e sexo masculino. Todos os pacientes devem aprender a reconhecer os sintomas e os sinais de hipoglicemia.

Os problemas relacionados à hipoglicemia são muitos, contudo, dependem das circunstâncias do episódio.

Sinais e Sintomas	Conduta
Hipoglicemia leve: fome, tremor, nervosismo, ansiedade, palidez, sudorese, taquicardia, déficit cognitivo leve.	Tabletes de glicose (15g), 150ml de suco de laranja ou refrigerante comum, uma colher de sopa de açúcar ou mel. Reavaliar o manejo.
Hipoglicemia moderada à grave: cefaleia, dor abdominal, visão turva, agressividade, confusão, tonturas, dificuldade pra falar.	Tabletes de glicose ou açúcar (30g). Glucagon intramuscular (0,5mg para os menores de 6 anos e 1mg para os demais). Chamar o serviço de atendimento móvel de urgência. Marcar o retorno após alta e reavaliar o manejo.

Quadro 22. Causas, sinais/sintomas e manejo da hipoglicemia

Observação: Hipoglicemia leve, moderada à grave, deverá ser encaminhado para avaliação médica.

16.3. Hiperglicemia

A hiperglicemia grave é, em geral, causada por deficiência absoluta de insulina, como nos casos de abertura do quadro ou de suspensão do tratamento insulínico nos casos de diabetes tipo 1 ou por deficiência relativa dela, como nos casos precipitados por infecção ou outros problemas de saúde (infarto do miocárdio – IAM,

e acidente vascular encefálico – AVE). Se não for diagnosticada oportunamente e tratada adequadamente, pode evoluir para quadros graves de cetoacidose (DM 1 ou 2) ou hiperosmolaridade não cetótica (DM 2), que necessitam de internação em unidades de emergência e/ou de terapia intensiva.

A história clínica do paciente é fundamental para o manejo do diabetes. A longitudinalidade do cuidado, característica da APS, auxilia tanto no diagnóstico quanto no diagnóstico diferencial da hiperglicemia grave. Registrar e mesmo saber quanto ao uso de fármacos, história de consumo de bebidas alcoólicas, adesão ao tratamento proposto, patologias associadas do usuário são informações importantes. Um dos erros mais comuns feito pelos portadores de diabetes é deixar de usar insulina quando estão doentes. Embora inapetente e ingerindo menos comida, a insulina pode estar sendo menos efetiva. É preciso usar mais, e não menos insulina nessas ocasiões.

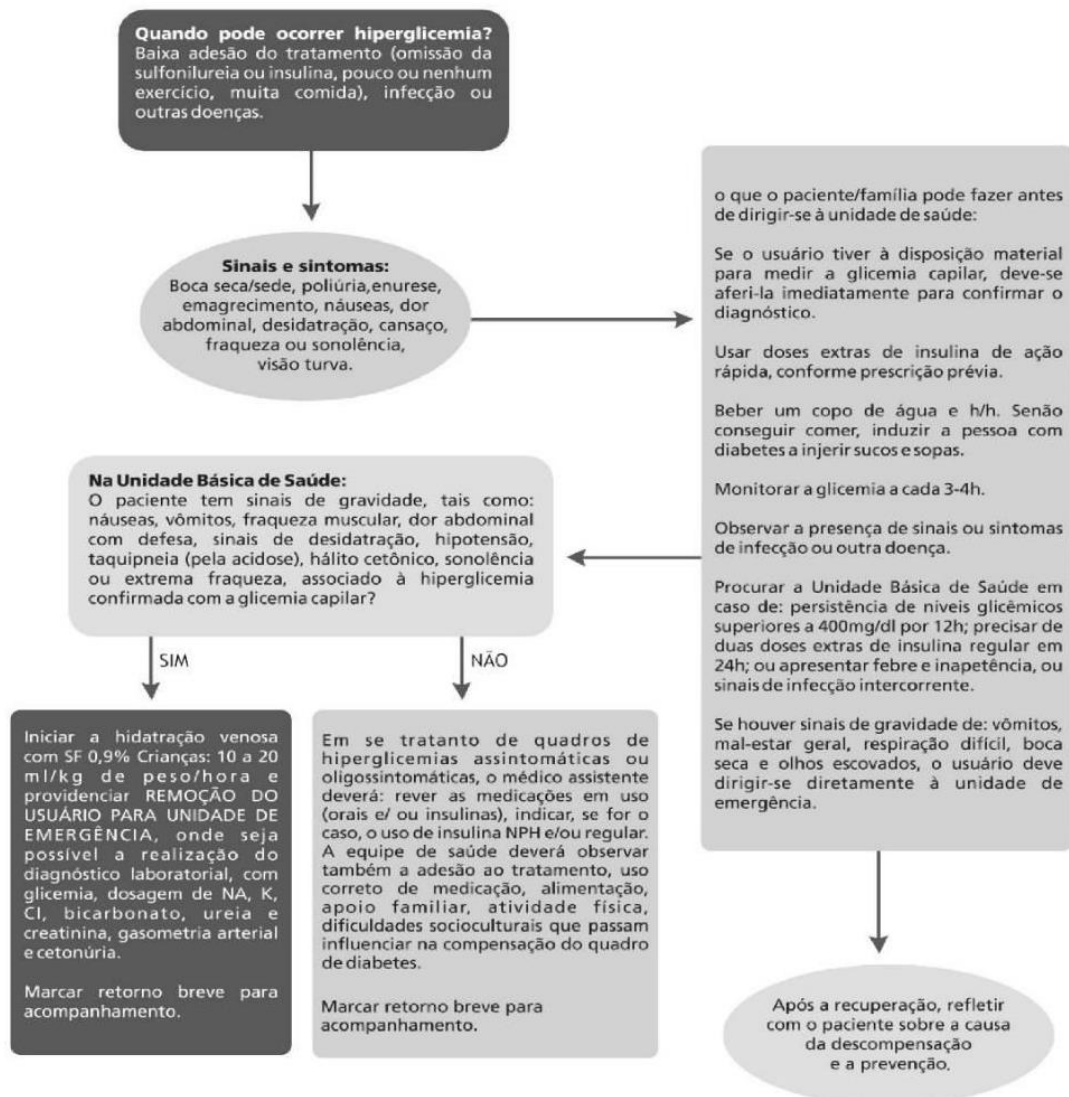
Algumas regras são básicas para a prevenção de complicações hiperglicêmicas e devem sempre ser orientadas ao usuário e à família:

- 1) Ter uma rotina de monitoramento da glicemia capilar e cumpri-la.
- 2) Entender como o equilíbrio entre a insulinização, ingesta alimentar, atividade física, estresse, uso de glicocorticoides ou diuréticos, cirurgias e outras doenças agudas, sobretudo as infectocontagiosas, afetam o controle glicêmico.
- 3) Não deixar de usar insulina nos dias de doença (resfriado, diarreia e vômitos, por exemplo), mesmo que não queira comer.
- 4) No caso de alguma das situações acima, testar a glicemia capilar de 4/4 horas.
- 5) Se possível, pesquisar a cetonúria, se a glicemia permanecer alta (> 250 mg/dl) em testes consecutivos.
- 6) De acordo com o resultado da glicemia/cetonúria, serão necessárias doses extras de insulina regular, conforme o esquema preconizado pelo médico assistente.
- 7) Beber um copo de água de hora em hora.
- 8) Procurar uma unidade de saúde mais próxima se:
 - Precisar de duas doses extras de insulina regular em 24h.
 - Se a glicemia capilar se mantiver acima de 300mg/dl por 12h.

- Se houver febre alta, vômitos ou diarreia e o usuário não conseguir ingerir nem líquidos.
- 9) Procurar uma unidade de emergência se houver:
- Vômitos, fraqueza muscular, dor abdominal, sinais de desidratação (boca seca e olhos encovados), respiração difícil (taquipneia ou respiração de Kussmaul, consequentes à acidose), hipotensão, hálito cetônico e alteração do estado mental.

Ministério da Saúde | Secretaria de Atenção Básica | Departamento de Atenção Básica

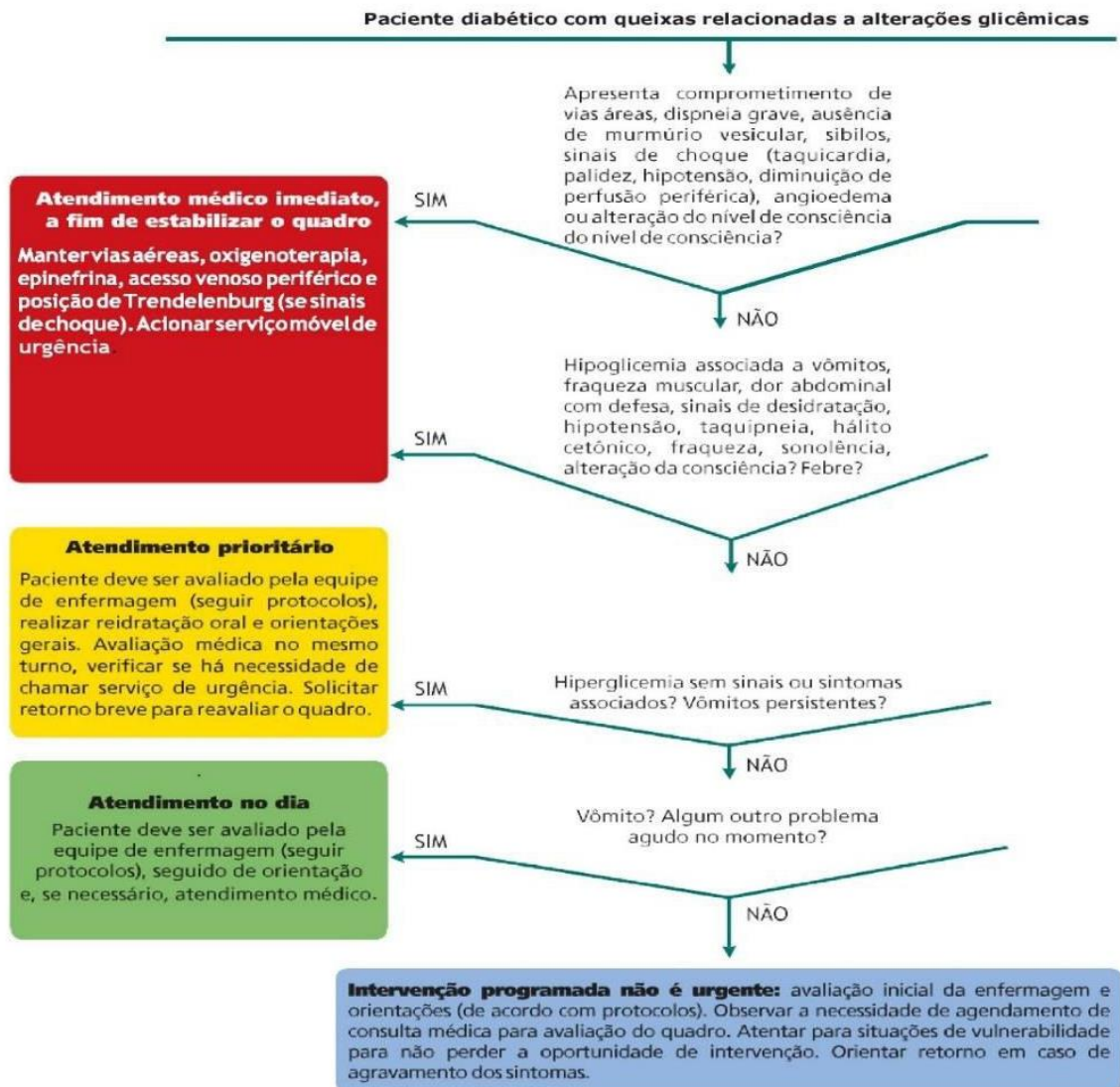
Figura 6 – Causas, sinais/sintomas e manejo da hiperglicemia



Fluxograma 12. Causas, sinais/sintomas e manejo da hiperglicemia

ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA – Queixas mais comuns na Atenção Básica

Figura 7 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes diabéticos que procuram atendimento por demanda espontânea



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011

Fluxograma 13. Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes diabéticos que procuram atendimento por demanda espontânea.



17. DISPNEIA

Considera-se dispneia como sendo um sintoma alarme multifatorial que pode ter diversos mecanismos fisiopatológicos, entre os quais, pulmonar, cardiogênico e psicológico. Define-se dispneia como a sensação de desconforto respiratório, incongruente ao nível de esforço desenvolvido. Pode ser de curso agudo ou crônico, de início insidioso ou abrupto e de intensidade leve à incapacitante.

Pode também estar isolado ou associado a outros sinais e sintomas, que, por exemplo, no caso de pneumopatias, poderá vir adjunto à tosse, taquipneia, utilização de musculatura respiratória acessória, febre e dor torácica. É importante elucidar também o conceito de taquipneia devido à variação de diagnóstico nas diversas faixas etárias, por ser o principal sinal indicativo de pneumonia na infância, mesmo isolado, e por ter íntima relação com hipoxemia e gravidade. Assim, taquipneia é definida como a elevação do número de incursões respiratórias (ir/m), de acordo com a seguinte referência:

Incurções respiratórias	Idade da criança
> 60/minuto	até 2 meses
> 50/minuto	3 a 12 meses
> 40/minuto	13 meses até 5 anos
> 30/minuto	6 a 8 anos
> 25/minuto	a partir de 8 anos (e adultos)

Quadro 23. Referências para diagnóstico de taquipneia em crianças

18. DISÚRIA

A disúria é um sintoma prevalente no atendimento da demanda espontânea das Unidades Básicas de Saúde, portanto deve ser valorizada, e seu correto manejo clínico é essencial para o médico de família e comunidade.

18.1. Definições

A disúria pode ser definida como a sensação de ardência, queimação ou desconforto ao urinar, podendo vir ou não acompanhada de outros sintomas, tais como:

- Polaciúria: aumento na frequência de urinar, sem que necessariamente ocorra alteração no volume urinário.
- Urgência miccional: forte impulso para urinar, pode acompanhar ou não a polaciúria.
- Hematúria: presença de sangue na urina, que pode ser microscópica, quando só é percebida no exame bioquímico; ou macroscópica, quando pode ser percebida apenas pela observação da urina, com alteração da cor e/ou turvação.

18.2. Diagnóstico

Os principais eventos clínicos onde a disúria pode estar presente são:

- Infecção do trato urinário baixo (bacteriúria assintomática, cistite, prostatites, uretrites);
- Infecções do trato urinário alto (pielonefrite aguda);
- Litíase renal;
- Vaginites;
- Traumatismo genitourinário;
- Irritantes uretrais;
- Reação alérgica;
- Câncer vesical.

A investigação clínica da disúria deve ser baseada fundamentalmente na anamnese e no exame físico, pois, por meio destes, é possível afastar muitos diagnósticos diferenciais, não necessitando a realização de exames complementares. Na anamnese do trato urinário, devemos investigar a presença de outros sintomas

irritativos, de sintomas gerais (principalmente febre e mal-estar), de sintomas obstrutivos, ocorrência de traumas ou manipulação prévia do canal urinário, início dos sintomas, presença de lesões de pele ou queixas de IST (corrimentos uretrais e vaginais) e antecedente pessoal de infecção do trato urinário e nefrolitíase.

O exame físico deve focar:

Abdome: principalmente inspeção e palpação, valorizando a presença ou não do sinal de Giordano.

Próstata: toque, valorizando a presença de dor.

Genital: inspeção externa, palpação, exame especular e toque (nas mulheres).

Como citado anteriormente, os exames complementares (urinálise, urocultura e ultrassom de vias urinárias) não são essenciais para a abordagem diagnóstica da disúria; porém, quando necessários e disponíveis, podem auxiliar o clínico em algumas situações, determinando o grau de gravidade da patologia.

18.2.1. Infecção do trato urinário (ITU)

É caracterizada pela presença de microrganismos no trato urinário, podendo ser sintomática ou assintomática (bacteriúria assintomática). A ITU também pode ser dividida em baixa (que engloba a cistite, a uretrite e a prostatite), e em alta (pielonefrite).

A cistite é a principal causa de disúria na mulher, na criança e no idoso; a prostatite é uma causa relevante no homem. A pielonefrite, apesar de não tão prevalente, é uma das condições mais graves.

18.2.2. Cistite

Infecção bacteriana muito comum nos serviços de saúde, sendo mais frequente na mulher adulta (o dobro dos homens), principalmente devido a aspectos anatômicos e comportamentais (mulheres com ITU usualmente são mais sexualmente ativas). Vale ressaltar que, no primeiro ano de vida, a cistite é mais comum nos meninos (principalmente nos primeiros três meses). Pode ser caracterizada clinicamente pela presença de três queixas: disúria, polaciúria e hematúria.

Esses sintomas são geralmente agudos, concomitantes e de aparecimento abrupto, o que não acontece comumente na uretrite, quando são leves e graduais. A piúria é encontrada na cistite e na uretrite, porém não é comum na vaginite.

Outros sintomas podem estar presentes, tais como: dor na palpação da região suprapúbica, mal-estar geral, urina turva e com odor desagradável e raramente febre.

Importante lembrar que, na população de idosos e gestantes, a apresentação pode ser atípica.

No primeiro grupo, há alta prevalência de bacteriúria assintomática, não sendo obrigatório o tratamento, mesmo com urocultura positiva. Entretanto, no segundo grupo, 4% a 10% das grávidas podem evoluir para cistite aguda, mesmo com bacteriúria assintomática, sendo imprescindível o tratamento.

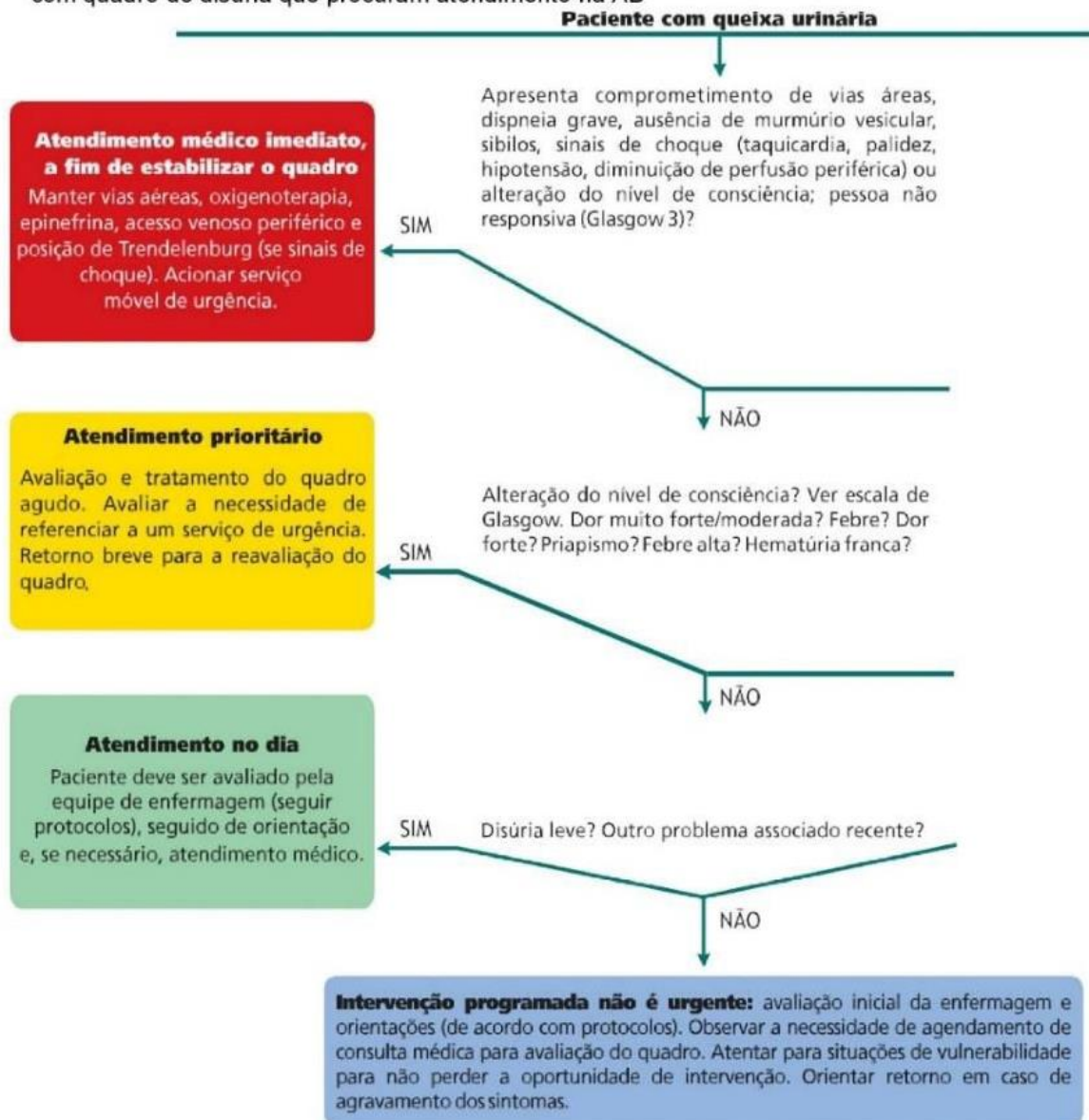
O diabético também merece um olhar diferenciado, pois nesse grupo de indivíduos a ITU pode evoluir mais rapidamente para complicações que podem prejudicar a função renal significativamente (sobretudo em mulheres). Os pacientes podem apresentar apenas como sinal da cistite a bacteriúria assintomática, e outros agentes etiológicos podem estar envolvidos: fungos, *Streptococcus* do grupo B, *Klebsiella sp.*



Ministério da Saúde | Secretaria de Atenção Básica | Departamento de Atenção Básica

Não havendo melhora do quadro, faz-se necessária avaliação hospitalar devido à necessidade de antibioticoterapia EV e complementação diagnóstica por meio de exames laboratoriais e de imagem.

Figura 13 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de disúria que procuram atendimento na AB



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Fluxograma 14. Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de disúria que procuram atendimento na AB



19. DOR ABDOMINAL

A dor abdominal é uma das queixas mais comuns na Atenção Primária. Neste contexto, o capítulo tem como objetivo auxiliar as equipes de saúde no primeiro atendimento à pessoa com dor abdominal aguda, tendo como principal enfoque a suspeição de causas agudas graves (que necessitam de encaminhamento rápido para outros níveis de atenção) e determinar quais pacientes podem ser observados ou tratados sintomaticamente.

Dada a diversidade de possíveis etiologias e a necessidade, em muitos casos, de exames mais sofisticados, não pretendemos esgotar a investigação, nem tratar aqui do atendimento às pessoas com dor abdominal crônica, certos de que estas estarão sendo acompanhadas longitudinalmente.

A definição de dor abdominal aguda é bastante arbitrária, já que não está estabelecida uma duração específica para ela. Quadros que duram poucos dias, com piora recente, configuram claramente uma dor abdominal aguda; quadros com instalação por meses ou anos configuram dor abdominal crônica. O grande desafio é classificar as dores que não pertencem a essas categorias.

Assim, entendemos como dor abdominal aguda aquela onde há a combinação de lesão tecidual, dor e ansiedade. O que define a crônica é a persistência e refratariedade ao tratamento. Já as dores recorrentes evoluem em surtos, com duração, intensidade e frequência bastante diversificados, separados por períodos assintomáticos.

Pacientes com dor abdominal crônica podem apresentar exarcebações agudas de uma doença desconhecida ou mesmo de uma doença crônica de base.

19.1. Diagnóstico

As síndromes inflamatórias e obstrutivas constituem as mais importantes causas de dor abdominal aguda cirúrgica. Os abdomens agudos hemorrágicos e isquêmicos possuem algumas características clínicas semelhantes às peritonites.

O quadro obstrutivo normalmente tem evolução rápida, exceto os pacientes que apresentam obstrução parcial das alças intestinais e evoluem para obstrução total. Nesses casos, os sintomas podem ser prolongados e vagos e, com a obstrução total, evoluem com piora súbita.

A história de dor abdominal, nas causas obstrutivas, pode vir associada à anorexia, náuseas, vômitos (alimentares, biliares ou fecaloides), e parada de eliminação de gases e fezes. É normalmente descrita como uma dor tipo cólica, seguida por períodos de remissão espontânea.

O exame físico pode revelar distensão abdominal, aumento ou ausência dos ruídos hidroaéreos e timpanismo à percussão. A presença de massa palpável pode sugerir a etiologia da obstrução. As causas mais comuns (até 96% dos casos de obstrução) são: aderência (50% a 70%), hérnia encarcerada (15%), neoplasia (15%), intussuscepção e volvo. Pacientes com cirurgia abdominal prévia e doença de Crohn têm maior risco de obstrução. A inflamação do peritônio pode ser difusa ou localizada, no entanto, mesmo no acometimento difuso, a dor é mais acentuada no local correspondente ao foco inicial da infecção.

Os sinais gerais que compõem o quadro clínico variam com a gravidade da infecção, sendo desde toxemia, rigidez da parede abdominal, defesa e distensão abdominal por inibição do peristaltismo, podendo chegar ao íleo paralítico, até com menor comprometimento do estado geral, nos casos da peritonite localizada.

As peritonites localizadas podem evoluir para a formação de abscessos. Suas causas mais frequentes são: apendicite supurada, colecistite e os processos inflamatórios pélvicos nas mulheres e gastroenterites, sendo este diagnóstico de exclusão. Outras causas são: doença diverticular complicada, úlcera péptica perfurada e peritonite bacteriana espontânea. Na suspeita de abdomens cirúrgicos, não oferecer água ou comida e encaminhar o paciente imediatamente para um serviço de pronto-socorro que ofereça assistência cirúrgica e exames complementares.

Depois de descartada a possibilidade de emergência cirúrgica, considerar outras hipóteses diagnosticadas e, além das causas abdominais, considerar também a possibilidade de doenças extra-abdominais, que podem se apresentar com dor referida no abdome. Para essa diferenciação, anamnese cuidadosa e exame físico detalhado são fundamentais. É evidente que a maioria das possíveis causas da dor não poderá ser checada em uma unidade básica, tanto que o capítulo pretende apenas auxiliar a identificação de uma situação de emergência.

Classificação do abdome agudo, segundo a natureza do processo determinante



- **Inflamatório:** apendicite aguda, colecistite aguda, pancreatite aguda, diverticulite do cólon, doença inflamatória pélvica, abscessos intracavitários, peritonites primárias e secundárias, febre do Mediterrâneo.
- **Perfurante:** úlcera péptica, câncer gastrointestinal, febre tifoide, amebíase, divertículos de cólons, perfuração do apêndice, perfuração da vesícula biliar.
- **Obstrutivo:** obstrução pilórica, hérnia estrangulada, bridas, áscaris, corpos estranhos, cálculo biliar, volvo, intussuscepção.
- **Hemorrágico:** gravidez ectópica, rotura de aneurisma abdominal, cisto hemorrágico de ovário, rotura de baço, endometriose, necrose tumoral.
- **Vascular:** trombose da artéria mesentérica, torção do grande omento, torção do pedículo de cisto ovariano, infarto esplênico.

HISTÓRIA
Idade maior de 60 anos.
Imunocomprometidos (HIV, usuário crônico de corticoide, drogas antineoplásicas ou pós-transplantados).
Uso abusivo de álcool (risco de hepatite, cirrose e pancreatite).
Doença cardiovascular (insuficiência coronariana e vascular periférica, HAS e fibrilação atrial).
Comorbidades importantes (câncer, doença diverticular, pancreatite, insuficiência renal).
Cirurgia prévia ou manipulação gastrointestinal recente (risco de obstrução e perfuração).
Gravidez recente (risco de gravidez ectópica).
CARACTERÍSTICAS DA DOR
Início súbito e intenso.
Dor seguida de vômito.
Dor constante e com duração menor que dois dias.
ACHADOS DE EXAME FÍSICO
Sinais de choque.
Abdome tenso ou rígido.
Sinal de defesa ao exame.
Posição antiantálgica.
Equimose periumbilical (sinal de Cullen) ou em flanco (sinal de Grey-Turner).
Distensão abdominal e/ou rigidez da parede abdominal.
Piora da dor abdominal às seguintes manobras:
Descompressão brusca (sinal de Blumberg).
Hipersensibilidade localizada.
Sinal de Rovsing (dor no quadrante inferior direito durante a compressão do lado esquerdo).
Sinal do psoas (dor abdominal quando o examinador coloca a mão mediatamente acima do joelho direito do paciente e pede para que ele eleve a coxa direita contra a sua mão).
Sinal do obturador (estire o músculo obturador interno flexionando a coxa esquerda do paciente na altura do quadril, com o joelho dobrado, e gire a perna para dentro, na altura do quadril).
Hiperestesia cutânea.
Sinal de Murphy (para identificar colecistite aguda).
Toque retal doloroso (deve-se associar a outros sinais para aumentar a sensibilidade).
Toque vaginal doloroso (deve-se associar a outros sinais para aumentar a sensibilidade).

Quadro 24. Fatores que indicam alto risco em dor abdominal

19.2. Principais causas de dor abdominal aguda não cirúrgica

Se, por meio da anamnese e exame físico, o médico assistente na APS identificar que não há sinais de suspeição de abdome agudo, o paciente deverá ser acompanhado na própria UBS e tratado de acordo com a hipótese diagnóstica. As principais causas de dor abdominal aguda não cirúrgica são:

- **Dismenorreia**

Diagnóstico: normalmente apresenta-se em mulheres jovens como dor tipo cólica, em baixo ventre, relacionada ao período menstrual, durando até 72 horas, cuja intensidade varia consideravelmente e pode trazer outros sintomas, como: náuseas, vômito, diarreia, cefaleia, mastalgia, alterações do humor e raramente episódios de síncope. Dependendo da intensidade, é também causa frequente de absenteísmo no trabalho e má qualidade de vida. Não é raro se manifestar em episódios recorrentes.

A dor alivia com massagem, contrapressão ou movimentação do corpo.

O diagnóstico é baseado na anamnese e natureza cíclica da dor, com exame ginecológico normal ou revelando desconforto à palpação do útero, sem dor considerável à palpação e à mobilização dos anexos e à mobilização uterina.

Antes de iniciar o tratamento, é importante diferenciar dismenorreia primária (sem problemas orgânicos subjacentes) ou secundária (associada a doenças pélvicas como malformações uterinas, endometriose, miomas, uso de DIU).

Tratamento: as dismenorreias secundárias têm tratamento específico, conforme a entidade nosológica relacionada. Já as dismenorreias primárias têm ocorrência e gravidade influenciadas por fatores potencialmente modificáveis, como: alimentação, peso, tabagismo, estresse, sedentarismo e consumo de álcool. Dessa forma, a adoção de hábitos de vida mais saudáveis frequentemente proporciona o alívio dos sintomas.

Pode ser feito uso de anticoncepcionais hormonais, AINES, inibidores das prostaglandinas, antiespasmódicos, além de antidepressivos e psicoterapia (encaminhamento para avaliação médica).

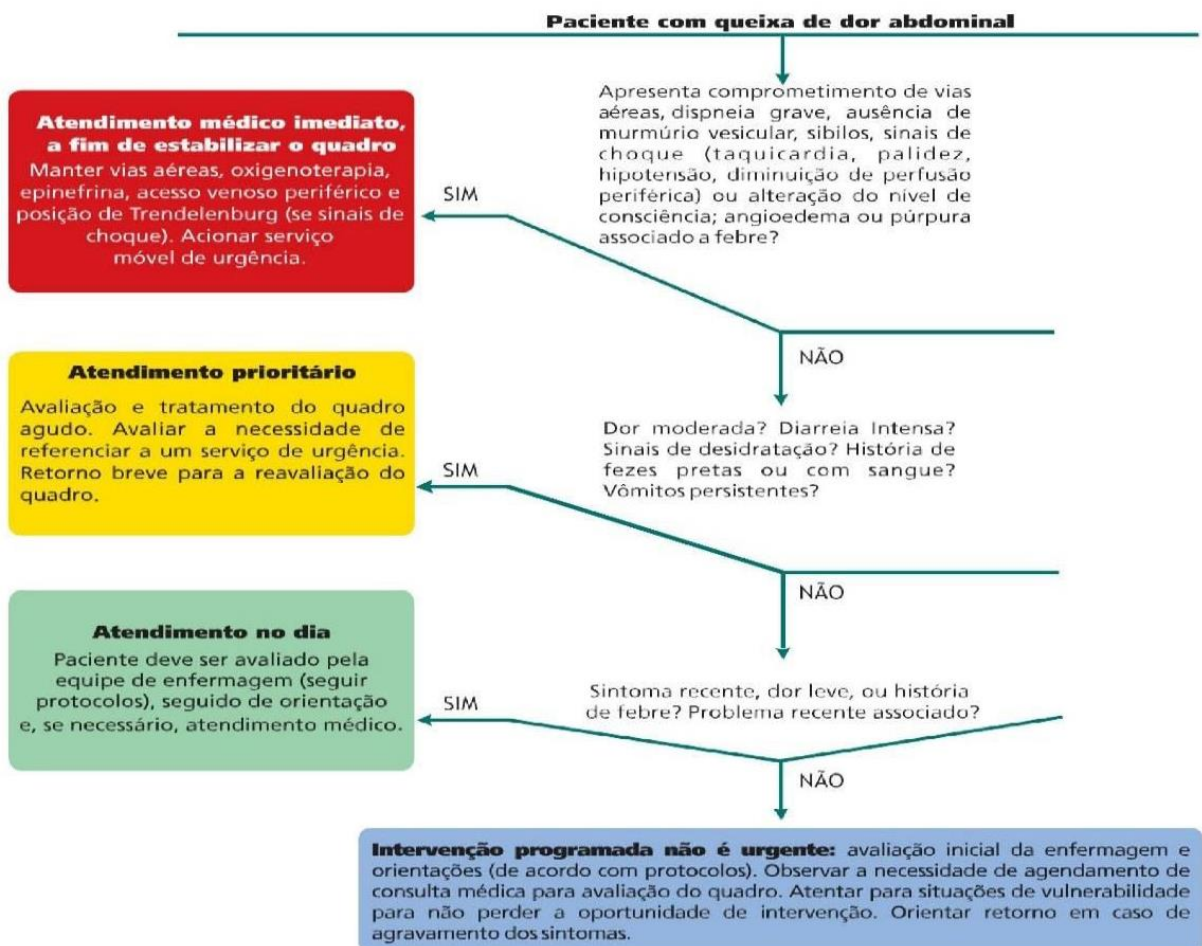
- **Dispepsias**

Diagnóstico: dor epigástrica, normalmente recorrente ou persistente, associada a sintomas de refluxo gastroesofágico (azia, pirose, eructação, plenitude pós-prandial, náusea, distensão abdominal etc.), classicamente compõe o quadro de doença



ulcerosa péptica. O desafio é definir quais pacientes devem prosseguir à investigação e quais devem receber tratamento medicamentoso e ser observados clinicamente. Sugere-se ter base nesses critérios (sinais de alerta): idade maior que 50 anos, emagrecimento, vômitos persistentes, disfagia, anemia, hematêmese, massa abdominal palpável, história familiar de câncer gastrointestinal, cirurgia gástrica prévia.

Tratamento: na ausência dos sinais de alarme, manejar com orientação de medidas gerais (dieta, cessação de tabagismo, restrição no consumo de álcool, AINES e bebidas gaseificadas), antiácidos (hidróxido de alumínio e magnésio).



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Fluxograma 15. Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de dor abdominal que procuram atendimento na AB.

20. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA – ALTERAÇÕES AGUDAS

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença que representa um dos maiores problemas em saúde pública no Brasil e no mundo, gerando elevado custo médico-social, principalmente por sua participação em complicações como na doença cerebrovascular, na doença arterial coronária (DAC), na insuficiência cardíaca (IC), na insuficiência renal crônica (IRC), na retinopatia hipertensiva e na insuficiência vascular periférica.

O aumento dos níveis pressóricos é comum no dia a dia das equipes de atenção primária; portanto, esse tema merece atenção de todos, a fim evitarmos condutas precipitadas e a hipermedicalização. A rotina de controle de PA, muito comum nas Unidades Básicas de Saúde, torna esse nível de prevenção ainda mais necessário.

20.1. Definições

A HAS pode ser traduzida como o aumento dos níveis pressóricos acima do recomendado para uma determinada faixa etária e condição clínica, sempre levando em conta também o risco cardiovascular. Com base na média de duas ou mais medidas em diferentes visitas, com técnica adequada, aparelho calibrado e com indivíduo em posição sentada, é possível definir o diagnóstico.

As elevações inadequadas da pressão arterial podem ser divididas inicialmente em três classes:

- I. Crises hipertensivas (urgências e emergências hipertensivas):** ocorre quando existe risco de desenvolvimento de alguma complicação clínica associada ao aumento abrupto dos níveis pressóricos.
 - Urgências hipertensivas: há elevação importante da pressão arterial, em geral pressão arterial diastólica > 120mmHg, com condição clínica estável, sem comprometimento de órgãos-alvo, porém são situações em que existe risco potencial de lesão aguda de órgão-alvo. Em pacientes que já apresentam alguma lesão desse tipo, deve-se ficar mais atento, pois eles apresentam risco mais elevado de novas complicações em curto prazo, na permanência de PA acentuadamente elevada. Nos casos de urgência, a atuação sobre o controle pressórico deve ser realizada de forma menos intensa que nas



emergências, podendo-se estabelecer esse controle em até 24h, com medicações por via oral.

- **Emergências hipertensivas:** são situações em que ocorre progressiva lesão aguda de órgãos-alvo e risco iminente de morte, que necessitam de redução imediata da PA (não necessariamente para níveis normais). Tais emergências devem ser tratadas preferencialmente com agentes anti-hipertensivos parenterais em unidades de urgência. Logo, diante dessas situações, o médico assistente da Atenção Primária deverá chamar o serviço de atendimento móvel de urgência para a remoção do paciente imediatamente.
- II. Pseudocrises hipertensivas:** ocorre quando, apesar de se presenciarem elevações significativas da PA, associadas a sintomas relatados pelo paciente, não se pode estabelecer relação causal entre a hipertensão e a manifestação do desconforto. As pseudocrises hipertensivas são situações nas quais o aumento acentuado da PA é desencadeado por dor (cólicas, cefaleia, fibromialgia), desconforto (tonturas, mal-estar), ansiedade ou por associação desses fatores. Esse grupo de doentes é provavelmente o responsável pela maior procura por um atendimento de urgência com PA acentuadamente elevada. Esses doentes devem receber sintomáticos (analgésicos, antivertiginosos, benzodiazepínicos), e não anti-hipertensivos.
- III. Elevação eventual do nível pressórico:** ocorre quando há apenas alteração dos níveis pressóricos sem queixas dos pacientes. Geralmente, apresenta-se como um achado, nas verificações de rotina das Unidades de Saúde.

Deve-se, nesses casos, verificar se o paciente já é hipertenso, se há alguma outra patologia que justifique essa alteração, planejar o acompanhamento adequado, dar início ao tratamento apropriado, ou ajustar dose e verificar adesão ao tratamento proposto pela equipe. As urgências hipertensivas, as pseudocrises hipertensivas e as elevações eventuais do nível pressórico são situações que podem ser avaliadas e conduzidas nas Unidades Básicas de Saúde, que possuam as devidas condições (de equipamentos e pessoal) para o atendimento. Porém devem-se tomar os devidos cuidados de referenciar para um pronto atendimento os casos de emergência hipertensiva e os casos de urgência que necessitem de exames complementares para a monitorização adequada (pré-eclâmpsia, por exemplo) ou que não respondem ao tratamento instituído ou apresentam piora.

20.2. Diagnóstico

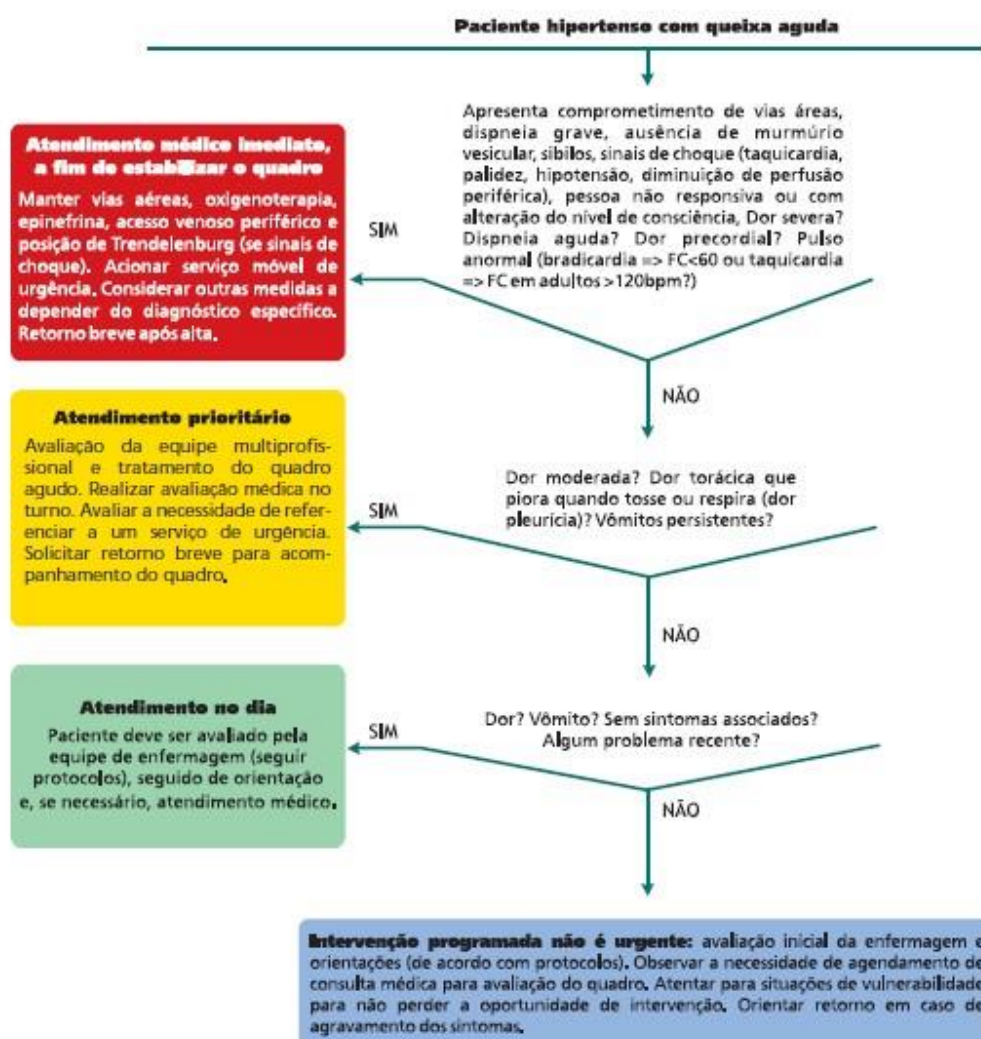
Classificação da pressão arterial em adultos.

Primeiramente lembraremos a classificação da pressão arterial em adultos com mais de 18 anos.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limitrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica de um paciente se situam em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Quadro 25. Classificação da P.A. de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).



Fluxograma 16. Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes hipertensos



21. QUEIMADURAS

As queimaduras são traumas que podem ter consequências decisivas para as vítimas. Nenhum outro tipo de trauma desencadeia uma resposta metabólica tão intensa e com tantas repercussões em praticamente todos os órgãos e sistemas. Sua gravidade é determinada principalmente pela extensão da superfície corporal queimada e pela profundidade. Além das repercussões imediatas consequentes às queimaduras, as sequelas físicas e reações emocionais do paciente queimado e de sua família podem permanecer por toda a vida.

Entretanto, recentes avanços no conhecimento da fisiopatologia da resposta metabólica à queimadura, cuidados com as feridas, novas técnicas cirúrgicas e bioengenharia da pele têm demonstrado excelentes resultados na maioria dos pacientes queimados que sobrevivem ao trauma.

Ao receber um paciente com queimadura na unidade de saúde é importante ter atenção para o contexto em que a queimadura ocorreu: violência, acidente de trabalho, acidente doméstico, acidente de trânsito etc. Todas essas situações merecem atenção especial da equipe responsável, que além de oferecer os cuidados com a lesão, pode realizar um plano de trabalho considerando as situações desencadeadoras da queimadura.

21.1. Classificação

A profundidade da lesão é dependente da temperatura e duração da energia térmica aplicada à pele. O contato da pele com o calor, substâncias químicas ou eletricidade resulta na destruição do tecido em graus variáveis.

Para orientar a conduta da equipe de saúde e de outros profissionais de saúde, dois parâmetros devem ser observados: a classificação da lesão e a extensão da queimadura.

Do ponto de vista evolutivo das lesões, as queimaduras são classificadas em:

- **Superficial (primeiro grau)** – atinge apenas a epiderme. O local apresenta hiperemia ou vermelhidão, calor, edema discreto, ardência e ressecamento da pele. Geralmente, aparecem em pessoas que se expuseram demasiadamente ao sol (raios ultravioletas) e/ou ao calor extremo. Quando atinge mais da metade do corpo, torna-se grave.

- **Parcial (segundo grau)** – atinge a derme, podendo ser superficial e profunda, e tem como característica a presença de flictenas ou bolhas com conteúdo líquido ou colóide; apresenta edema que atinge regiões circunvizinhas, apresentando dor intensa por sua relação íntima com vasos e terminações nervosas periféricas, podendo sangrar; a perda de água e eletrólitos pode provocar desidratação. Essa queimadura é geralmente causada por vapor, líquidos e sólidos escaldantes.
- **Total (terceiro grau)** – destrói todas as camadas da pele, atingindo tecidos adjacentes e profundos, originando cicatrização hipertrófica por segunda intenção e pode ser causada por chama direta do fogo. A pele apresenta-se endurecida, de coloração acinzentada ou nacarada, pode ser indolor e não apresentar sangramento.

A extensão da queimadura é outro fator a ser analisado em relação à gravidade: quanto maior a superfície corporal queimada, independentemente da profundidade, maior a intensidade da resposta metabólica e suas complicações. Vários métodos estão disponíveis para determinar a extensão corporal da queimadura (SCQ).

Existem três métodos de avaliação comumente utilizados:

- A “regra dos nove”, mais comumente utilizada em adultos (tabela 1);
- O esquema de Lund e Browder, mais adequado para uso em pediatria (tabela 2);
- Comparação da SCQ com a região palmar (incluindo os dedos) do paciente, que corresponde a aproximadamente 1% da SCQ.

Área	Adulto	Criança
Cabeça e pescoço	9%	18%
Membros Superiores	9%	9%
Tronco anterior	18%	18%
Tronco posterior	18%	18%
Genitais	1%	-
Membros inferiores	18%	14%

Tabela 1. Regra dos nove



Área %	Idade				
	0-1	1-4	5-9	10-14	Adulto
Cabeça	19	17	13	11	7
Pescoço	2				
Tronco anterior/posterior	13				
Braço direito/esquerdo	4				
Antebraço direito/esquerdo	3				
Mão direita/esquerda	2,5				
Nádega direita/esquerda	2,5				
Genitália	1				
Coxa direita/esquerda	5,5	6,5	9	8,5	9,5
Perna direita/esquerda	5	5,5	-	6	7
Pé direito/esquerdo	3,5				

Tabela 2. Tabela de Lund e Browder

21.2. Primeiros socorros

1) Apagar as chamas:

A vítima que está com as roupas em chamas deve ser enrolada em cobertor e colocada no chão, para eliminar ou diminuir a fonte de oxigênio. Também pode ser utilizada mangueira de água ou imersão em água (piscina, tanques). O uso da água fria minimiza a destruição celular dos tecidos mais profundos. Também nos acidentes com agentes químicos a irrigação com água é importante. Roupas contaminadas por agentes químicos ou saturadas por líquidos aquecidos devem ser removidas.

2) Permeabilidade das vias respiratórias:

A asfixia pode ocorrer tanto por inalação de fumaça, quanto por lesão térmica das vias aéreas superiores. Realizar a hiperextensão do pescoço e usar a máscara de ventilação com oxigênio, são ações importantes que podem ser realizadas nos serviços de atenção básica enquanto a remoção é acionada. Em casos de agitação e agressividade em pessoas com história de acidentes em ambientes fechados a intubação orotraqueal é indicada.

3) Alívio da dor:

No geral, não há dor em queimaduras de terceiro grau.

- **Água fria:** é indicada em queimaduras superficiais, e tem como efeito reduzir a temperatura abaixo do 43°C.

- **Cobertura das áreas queimadas:** deve ser usado toalha ou lençol de algodão, para absorver exsudato, impedir o contato com o ar (diminuindo a dor) e proteger a ferida de contaminações.

Com exceção da sulfadiazina de prata 1% (de fácil remoção), outros cremes ou loções não devem ser utilizadas, inclusive para não prejudicar a avaliação da ferida.

Pode-se aplicar toalhas molhadas com soro fisiológico resfriado durante um período de 10 a 15 minutos.

21.3. Remoção imediata

Com base na análise da SCQ e da profundidade das queimaduras, o paciente pode ser tratado em nível ambulatorial ou hospitalar. Recomenda-se que seja feita a remoção imediata, com encaminhamento adequado dos usuários ao serviço de pronto atendimento ou serviço de referência a pacientes queimados diante das seguintes situações:

- Queimaduras de espessura parcial superior a 20% da superfície do corpo (SC) em adulto ou 10% da SC em criança ou 5% SC em criança menor que 2 anos de idade.
- Queimaduras de terceiro grau em 10% da SC em adulto ou 2% SC em criança de qualquer idade.
- Queimaduras que envolvem face, mãos, pés, genitália, períneo e articulações importantes.
- Queimaduras causadas por eletricidade, inclusive lesão por raio.
- Queimaduras químicas.
- Lesão por inalação.
- Queimadura em pacientes com desordens médicas preexistentes que poderiam complicar os cuidados, prolongar a recuperação ou influenciar a mortalidade.
- Qualquer paciente com queimadura e trauma concomitantes (tais como fraturas etc.).
- Queimaduras em pacientes que requerem intervenção especial social, emocional e/ou longo período de reabilitação.



21.4. Ações da equipe no atendimento ao paciente vítima de queimadura

As ações indicadas a seguir devem compor o plano de cuidados à vítima de queimaduras. Com exceção da estratificação de risco, que deve ser a primeira ação a ser realizada quando o paciente chega ao serviço, não há uma ordem pré-estabelecida às outras ações. A analgesia, por exemplo, pode ser realizada antes da anamnese. Este roteiro é proposto para ressaltar ações que não podem deixar de ocorrer, como a vacinação antitetânica.

- Realizar estratificação de risco.
- Definir grau e extensão da queimadura.
- Anamnese.
- Exame físico.
- Analgesia.
- Verificação de imunização antitetânica, encaminhar para vacina se necessário.
- Avaliar as características da ferida e realizar os cuidados locais.
- Fornecer orientações e agendar data de retorno.
- Discutir o caso na equipe para continuidade dos cuidados ao indivíduo e à família.

Cuidados locais com a ferida. Objetivos:

- Controlar a infecção.
- Remover os tecidos desvitalizados.
- Prevenir o acúmulo de secreções.
- Prevenir a desidratação e alterações metabólicas.
- Não prejudicar o tecido neoformado.
- Aliviar a dor.
- Aliviar a tensão emocional.
- Favorecer que a cicatrização tenha um resultado esteticamente satisfatório para o paciente.
- Prevenir sequelas funcionais.

21.5. Limpeza

No âmbito da atenção básica, que recebe queimaduras de extensão menor, a limpeza deve ser realizada com jatos de soro fisiológico 0,9%.

- A temperatura da água ou soro deve ser próxima ou igual a da temperatura corporal.
- Os jatos de soro devem auxiliar na remoção de resíduos aderentes.
- As bolhas íntegras, quando presentes no primeiro curativo, se o tempo decorrido da queimadura até o atendimento for menor que uma hora, devem ser aspiradas com agulha fina estéril, mantendo-se íntegra a epiderme como uma cobertura biológica à derme queimada, já que a retirada do líquido da flictena remove também os mediadores inflamatórios presentes, minimizando a dor e evitando o aprofundamento da lesão.
- Se o tempo entre a queimadura e o atendimento for maior que uma hora, manter a flictena íntegra. Se a flictena estiver rota, deve-se fazer o debridamento da pele excedente.

21.6. Terapêutica tópica

O curativo ou cobertura devem ser selecionados de acordo com as características da lesão, como fase da cicatrização, localização, presença de tecido desvitalizado, extensão, presença de exsudato etc. Ressalta-se a importância da não aderência, tanto para promover o meio úmido ideal, quanto para evitar a dor, e que os tecidos em formação sejam removidos na troca de curativo. O registro dos cuidados é muito importante, não apenas no primeiro atendimento, quanto no acompanhamento da evolução da ferida, a cada troca de curativo e deve conter informações sobre as características da ferida, intensidade da dor e terapêutica selecionada.

A seguir, apresentaremos algumas possibilidades a serem utilizadas em queimaduras:

a) Sulfadiazina de prata 1%

É um tratamento tópico amplamente utilizado. É bacteriostático. Previne infecção em queimaduras ou impedindo a ação das bactérias já existentes devido à presença de prata na composição. Pode ocorrer leucopenia após dois a quatro dias do início do tratamento, voltando aos níveis normais após a suspensão da droga.

Vantagens:

- Não promove a resistência bacteriana.
- Por ter uma base hidrossolúvel, é facilmente removida.
- Baixa toxicidade.



- Acessível.
- Fácil aplicação.

Desvantagens:

- O curativo deve ser trocado diariamente ou até duas vezes ao dia.
- Não atua em tecidos necróticos.
- Não tem boa atividade para *Staphilococcus aureus*, *Eschericia coli*, *Enterobacter cloacea*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Citrobacter freundii* e *Pseudomonas ssp*.
- Contraindicada para pacientes em hemodiálise.

Recomendações para o uso:

Após limpeza da ferida, aplicar o creme por toda extensão da lesão (5 mm de espessura). Colocar gaze de contato úmida. Cobrir com cobertura secundária estéril.

b) Hidrofibra

Curativo macio composto por fibras de carboximetilcelulose sódica em forma de placa ou fita. Indicado para feridas exsudativas como queimaduras de 2º grau.

Vantagens:

- Por ser altamente absorvente, retém o exsudato em suas fibras, evitando a proliferação de bactérias.
- Não extravasa para a pele adjacente.
- Não resseca a lesão.
- Pode oferecer longa permanência (7 a 14 dias).

Desvantagens:

- Pode apresentar odor forte.
- Realiza debridamento com menor intensidade.

Recomendações para o uso:

Após a limpeza da ferida, aplicar sobre a queimadura de 2º grau, sobrepondo em 5 cm a pele hidrofibra quando houver vazamento, sangramento excessivo ou sinais clínicos de infecção. De acordo com as recomendações do fabricante, pode-se deixar a hidrofibra por até 14 dias na queimadura de 2º grau. Essa cobertura se solta espontaneamente na medida em que ocorre a reepitelização.



c) Hidrogel

É composto principalmente por água, pode estar associado ao alginato de sódio e à carboximetilcelulose sódica. A ação baseia-se na hidratação da superfície da ferida. A apresentação mais comum é o gel amorfo em tubo. É indicada para queimaduras que apresentem tecidos desvitalizados: necrose seca (escara) ou úmida (esfacelos).

Vantagens:

- É muito eficaz na hidratação da ferida.
- Debridamento autolítico do tecido necrosado.
- Estimula a formação do tecido de granulação e epitelização.
- Pode ser usado em feridas infectadas.
- Pode agir por 3 a 4 dias sem necessidade de troca.

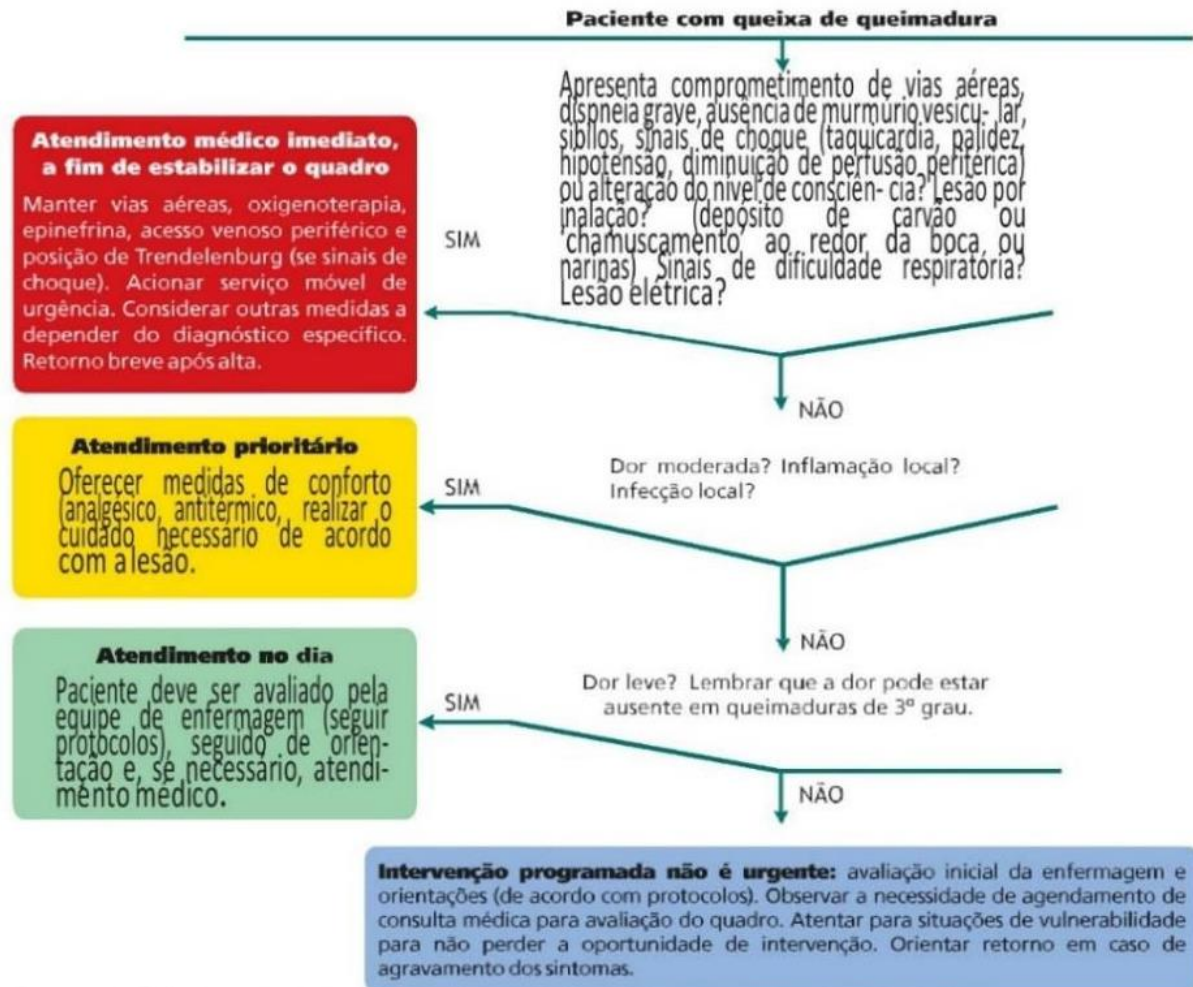
Desvantagens:

- Tem pouca capacidade de absorção.
- Podem macerar a pele perilesional.
- Recomendações para o uso
- Após a limpeza da ferida, espalhar o gel apenas sobre o leito da ferida e ocluir com curativo

21.7. Orientações para a prevenção de queimaduras

A unidade de saúde recebe com frequência pequenas queimaduras, e esta é também uma oportunidade para orientar cuidados importantes para evitar acidentes graves. O tema também pode ser trabalhado em grupos, como de puericultura, diabéticos e sala de espera.

- Evitar a presença de crianças na cozinha quando o fogão estiver aceso;
- Evitar que o cabo das panelas ou frigideiras esteja no alcance das crianças, não deixando o cabo virado para fora do fogão;
- Não permitir que jovens fiquem próximos às churrasqueiras quando o álcool for utilizado como veículo de ignição;
- Não fumar na cama;
- Não deixar o ferro de passar acessível às crianças.



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Fluxograma 17. Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes queimados.

22. USUÁRIOS “HIPERUTILIZADORES”

É recorrente o relato dos profissionais sobre usuários que frequentam a unidade básica com intervalos pequenos de tempo e sem motivos relevantes aparentemente. Torna-se necessário um olhar mais aprofundado sobre esse perfil de população e uma abordagem diferenciada no acolhimento.

Vale ressaltar que muitas vezes a unidade básica, além das escolas, é o único equipamento público existente em um território. Dessa forma, há que se estabelecer a diferenciação de necessidades de saúde e demanda por cuidados. A primeira requer planejamento de políticas sociais que vão além dos serviços de saúde e esse pode ser um dispositivo de discussão com a comunidade sobre a participação popular na definição das prioridades e operacionalização dessas políticas, como a construção de creches, praças, quadras de esportes, melhoria do transporte público e projetos de geração de renda.

E faz parte do escopo de ação dos profissionais da Atenção Básica estimular a participação dos usuários nas instâncias de controle social do SUS e de outros espaços de organização social. Sobre a demanda por cuidados, propõe-se que a realização do diagnóstico da área de abrangência inclua a análise das famílias sobre o perfil de risco e vulnerabilidade, não apenas de forma regionalizada, demarcada por ruas ou quarteirões, mas de acordo com o histórico de seus membros: desemprego, dependência química, idoso frágil ou acamado, portadores de deficiências, crianças com déficit de cuidados ou atraso de desenvolvimento, violência doméstica, portadores de sofrimento mental e outros. Tal conduta favorece o planejamento de cuidados e a abordagem familiar, que deve anteceder a procura pelo atendimento por demanda espontânea.

O aumento da frequência de determinados usuários na unidade também pode ser questionado aos mesmos, de forma solidária e propositiva: “percebemos que você tem vindo frequentemente a unidade de saúde, existem outros motivos que queira nos falar?” Talvez esse seja o momento que a escuta se dará de forma mais acolhedora e que os reais problemas que o incomodam venham à tona. Percebe-se que as informações sobre o processo de trabalho das equipes e os fluxos nem sempre estão claros e a própria rotina do serviço favorece para a circulação das mesmas pessoas. Por exemplo, quando se adota dia e horário de consulta diferente

dos de agendamento de exames ou a definição de horários restritos de funcionamento de setores como sala de curativo, vacina ou farmácia, fazem com que as pessoas precisem retornar diversas vezes ao serviço de saúde. Há também aqueles usuários que são referência para sua comunidade e são acompanhantes frequentes de outras pessoas no acolhimento, pois se comunicam melhor com os funcionários e entendem as rotinas. Essas pessoas podem ser aliadas para contribuir com a organização do serviço e divulgar as informações para a vizinhança. Os mesmos podem ser convidados para participar de projetos sociais existentes e tornarem-se ativos educadores populares. Quando as queixas clínicas da mesma pessoa se repetem é hora de reavaliar o diagnóstico, a propedêutica, se a queixa está sendo bem conduzida ou se está sendo abordada apenas como condutas paliativas. Além disso, é importante estar atento para mudanças sutis nas características da queixa, evitando que algo importante passe despercebido, pois a equipe já está acostumada com a pessoa e sua queixa. Também é comum comentários e preconceitos com as pessoas que procuram os serviços frequentemente. Esse é um assunto que pode ser abordado na reunião de equipe para que todos compreendam a situação e possam refletir sobre a situação.

Essas queixas podem estar relacionadas à ocupação do usuário. O profissional deve levantar os riscos da atividade laboral descrita e buscar as possíveis causas dessas queixas. Sabemos que a saúde do trabalhador ainda é pouco abordada na atenção básica. No entanto, é crescente a demanda por atendimentos desse tipo, sendo a busca por atestados médicos um fator gerador de conflitos durante o processo de acolhimento à demanda espontânea. Propõe-se a interação com os serviços de atendimento à saúde do trabalhador e a qualificação profissional para lidar com esses casos. Para todos os casos descritos acima e para aqueles vivenciados nas diversas realidades dos serviços de saúde em nosso país, a responsabilidade pelo acolhimento a demanda espontânea deve ser compartilhada com gestores e usuários, deixando de ser um fardo para os trabalhadores que se sentem muitas vezes num campo de batalha.

A produção de cuidado requer planejamento. Uma equipe bem articulada pode ser capaz de prever parte de seus problemas e compartilhar suas decisões, colocando-se como facilitadora no processo de cuidar coletivo e individual. Para isso as atribuições e condutas devem estar previamente pactuadas.



23. SITUAÇÕES “ADMINISTRATIVAS” COMUNS NO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA

Como organizar a renovação e transcrição de receitas e pedidos de exames de outros serviços? Como organizar a renovação de receitas expedidas pelo próprio serviço?

Costuma ser frequente a procura de usuários nas unidades de saúde para transcrição e/ou renovação de prescrições expedidas em serviços privados, na medida em que a dispensação de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e exige prescrição em receituários próprios. Esse tipo de necessidade também se apresenta em relação à renovação de receitas expedidas na própria unidade ou em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, pois existem prazos de validade para dispensação de medicamentos.

O mesmo acontece em relação à transcrição de pedidos de exames complementares, que se aplica a usuários que procuram atendimento em serviços privados (onde são solicitados exames) e comparecem na unidade de saúde na expectativa de transcrever as solicitações desses procedimentos.

23.1. Risco e vulnerabilidade na renovação/transcrição de receitas e exames

Ainda que a princípio pareça ser uma demanda de simples resolução, a renovação/transcrição de receitas pode se tornar problemática se não for adequadamente acolhida do ponto de vista do cuidado ao usuário. Muitas vezes a equipe está pressionada por um conjunto de outras necessidades de caráter agudo, mais urgentes de serem equacionadas, fazendo com que tais demandas sejam colocadas, pelo menos momentaneamente, em segundo plano.

Além disso, geralmente este tipo de demanda não é de fácil resolução, devido a impossibilidade de acessar rapidamente as informações necessárias para saber o porquê de o usuário utilizar a medicação ou necessitar do exame solicitado. O registro no prontuário de uso prévio da medicação pelo usuário é um importante marcador da possibilidade de renovação/transcrição, mas nem sempre temos essa informação disponível prontamente. O motivo disso é que as “simples” transcrição/renovação de receitas e pedidos de exames podem ser rapidamente

realizadas, liberando o serviço da pressão de ter uma grande quantidade de usuários em seu espaço físico de trabalho. Ao mesmo tempo, a “resolução” de um número razoável de demandas de usuários transmite à equipe uma sensação de dever cumprido.

No entanto, os simples atos de transcrever ou renovar prescrições ou pedidos de exame podem gerar e/ou aumentar o risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial derivados do problema de saúde do usuário. A manutenção de certas prescrições de forma inadvertida pode causar efeitos colaterais consideráveis ou mesmo dependência, além de ser ineficaz do ponto de vista terapêutico.

Nesse sentido, são emblemáticas as demandas por renovação de receitas de psicotrópicos. Ao se perguntar os motivos que levaram o usuário a iniciar o uso dessa medicação, encontram-se geralmente respostas de que foram iniciadas a partir de um problema psíquico ocorrido há muito tempo e nunca avaliado devidamente. Em outras palavras, às vezes o usuário tem sua receita renovada durante vários anos sem que em momento algum seja questionado a pertinência e os porquês daquela prescrição.

Nesse processo, a pessoa desenvolve um quadro importante de dependência da medicação. Um triste exemplo disso é o grande número de pessoas que fazem uso indevido de benzodiazepínicos, como diazepam ou clonazepam, das quais ouvimos muitas vezes “é que não consigo dormir sem este remédio”. Resgatando a história anterior de uso da medicação, percebemos que nem sempre houve indicação de uso pela equipe de saúde. Em outros momentos, quando prescrito pelo profissional de saúde, foi colocado enquanto solução simples para uma complexa situação de vulnerabilidade do usuário, como se a medicação fosse resolver os problemas que levaram a pessoa manifestar a insônia.

Nesse caso, recomenda-se que a avaliação da equipe da atenção básica para a prescrição de receitas de outros serviços (sejam do SUS ou da rede privada) devem procurar seguir um mapa elaborado pela equipe em que se categorizem os serviços e profissionais acessados, observando parâmetros como: foram oferecidas outras alternativas terapêuticas, em conjunto ou antes do início da utilização de psicotrópicos? A utilização desses psicotrópicos é recente ou de longa data? Há motivo aparente? É possível começar um desmame do psicotrópico, inclusive

oferecendo alternativas terapêuticas? Tais condutas podem ajudar a equipe a evitar a produção de dependência nos usuários daquele território.

Já no que diz respeito à solicitação de exames complementares por outros serviços, a mera transcrição dos mesmos pode reforçar uma prática medicalizante que infelizmente prepondera como lógica em muitos serviços, em que não se escuta a necessidade do usuário e nem se dedica de forma integral à resolução de seu problema. Nesse caso, a solicitação de uma extensa lista de exames complementares acaba servindo como uma espécie de tentativa de deixar o usuário satisfeito, pois o exame, em si, seria uma forma de resolução (pelo menos temporária) de sua demanda.

Porém, a não consideração sobre a pertinência dos exames (no contexto do projeto de cuidado ao usuário específico que o demanda) pode gerar sofrimento de um lado e desvio do caminho adequado para diagnóstico de outro, principalmente no que se refere aos exames cuja complexidade costuma requerer um tempo de espera mais longo (tomografia computadorizada, por exemplo). Além disso, sobrecarrega o Sistema de Saúde com exames que nem sempre trarão benefícios reais para os usuários e aumentarão as filas. Deve-se, assim, considerar o princípio da prevenção quaternária, tanto no caso de solicitação/transcrição de exames, quanto no caso de renovação de receitas, pois em ambas as situações, o profissional assistente deve tomar cuidado com a hipermedicalização e intervenções médicas desnecessárias, com o intuito de proteger a saúde dos pacientes e evitar malefícios.

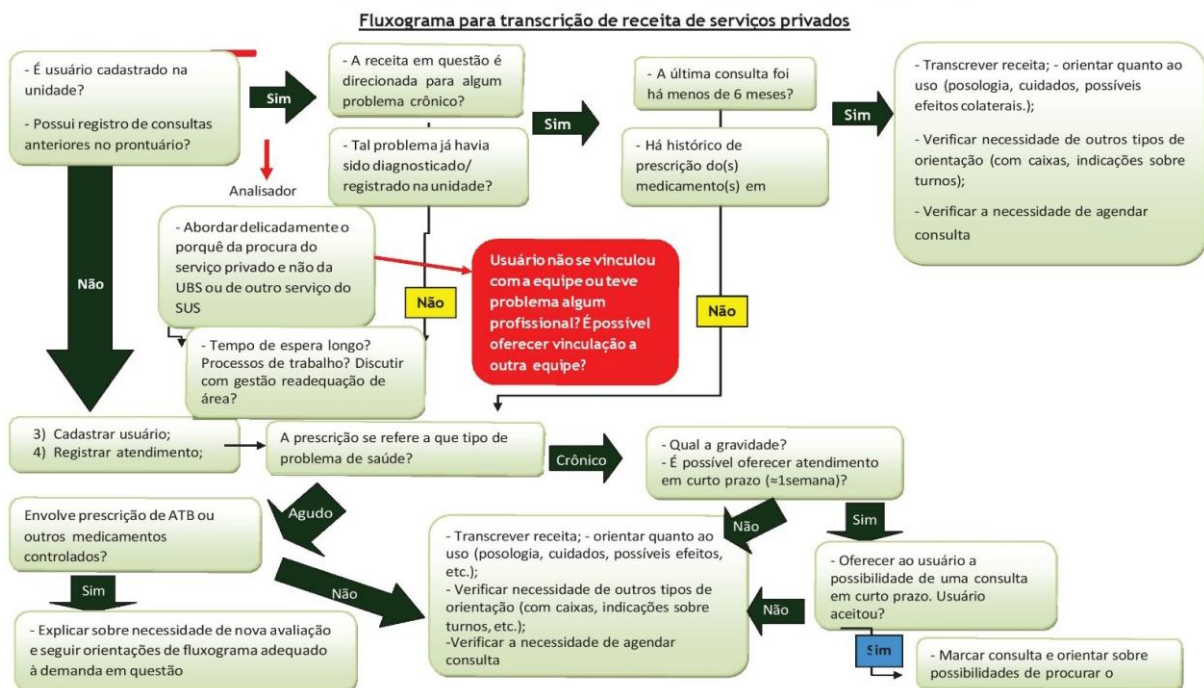
No entanto, como última consideração a esse respeito, cabe reforçar que numa sociedade hipermedicalizada como a nossa (onde os usuários estão acostumados com uma prática corriqueira dos médicos, qual seja: a solicitação de muitos exames) uma possível negativa para realização de um exame deve ser feita de maneira negociada. Uma negativa absoluta (ainda que tecnicamente adequada), que não negocie com as lógicas nas quais o usuário se enxerga sendo cuidado, pode ocasionar ruptura do vínculo entre o profissional e o usuário, com consequente busca por furar aquele bloqueio de outra forma.

Em outras palavras, o vínculo e a relação do profissional com o usuário devem estar acima da negativa: eventualmente é recomendável solicitar um exame tecnicamente questionável. Tal conduta pode não apenas reforçar o vínculo profissional-usuário,

como diminuir seu sofrimento e ansiedade por acreditar que apenas o exame complementar é mais confiável que o exame clínico.

A seguir, apresentaremos alguns fluxogramas para auxiliar as equipes na elaboração de respostas para esses tipos de demandas, de maneira a adequar tanto quanto possível a prescrição às necessidades dos usuários, assim como à disponibilidade de medicamentos no SUS e aos fluxos de prioridade e regulação no acesso a exames e especialistas.

Ministério da Saúde | Secretaria de Atenção Básica | Departamento de Atenção Básica

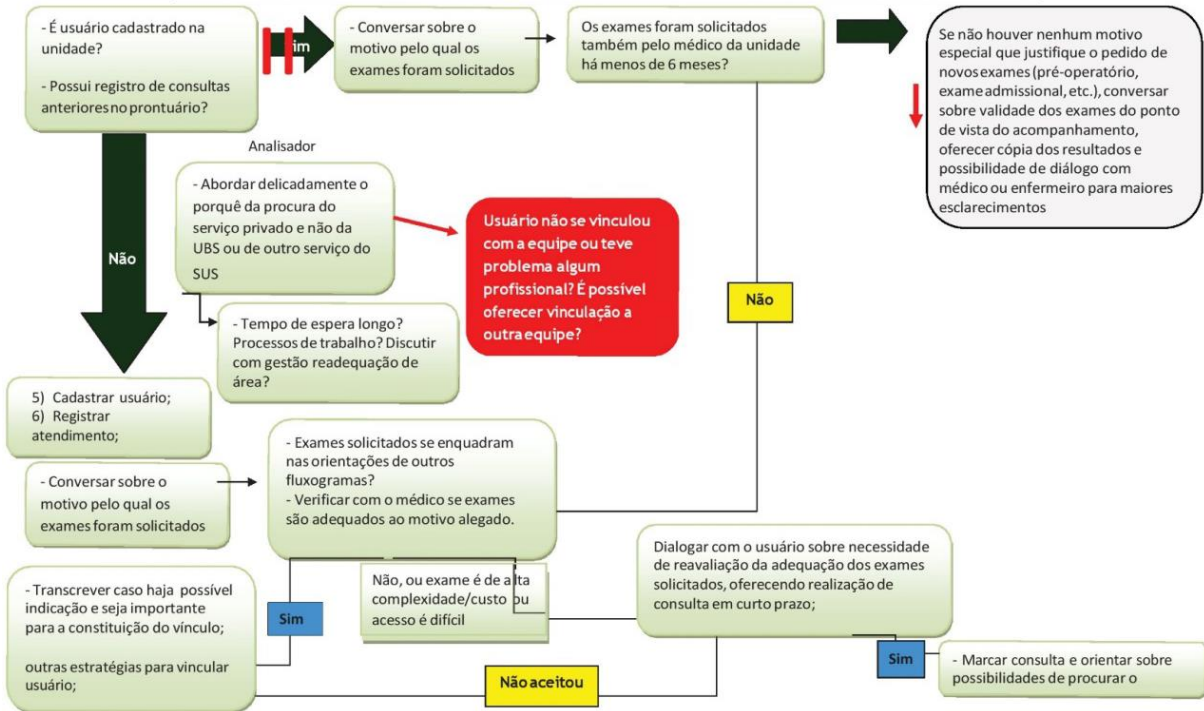


Fluxograma 18. Fluxograma para transcrição de receita de serviços privados



ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA – Queixas mais comuns na Atenção Básica

Fluxograma para transcrição de exames de serviços privados ou outros pontos de atenção da rede pública



Fluxograma 19. Fluxograma para transcrição de exames de serviços privados ou outros pontos de atenção da rede pública



ANEXO I Alongamento

Alongamentos da coluna lombar (Costas)

Alongamentos da coluna cervical (PESCOÇO)

ALONGAMENTO É SAÚDE

DESENVOLVIMENTO: Profissionais de Fisioterapia e Educação Física - SMS

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**EM CASO DE DÚVIDAS
PROCURE ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL**



ANEXO II

Postura e mudanças de estilo de vida

SUS 

COMO PREVENIR A DOR NAS COSTAS?
A prática regular de exercícios físicos e pequenos cuidados no dia-a-dia ajudam a reduzir e evitar as dores da coluna.

CUIDADOS COM A POSTURA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



ANEXO III

Classificação de risco e manejo do paciente

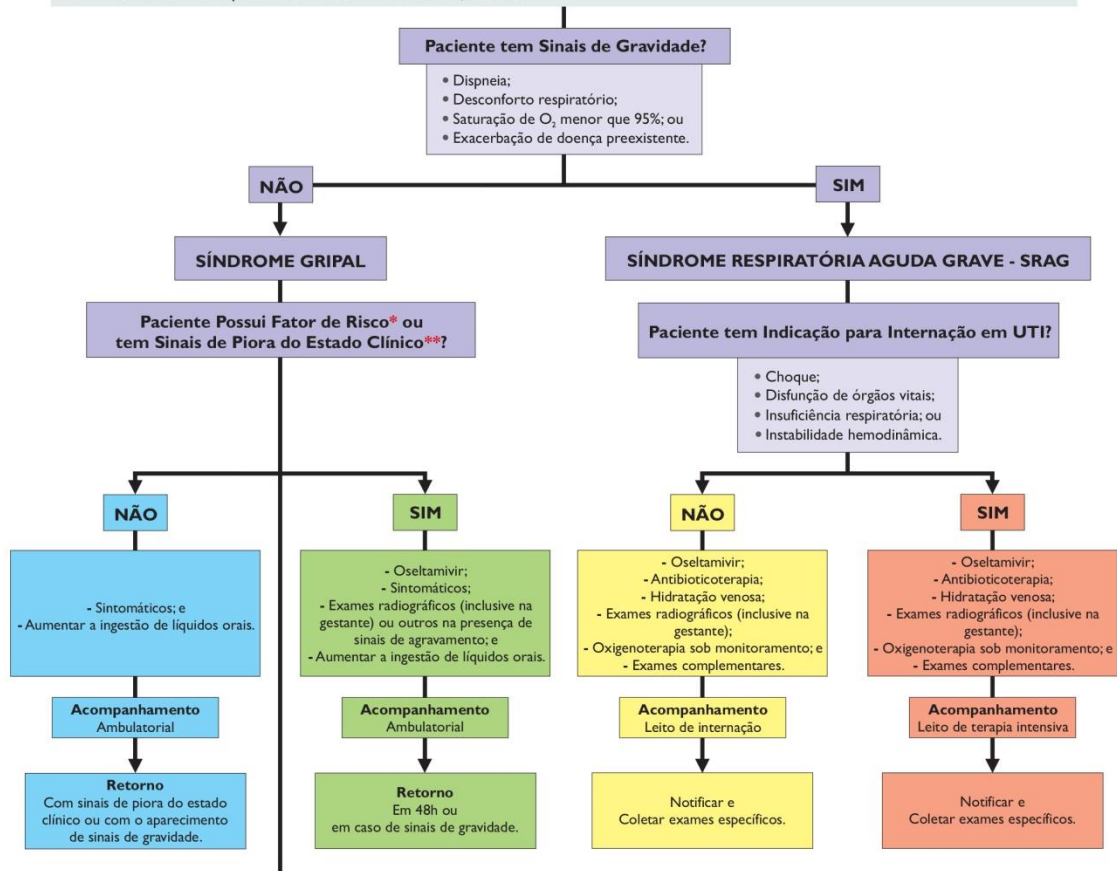
SÍNDROME GRIPAL/SRAG

Classificação de Risco e Manejo do Paciente

Síndrome Gripal

Na ausência de outro diagnóstico específico, considerar o paciente com febre, de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: mialgia, cefaleia ou artralgia.

Obs: em crianças com menos de 2 anos de idade considerar, na ausência de outro diagnóstico específico, febre de início súbito, mesmo que referida, e sintomas respiratórios: tosse, coriza e obstrução nasal.



* **Fatores de Risco:** população indígena; gestantes; puérperas (até 2 semanas após o parto); crianças (≤ 2 anos), adultos (≥ 60 anos); pneumopatias (incluindo asma); cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica); doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme); distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus); transtornos neurológicos e do desenvolvimento que possam comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção congênita, lesões medulares, epilepsia, paralisia cerebral, Síndrome de Down, AVC ou doenças neuromusculares); imunossupressão (medicamentos, neoplasias, HIV/Aids); nefropatias e hepatopatias.

** **Sinais de Piora do Estado Clínico:** persistência ou agravamento da febre por mais de 3 dias; miosite comprovada por CPK (≥ 2 a 3 vezes); alteração do sensorio; desidratação e, em crianças, exacerbação dos sintomas gastrointestinais.

DROGA	FAIXA ETÁRIA	TRATAMENTO	
OSELTAMIVIR	Adulto	75mg, 12/12h, 5 dias	
	Criança Maior de 1 Ano de Idade	≤ 15 kg	30mg, 12/12h, 5 dias
		> 15 a 23 kg	45mg, 12/12h, 5 dias
		> 23 a 40 kg	60mg, 12/12h, 5 dias
		> 40 kg	75mg, 12/12h, 5 dias
	Criança Menor de 1 Ano de Idade	< 3 meses	12mg, 12/12h, 5 dias
3 a 5 meses		20mg, 12/12h, 5 dias	
6 a 11 meses		25mg, 12/12h, 5 dias	
ZANAMIVIR	Adulto	10mg: duas inalações de 5mg, 12/12h, 5 dias	
	Criança	≥ 7 anos 10mg: duas inalações de 5mg, 12/12h, 5 dias	

Quando indicado,
iniciar mesmo na suspeita clínica
GRIFE TEM TRATAMENTO



Ministério da
Saúde



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de atenção básica. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília-DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf >.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção básica. Departamento de atenção básica. Acolhimento à demanda espontânea. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II. Brasília-DF, 2012.
4. CORDEIRO, D. C.; DIEHL A.; LARANJEIRA R. Dependência química: prevenção tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.
5. DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J.. Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, p.104.
6. FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Pack Brasil Adulto: Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde. Florianópolis-SC, 2016.
7. FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Protocolo de Enfermagem – Atenção a Demanda Espontânea de Cuidado nos Adultos. Volume IV. Florianópolis – SC, 2016.
8. MELLO FILHO, J. SILVEIRA, LM. Consulta Conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, 2005.



PREFEITURA DE
CATANDUVA
SECRETARIA DE SAÚDE



9. VIDOR, A. C.; CUNHA, C. R. H.. Náuseas e vômitos. In. DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J.. Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 1193-1200.