



MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
- Gabinete do Prefeito -



OFÍCIO Nº 2854/2022

Em 18 de outubro de 2022

Câmara Municipal de Araraquara

Protocolo: 9307/2022 de 21/10/2022 13:25

Documento: Resposta nº 1 à Indicação nº 3245/2022

Interessado: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
- CHEFIA GABINETE

Destinatário: GER. DE EXPEDIENTE LEGISLATIVO.

Ao
Excelentíssimo Senhor
ALUÍSIO BOI
MD. Presidente da Câmara Municipal
Rua São Bento, 887
ARARAQUARA/SP

Senhor Presidente:

Com os nossos respeitosos cumprimentos, em resposta à **Indicação nº 3245/2022**, de autoria do Vereador **JOÃO CLEMENTE**, sobre o assunto, em anexo, encaminhamos a manifestação prestada pela Secretaria Municipal de Saúde

Na oportunidade, renovamos os protestos de nossa estima e consideração.

Atenciosamente,


ALAN SILVA
Chefe de Gabinete



MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



Araraquara, 05 de agosto de 2022.

OF. SMS. Nº 0230/2022

Indicação: Nº 3245/2022
Vereador: João Clemente

Prezado Senhor,
Alan Silva
Chefe de Gabinete

Em resposta a Indicação em epígrafe, encaminhamos o OF. CEAB Nº 0208/2022 da Coordenadoria Executiva da Atenção Básica, desta Secretaria.

Sendo o que tínhamos para o momento, colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,

ELIANA APARECIDA MORI HONAIN
Secretária Municipal Saúde de Araraquara - SP



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

COORDENADORIA EXECUTIVA DA ATENÇÃO BÁSICA

Rua Expedicionários do Brasil, 3098 – São Geraldo

Telefone: (016) 3301-1700

CEP 14.801-360, Araraquara - SP

OF. CEAB Nº 208/2022

Araraquara, 26 de julho de 2022.

À Secretária de Saúde

Sra. Eliana Mori Honain

Assunto: Resposta à indicação 3245/2022, do vereador João Clemente, que indica “a realização de estudos e análises acerca da implementação da Campanha Municipal Amor e Cuidados com os Pés em Pessoas com Diabetes”.

Venho por meio deste, com os mais sinceros votos de estima e consideração, responder à presente indicação.

De acordo com a PNAB, no capítulo I e Art. 10º, que trata ainda das responsabilidades da Secretaria Municipal de Saúde, é de competência da mesma:

“III- organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.” – PNAB – 2017

Neste contexto, a Secretaria Municipal de Saúde instituiu o Protocolo para Assistência de Enfermagem na Atenção Básica – Unidades de Saúde da Família (USFs) e Centros Municipais de Saúde (CMSs), validado pela Comissão Técnica de Enfermagem em 2018. O documento possui sistematização da linha de cuidado com o pé diabético, com a finalidade de realizar avaliação diagnóstica, prescrição de curativo, orientação nutricional, classificação dos ferimentos bem como o fornecimento de insumos necessários para os cuidados do usuário em seu domicílio. Segue anexo trecho do documento que trata da linha de cuidado do pé diabético.

Sendo assim, reitero que esta coordenadoria tem se esmerado em oferecer um cuidado longitudinal, preventivo e resolutivo em relação a todos os munícipes que possuem doenças crônicas e suas possíveis complicações, incluindo o pé diabético.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

COORDENADORIA EXECUTIVA DA ATENÇÃO BÁSICA

Rua Expedicionários do Brasil, 3098 – São Geraldo

Telefone: (016) 3301-1700

CEP 14.801-360, Araraquara - SP

Sem mais, desde já agradeço e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Dra. Talitha Paula Resende Martins

Coordenadora Executiva de Atenção Básica

26. Sistematização da Assistência de Enfermagem na consulta do adulto

HISTÓRICO:		
Nome		DN
Idade		Sexo
Escolaridade		Ocupação
Histórico familiar de comorbidades		
Comorbidades pessoais		
Medicamentos em uso		
Dificuldades no uso?		
Tabagista?	Etilista?	Outras drogas?
Alergias?		
Queixa atual		
Faz tratamento em outra unidade de saúde? (NGA3, SESA, CRIA, CAPS II, CAPS AD, CRASMA, outros)		
Esteve internado no último ano?		Motivo?
Sinais Vitais:	FC	FR
P	Est	IMC
PA	Tª	Estado nutricional
Circunferência abdominal	Glicemia	SPO2
Exame Físico:		
Estado Geral (percepção, orientação, fala, postura)		Alimentação e Hidratação (via, tipo, frequência)
Sistema tegumentar (turgor, textura, coloração, integridade, umidade)		Sistema osteoarticular (se deambula, se necessita de auxílio, se alguma limitação de movimentos MMSS e II)
Tórax (simetria, ausculta pulmonar e cardíaca)		Abdômen (plano, globoso, rígido, flácido, timpânico, doloroso)
Repouso		Atividades (física e de lazer)
Eliminações (características, alterações, dificuldades, se uso de dispositivos como sondas e ostomias)		
Sexualidade		
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM possíveis:		
CIPESC (pg):		
<ul style="list-style-type: none"> • Permeabilidade de vias aéreas comprometidas (08) • Sobrepeso (15) • Constipação (17) • Sono Alterado (20) • Higiene Corporal Alterada (24) • Integridade da pele comprometida do idoso (28) • Autocuidado inadequado (24) • Controle do Regime Terapêutico Inadequado (38) • Vínculo Familiar Presente ou Ausente (54) 	<ul style="list-style-type: none"> • Edema postural de MMII no Hipertenso/Diabético (08) • Desnutrição (16) • Sono excessivo (20) • Atividade Motora alterada (21) • Trauma na pele (26) • Memória Deficiente (34) • Risco para Acidente Doméstico (35) • Solidão (48) • Uso de álcool e outras drogas (37) 	
PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM possíveis:		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Vide página (pg.) referente ao diagnóstico CIPESC utilizado.</i> • Planejar as prescrições visando a autonomia e independência do usuário, estimulando a co-responsabilização da família. • Avaliar o conhecimento do usuário sobre a doença crônica e tratamento que realiza. • Avaliar complicações instaladas (pé diabético, plegia, parestia, nefropatia, problemas respiratórios,...) • Realizar exercícios físicos regulares (ao usuário) • Participar de atividades em grupo. (ao usuário) • Agendar atendimento com o responsável pelo usuário para auxílio na separação de medicamentos e administração. • Orientar sexo seguro. • Orientar a importância da dieta fracionada, rica em fibras. • Agendar consulta de retorno para avaliação. • Agendar visita domiciliar. • Agendar consulta médica. • Identificar as redes de apoio e fazer encaminhamentos pertinentes (grupo de tabaco, CAPS ad, SARA, CRAS,...). 		
AVALIAÇÃO		

27. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Visita Domiciliar

HISTÓRICO:		
Nome		DN
Idade		Sexo
Escolaridade		Ocupação
Tipo de moradia (casa, aptº, própria, alugada, cedida)	Material (tijolo, madeira, barro, barraco)	Condições de higiene
Nº de cômodos		Nº de residentes
Tipo de água que consome (torneira, filtrada, fervida, mineral)		
Destino do lixo (Coleta pública, a céu aberto, enterra, queima)		
Destino da necessidade fisiológica (esgoto, fossa)		
Possui animais?		
Convívio familiar	Renda familiar	Convívio com vizinhos
Mobilidade (acamado, domiciliado, deficiência física ou intelectual)		AVD's e AIVD's (dificuldades?)
Comorbidades pessoais		
Medicamentos em uso		
Dificuldades no uso?		
Tabagista?	Etilista?	Outras drogas?
Alergias?		
Queixa atual		
Faz tratamento em outra unidade de saúde? (SAD, NGA3, SESA, CRIA, CAPS II, CAPS AD, CRASMA, outros)		
Esteve internado no último ano?		Motivo?
Sinais Vitais: PA	FC	FR
P	Est	IMC
Glicemia	Tª	Estado nutricional
Exame Físico:		
Estado Geral (percepção, orientação, fala, postura)		Alimentação e Hidratação (via, tipo, frequência)
Avaliar boca e dentes		
Sistema tegumentar (turgor, textura, coloração, integridade, umidade)		Sistema osteoarticular (se deambula, se necessita de auxílio, se alguma limitação de movimentos MMSS e II)
Tórax (simetria, ausculta pulmonar e cardíaca)		Abdômen (plano, globoso, rígido, flácido, timpânico, doloroso)
Repouso		Atividades (física e de lazer)
Eliminações (características, alterações, dificuldades, se uso de dispositivos como sondas e ostomias)		
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM possíveis:		
CIPESC (pq):		
<ul style="list-style-type: none"> • Sobrepeso (15) • Desnutrição (16) • Constipação (17) • Sono Alterado (20) • Atividade motora alterada (21) • Higiene Corporal Alterada (24) • Integridade da pele comprometida do idoso (28) • Autocuidado inadequado (24) • Higiene oral inadequada (25) 		<ul style="list-style-type: none"> • Edema postural de MMII no Hipertenso/Diabético (08) • Trauma na pele (26) • Dor (33) • Memória Deficiente (34) • Risco para Acidente Doméstico (35) • Agressão ao idoso (37) • Solidão (48) • Apoio Familiar Prejudicado (52) • Vínculo Familiar Presente <i>ou</i> Ausente (54)
PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM (Vide página do Diagnóstico Levantado)		

28. Guia para avaliação e descrição de feridas

CAUSA		TIPO DE LESÃO	C X L X P	LEITO DA FERIDA
- Cirúrgica: Agudas (ex.: incisão, excisão, enxerto); - Crônicas (ex.: deiscência, ferida cirúrgica infectada). - Não Cirúrgica > Agudas (ex.: queimaduras, abrasão, esfolia-dura, laceração); - Crônicas (ex.: úlceras de pressão).		- Abrasão/ Laceração - Contusa - Queimadura - Venosa - Arterial - Pressão - Neuropática - Outras (descrever)	- C = comprimento - L = largura - P = Profundidade OBS.: Fazer o decalque da ferida. Medir a profundidade.	- Epitelizado (róseo) - Granulação (vermelho) - Desvitalizado: seco ou úmido Ex.: esfacelo (amarelo) / necrose (negro, marrom, cinza) / escara - Espaço morto: túnel/ fistula/ cavidade.
BORDAS	EXSUDATO		ODOR	PELE PERILESIONADA
- Regular/irregular - Contraída/Rósea - Esbranquiçada - Hiperemiada - Macerada - Hiperqueratosa	TIPO - Seroso (claro) - Sanguinolento - Serossanguinolento - Purulento - Nenhum - Piossanguinolento	QUANTIDADE - 0 (nenhum) - + (pouco) - ++ (moderado) - +++ (intenso) - ++++ (abundante)	- N (nenhum) - C (característica) - F (fétido) - P (pútrido)	- Normal (hidratada, cor e temp. bons) - Desidratada, seca, descamativa, pruriginosa - Cor: eczema, hiperpigmentada escura - Temperatura: fria, quente - Inflamada: edema, hiperemia, endureção, flutuação, crepitação, escoriações
ESTADIAMENTO DA FERIDA	ÚLCERA	Pressão: - Estágio: I (hiperemia em pele íntegra); II (epiderme/derme rompida) III (subcutâneo/fáscia muscular. c/ou s/ necrose); IV (músculo/osso, c/ ou s/ necrose infecção)		
		Vem. /Art.: - Estágio: I (epiderme + derme); II (subcutâneo); III (fáscia, músculo); IV (osso, articulação)		
	Pé Diabético: - Grau: 0 (pé em risco); 1 (úlceras superficiais); 2 (subcutâneo/tendão/ligam.); 3 (infecção/abscesso); 4 (pequena Gangrena: dedos, calcâneo, plantar anterior/posterior); 5 (grande gangrena)			
	Queimadura: - Grau: 1º (epiderme: hiperemia, s/ bolhas, flictenas); 2º (epiderme, parte da derme, bolhas, flictenas); 3º (epiderme, derme, outros tecidos)			

Fonte: Protocolo de cuidados de feridas - SMS Florianópolis, 2007.

29. Sistematização da Assistência de Enfermagem na avaliação de feridas

HISTÓRICO:		
Nome		DN
Data		Prontuário
Doenças concomitantes		
Medicamentos em uso		Alergia
Alimentação (Tipo e número de refeições/dia)		Hidratação
Elevação ou repouso MMII? (quantidade de vezes ao dia, tempo médio do repouso)		
Fatores de risco (tabagismo, etilismo, obesidade)		
Atividade física e de lazer		
Queixas		
P.A		Glicemia capilar
Peso	Altura	IMC
Avaliação da pele e anexos (coloração, hidratação, turgor, temperatura, higiene, disposição dos pelos, qualidade das unhas)		
Avaliação musculoesquelética (deformidades, amplitude de movimentos, tônus muscular)		
Avaliação vascular (presença ou não dos pulsos pedioso e tibial posterior, vascularização periférica, varizes)		
Avaliação neurológica (testar sensibilidade protetora dos pés)		
Sistema urinário e intestinal (se incontinência, características)		
Movimentação (deambula, deambula com auxílio, acamado, cadeirante)		
<ul style="list-style-type: none"> • AVALIAÇÃO DA FERIDA: 		
Causa da ferida (incisão cirúrgica, úlcera por pressão, traumática, úlcera neuropática, queimadura, úlcera arterial, fixadores, úlcera venosa, bolha (flictena, deiscência, cisalhamento, actínica, lesão p/ fricção, estoma, dermatite associada a incontinência-DAI, oncológica)		
Data início da ferida		Início do tratamento na unidade
Localização da ferida		Aspecto (superficial, cavitária, plana, profunda, c/ fístula)
Tipo de tecido (viável, inviável ou necrose)		Cor (vermelho, róseo, amarelo, cinza, preto)
Odor (inodoro, discreto, moderado, forte)		Exsudato (tipo e quantidade)
Diâmetro (comp. x largura) / Profundidade		Bordas (aderidas, descoladas, regulares)
Pele adjacente (rubor, induração, edema, maceração, hiperqueratose)		
Temperatura da pele adjacente (quente ou frio)		Dor (melhora com repouso?)
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM possíveis:		
CIPESC (pg): <ul style="list-style-type: none"> • Atividade física inadequada (20) • Atividade motora alterada (21) • Higiene Corporal Alterada (24) • Autocuidado inadequado (24) • Trauma na pele (26) • Escoriação da pele (26) 		<ul style="list-style-type: none"> • Queimadura (27) • Retorno venoso prejudicado (31) • Dor (33) • Imagem corporal alterada (57) • Sensibilidade periférica prejudicada (34) • Integridade da pele comprometida do idoso (28) • Integridade da pele comprometida na criança (28)
PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM possíveis:		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Vide página (pg.) referente ao diagnóstico CIPESC utilizado. 2. CURATIVO: <ul style="list-style-type: none"> • Realizar avaliação, mensuração, comparar e registrar mudanças na ferida. • Realizar limpeza da ferida com _____, aplicar _____ em bordas e _____ no leito da ferida. • Realizar curativo prescrito pelo profissional que avaliou a ferida e anotar o procedimento no prontuário. • Retornar para avaliação do enfermeiro em _____ dias. 3. OUTROS CUIDADOS CONCOMITANTES: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o conhecimento do usuário/família/cuidador sobre a doença crônica e tratamento que realiza. • Agendar atendimento com o responsável pelo usuário para auxílio na separação de medicamentos e administração. • Orientar para manter extremidades aquecidas. • Agendar consulta médica se sinais de infecção e investigar anemia. 		
AValiação:		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (EXEMPLO):

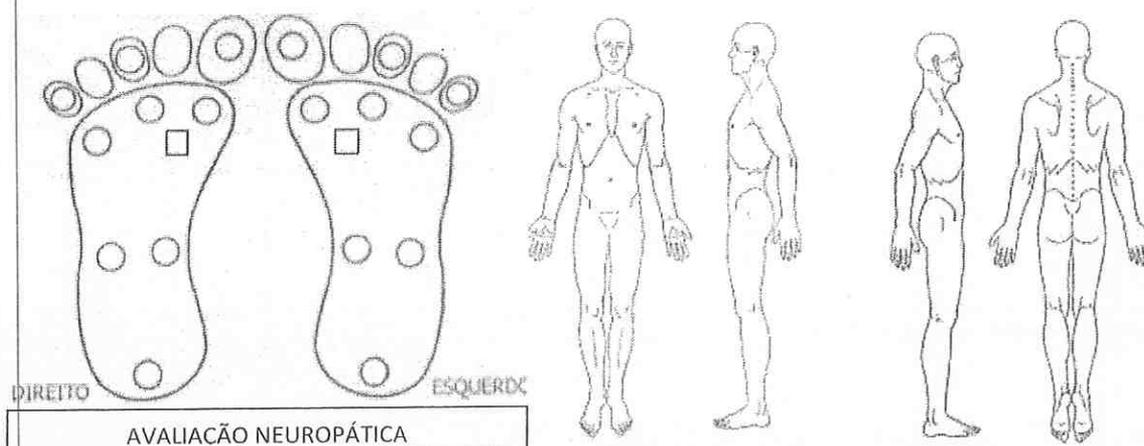
Curativo _____ ao dia e avaliação do MMII

Alimentação fracionada 6 vezes ao dia, rica em fibras, e aumento da ingesta hídrica

Uso correto dos medicamentos

Retorno para reavaliação em _____ dias

Observar durante a Anamnese:



Tipos/ causas de feridas:

IC – incisão cirúrgica	UP – úlcera por pressão
T – traumática	UN – úlcera neuropática
Q – queimadura	UA – úlcera arterial
F – fixadores	UV – úlcera venosa
B – bolha (flictena)	D – deiscência
C – cisalhamento	A – actínica
LP – lesão p/ fricção	E – estoma
DAI – dermatite associada a incontinência	
O – oncológica (tumoral)	

Pé diabético – Classificação de Wagner

- Grau 0** – pé de alto risco, sem úlcera.
- Grau 1** – úlcera superficial, sem infecção
- Grau 2** – úlcera profunda, com infecção e sem envolvimento ósseo.
- Grau 3** – úlcera profunda, com envolvimento ósseo e formação de abscesso.
- Grau 4** – gangrena localizada.
- Grau 5** – gangrena em todo o pé.

CATEGORIZAÇÃO DO FERIMENTO POR MEIO DA OBSERVAÇÃO DAS CORES VERMELHA, AMARELA OU PRETA E SUAS VARIAÇÕES

<i>Vermelha</i>	<i>Amarela</i>	<i>Preta</i>
<i>Cor vermelha com aspecto limpo indica presença de tecido de granulação saudável;</i>	<i>Amarelo forte há grande quantidade de material fibrótico e outros componentes oriundos da degradação celular;</i>	<i>Cor preta confirma presença de tecido necrótico;</i>
<i>Vermelho escuro com aparência friável é indicativo de processo infeccioso em andamento;</i>	<i>Por vezes há uma mistura das cores amarela e vermelha indicando haver granulação mas persistindo, ainda, tecido fibrótico no leito da ferida;</i>	<i>Podem estar presentes, também, o pus e o material fibroso que favorecem a proliferação de microorganismos;</i>
<i>Vermelho opaco, tendendo ao cinza, significa uma diminuição ou retardo da granulação;</i>		
Obs: * Quando a lesão apresentar mais de uma cor deverá ser classificada pela cor que indica a situação mais crítica *		

Fonte: Caderno de Enfermagem em ortopedia/Ministério da Saúde - INTO, 2006.

DA LIBERAÇÃO DOS PRODUTOS / MATERIAIS DE CURATIVOS NO DOMICÍLIO

Os insumos serão fornecidos pela farmácia mensalmente ao usuário para realização de curativos no domicílio, através de prescrição do profissional enfermeiro. A renovação da prescrição deverá acontecer trimestralmente, ou em período menor se assim o desejar. Sendo assim, faz-se necessário programar um horário na agenda para atendimento destes pacientes. **A receita terá VALIDADE MÁXIMA DE 90 DIAS e somente será revalidada após CONSULTA DE ENFERMAGEM,** onde o profissional poderá solicitar, quando necessário, os seguintes exames laboratoriais: hemograma completo, glicemia de jejum e cultura do exsudato com antibiograma. O enfermeiro deverá fazer um provisionamento dos insumos junto ao FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL PELA UNIDADE, visando garantir o material necessário ao tratamento, tendo como premissa atender adequadamente o usuário, porém evitar o desperdício de materiais e insumos.



MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



Araraquara, 05 de agosto de 2022.

OF. SMS. Nº 0230/2022

Indicação: Nº 3245/2022
Vereador: João Clemente

Prezado Senhor,
Alan Silva
Chefe de Gabinete

Em resposta a Indicação em epígrafe, encaminhamos o OF. CEAB Nº 0208/2022 da Coordenadoria Executiva da Atenção Básica, desta Secretaria.

Sendo o que tínhamos para o momento, colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,

ELIANA APARECIDA MORI HONAIN
Secretária Municipal Saúde de Araraquara - SP



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

COORDENADORIA EXECUTIVA DA ATENÇÃO BÁSICA

Rua Expedicionários do Brasil, 3098 – São Geraldo

Telefone: (016) 3301-1700

CEP 14.801-360, Araraquara - SP

OF. CEAB Nº 208/2022

Araraquara, 26 de julho de 2022.

À Secretária de Saúde

Sra. Eliana Mori Honain

Assunto: Resposta à indicação 3245/2022, do vereador João Clemente, que indica “a realização de estudos e análises acerca da implementação da Campanha Municipal Amor e Cuidados com os Pés em Pessoas com Diabetes”.

Venho por meio deste, com os mais sinceros votos de estima e consideração, responder à presente indicação.

De acordo com a PNAB, no capítulo I e Art. 10º, que trata ainda das responsabilidades da Secretaria Municipal de Saúde, é de competência da mesma:

“III- organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.” – PNAB – 2017

Neste contexto, a Secretaria Municipal de Saúde instituiu o Protocolo para Assistência de Enfermagem na Atenção Básica – Unidades de Saúde da Família (USFs) e Centros Municipais de Saúde (CMSs), validado pela Comissão Técnica de Enfermagem em 2018. O documento possui sistematização da linha de cuidado com o pé diabético, com a finalidade de realizar avaliação diagnóstica, prescrição de curativo, orientação nutricional, classificação dos ferimentos bem como o fornecimento de insumos necessários para os cuidados do usuário em seu domicílio. Segue anexo trecho do documento que trata da linha de cuidado do pé diabético.

Sendo assim, reitero que esta coordenadoria tem se esmerado em oferecer um cuidado longitudinal, preventivo e resolutivo em relação a todos os munícipes que possuem doenças crônicas e suas possíveis complicações, incluindo o pé diabético.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

COORDENADORIA EXECUTIVA DA ATENÇÃO BÁSICA

Rua Expedicionários do Brasil, 3098 – São Geraldo

Telefone: (016) 3301-1700

CEP 14.801-360, Araraquara - SP

Sem mais, desde já agradeço e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Dra. Talitha Paula Resende Martins

Coordenadora Executiva de Atenção Básica

26. Sistematização da Assistência de Enfermagem na consulta do adulto

HISTÓRICO:		
Nome	DN	
Idade	Sexo	
Escolaridade	Ocupação	
Histórico familiar de comorbidades		
Comorbidades pessoais		
Medicamentos em uso		
Dificuldades no uso?		
Tabagista?	Etilista?	Outras drogas?
Alergias?		
Queixa atual		
Faz tratamento em outra unidade de saúde? (NGA3, SESA, CRIA, CAPS II, CAPS AD, CRASMA, outros)		
Esteve internado no último ano?		Motivo?
Sinais Vitais:	FC	FR
P	Est	IMC
PA	Tª	Estado nutricional
Circunferência abdominal	Glicemia	SPO2
Exame Físico:		
Estado Geral (percepção, orientação, fala, postura)	Alimentação e Hidratação (via, tipo, frequência)	
Sistema tegumentar (turgor, textura, coloração, integridade, umidade)	Sistema osteoarticular (se deambula, se necessita de auxílio, se alguma limitação de movimentos MMSS e II)	
Tórax (simetria, ausculta pulmonar e cardíaca)	Abdômen (plano, globoso, rígido, flácido, timpânico, doloroso)	
Repouso	Atividades (física e de lazer)	
Eliminações (características, alterações, dificuldades, se uso de dispositivos como sondas e ostomias)		
Sexualidade		
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM possíveis:		
<i>CIPESC (pg):</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Permeabilidade de vias aéreas comprometidas (08) • Sobrepeso (15) • Constipação (17) • Sono Alterado (20) • Higiene Corporal Alterada (24) • Integridade da pele comprometida do idoso (28) • Autocuidado inadequado (24) • Controle do Regime Terapêutico Inadequado (38) • Vínculo Familiar Presente <i>ou</i> Ausente (54) 	<ul style="list-style-type: none"> • Edema postural de MMII no Hipertenso/Diabético (08) • Desnutrição (16) • Sono excessivo (20) • Atividade Motora alterada (21) • Trauma na pele (26) • Memória Deficiente (34) • Risco para Acidente Doméstico (35) • Solidão (48) • Uso de álcool e outras drogas (37) 	
PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM possíveis:		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Vide página (pg.) referente ao diagnóstico CIPESC utilizado.</i> • Planejar as prescrições visando a autonomia e independência do usuário, estimulando a co-responsabilização da família. • Avaliar o conhecimento do usuário sobre a doença crônica e tratamento que realiza. • Avaliar complicações instaladas (pé diabético, plegia, paresia, nefropatia, problemas respiratórios,...) • Realizar exercícios físicos regulares (ao usuário) • Participar de atividades em grupo. (ao usuário) • Agendar atendimento com o responsável pelo usuário para auxílio na separação de medicamentos e administração. • Orientar sexo seguro. • Orientar a importância da dieta fracionada, rica em fibras. • Agendar consulta de retorno para avaliação. • Agendar visita domiciliar. • Agendar consulta médica. • Identificar as redes de apoio e fazer encaminhamentos pertinentes (grupo de tabaco, CAPS ad, SARA, CRAS,...). 		
AValiação		

27. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Visita Domiciliar

HISTÓRICO:		
Nome		DN
Idade		Sexo
Escolaridade		Ocupação
Tipo de moradia (casa, aptº, própria, alugada, cedida)	Material (tijolo, madeira, barro, barraco)	Condições de higiene
Nº de cômodos		Nº de residentes
Tipo de água que consome (torneira, filtrada, fervida, mineral)		
Destino do lixo (Coleta pública, a céu aberto, enterra, queima)		
Destino da necessidade fisiológica (esgoto, fossa)		
Possui animais?		
Convívio familiar	Renda familiar	Convívio com vizinhos
Mobilidade (acamado, domiciliado, deficiência física ou intelectual)		AVD's e AIVD's (dificuldades?)
Comorbidades pessoais		
Medicamentos em uso		
Dificuldades no uso?		
Tabagista?	Etilista?	Outras drogas?
Alergias?		
Queixa atual		
Faz tratamento em outra unidade de saúde? (SAD, NGA3, SESA, CRIA, CAPS II, CAPS AD, CRASMA, outros)		
Esteve internado no último ano?		Motivo?
Sinais Vitais: PA	FC	FR
P	Est	IMC
Glicemia	Tª	Estado nutricional
Exame Físico:		
Estado Geral (percepção, orientação, fala, postura)		Alimentação e Hidratação (via, tipo, frequência)
Avaliar boca e dentes		
Sistema tegumentar (turgor, textura, coloração, integridade, umidade)		Sistema osteoarticular (se deambula, se necessita de auxílio, se alguma limitação de movimentos MMSS e II)
Tórax (simetria, ausculta pulmonar e cardíaca)		Abdômen (plano, globoso, rígido, flácido, timpânico, doloroso)
Repouso		Atividades (física e de lazer)
Eliminações (características, alterações, dificuldades, se uso de dispositivos como sondas e ostomias)		
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM possíveis:		
CIPESC (pg):		
<ul style="list-style-type: none"> • Sobrepeso (15) • Desnutrição (16) • Constipação (17) • Sono Alterado (20) • Atividade motora alterada (21) • Higiene Corporal Alterada (24) • Integridade da pele comprometida do idoso (28) • Autocuidado inadequado (24) • Higiene oral inadequada (25) 	<ul style="list-style-type: none"> • Edema postural de MMII no Hipertenso/Diabético (08) • Trauma na pele (26) • Dor (33) • Memória Deficiente (34) • Risco para Acidente Doméstico (35) • Agressão ao idoso (37) • Solidão (48) • Apoio Familiar Prejudicado (52) • Vínculo Familiar Presente ou Ausente (54) 	
PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM (Vide página do Diagnóstico Levantado)		

28. Guia para avaliação e descrição de feridas

CAUSA		TIPO DE LESÃO	C X L X P	LEITO DA FERIDA
- Cirúrgica: Agudas (ex.: incisão, excisão, enxerto); - Crônicas (ex.: deiscência, ferida cirúrgica infectada). - Não Cirúrgica > Agudas (ex.: queimaduras, abrasão, esfolia-dura, laceração); - Crônicas (ex.: úlceras de pressão).		- Abrasão/ Laceração - Contusa - Queimadura - Venosa - Arterial - Pressão - Neuropática - Outras (descrever)	- C = comprimento - L = largura - P = Profundidade OBS.: Fazer o decalque da ferida. Medir a profundidade.	- Epitelizado (róseo) - Granulação (vermelho) - Desvitalizado: seco ou úmido Ex.: esfacelo (amarelo) / necrose (negro, marrom, cinza) / escara - Espaço morto: túnel/ fistula/ cavidade.
BORDAS	EXSUDATO		ODOR	PELE PERILESIONADA
- Regular/irregular - Contraída/Rósea - Esbranquiçada - Hiperemiada - Macerada - Hiperqueratosa	TIPO - Seroso (claro) - Sanguinolento - Serossanguinolento - Purulento - Nenhum - Piossanguinolento	QUANTIDADE - 0 (nenhum) - + (pouco) - ++ (moderado) - +++ (intenso) - ++++ (abundante)	- N (nenhum) - C (característica) - F (fétido) - P (pútrido)	- Normal (hidratada, cor e temp. bons) - Desidratada, seca, descamativa, pruriginosa - Cor: eczema, hiperpigmentada escura - Temperatura: fria, quente - Inflamada: edema, hiperemia, endureção, flutuação, crepitação, escoriações
ESTADIAMENTO DA FERIDA	ÚLCERA	Pressão: - Estágio: I (hiperemia em pele íntegra); II (epiderme/derme rompida) III (subcutâneo/fáscia muscular. c/ou s/ necrose); IV (músculo/osso, c/ ou s/ necrose infecção)		
		Vem. /Art.: - Estágio: I (epiderme + derme); II (subcutâneo); III (fáscia, músculo); IV (osso, articulação)		
	Pé Diabético: - Grau: 0 (pé em risco); 1 (úlceras superficiais); 2 (subcutâneo/tendão/ligam.); 3 (infecção/abscesso); 4 (pequena Gangrena: dedos, calcâneo, plantar anterior/posterior); 5 (grande gangrena)			
	Queimadura: - Grau: 1º (epiderme: hiperemia, s/ bolhas, flictenas); 2º (epiderme, parte da derme, bolhas, flictenas); 3º (epiderme, derme, outros tecidos)			

Fonte: Protocolo de cuidados de feridas - SMS Florianópolis, 2007.

29. Sistematização da Assistência de Enfermagem na avaliação de feridas

HISTÓRICO:	
Nome	DN
Data	Prontuário
Doenças concomitantes	
Medicamentos em uso	Alergia
Alimentação (Tipo e número de refeições/dia)	Hidratação
Elevação ou repouso MMII? (quantidade de vezes ao dia, tempo médio do repouso)	
Fatores de risco (tabagismo, etilismo, obesidade)	
Atividade física e de lazer	
Queixas	
P.A	Glicemia capilar
Peso	Altura
	IMC
Avaliação da pele e anexos (coloração, hidratação, turgor, temperatura, higiene, disposição dos pelos, qualidade das unhas)	
Avaliação musculoesquelética (deformidades, amplitude de movimentos, tônus muscular)	
Avaliação vascular (presença ou não dos pulsos pedioso e tibial posterior, vascularização periférica, varizes)	
Avaliação neurológica (testar sensibilidade protetora dos pés)	
Sistema urinário e intestinal (se incontinência, características)	
Movimentação (deambula, deambula com auxílio, acamado, cadeirante)	
<ul style="list-style-type: none"> AVALIAÇÃO DA FERIDA: 	
Causa da ferida (incisão cirúrgica, úlcera por pressão, traumática, úlcera neuropática, queimadura, úlcera arterial, fixadores, úlcera venosa, bolha (flictena, deiscência, cisalhamento, actínica, lesão p/ fricção, estoma, dermatite associada a incontinência-DAI, oncológica)	
Data início da ferida	Início do tratamento na unidade
Localização da ferida	Aspecto (superficial, cavitária, plana, profunda, c/ fistula)
Tipo de tecido (viável, inviável ou necrose)	Cor (vermelho, róseo, amarelo, cinza, preto)
Odor (inodoro, discreto, moderado, forte)	Exsudato (tipo e quantidade)
Diâmetro (comp. x largura) / Profundidade	Bordas (aderidas, descoladas, regulares)
Pele adjacente (rubor, induração, edema, maceração, hiperqueratose)	
Temperatura da pele adjacente (quente ou frio)	Dor (melhora com repouso?)
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM possíveis:	
CIPESC (pg): <ul style="list-style-type: none"> Atividade física inadequada (20) Atividade motora alterada (21) Higiene Corporal Alterada (24) Autocuidado inadequado (24) Trauma na pele (26) Escoriação da pele (26) 	<ul style="list-style-type: none"> Queimadura (27) Retorno venoso prejudicado (31) Dor (33) Imagem corporal alterada (57) Sensibilidade periférica prejudicada (34) Integridade da pele comprometida do idoso (28) Integridade da pele comprometida na criança (28)
PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM possíveis:	
<ol style="list-style-type: none"> <u>Vide página (pg.) referente ao diagnóstico CIPESC utilizado.</u> CURATIVO: <ul style="list-style-type: none"> Realizar avaliação, mensuração, comparar e registrar mudanças na ferida. Realizar limpeza da ferida com _____, aplicar _____ em bordas e _____ no leito da ferida. Realizar curativo prescrito pelo profissional que avaliou a ferida e anotar o procedimento no prontuário. Retornar para avaliação do enfermeiro em _____ dias. OUTROS CUIDADOS CONCOMITANTES: <ul style="list-style-type: none"> Avaliar o conhecimento do usuário/família/cuidador sobre a doença crônica e tratamento que realiza. Agendar atendimento com o responsável pelo usuário para auxílio na separação de medicamentos e administração. Orientar para manter extremidades aquecidas. Agendar consulta médica se sinais de infecção e investigar anemia. 	
AVALIAÇÃO:	

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (EXEMPLO):

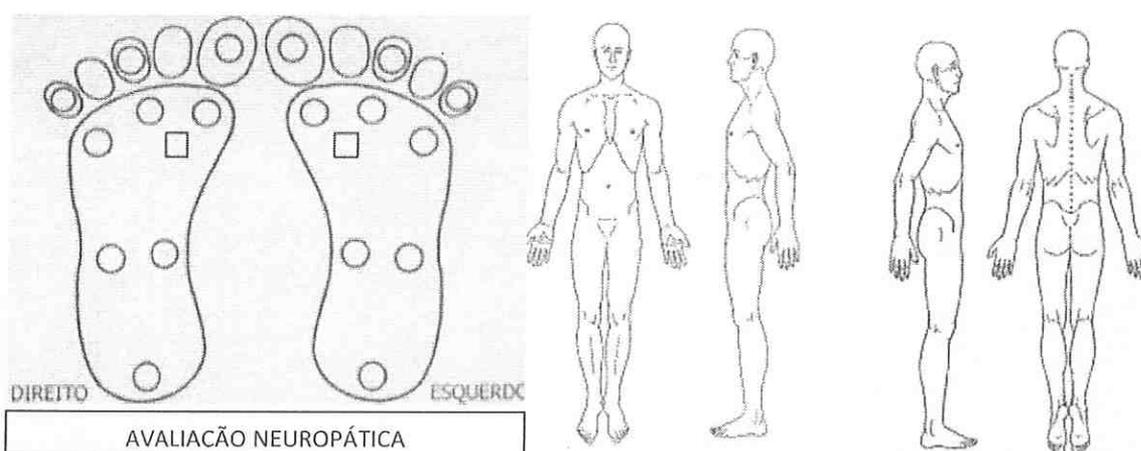
Curativo _____ ao dia e avaliação do MMII

Alimentação fracionada 6 vezes ao dia, rica em fibras, e aumento da ingestão hídrica

Uso correto dos medicamentos

Retorno para reavaliação em _____ dias

Observar durante a Anamnese:



Tipos/ causas de feridas:

IC – incisão cirúrgica	UP – úlcera por pressão
T – traumática	UN – úlcera neuropática
Q – queimadura	UA – úlcera arterial
F – fixadores	UV – úlcera venosa
B – bolha (flictena)	D – deiscência
C – cisalhamento	A – actínica
LP – lesão p/ fricção	E – estoma
DAI – dermatite associada a incontinência	
O – oncológica (tumoral)	

Pé diabético – Classificação de Wagner

- Grau 0** – pé de alto risco, sem úlcera.
- Grau 1** – úlcera superficial, sem infecção
- Grau 2** – úlcera profunda, com infecção e sem envolvimento ósseo.
- Grau 3** – úlcera profunda, com envolvimento ósseo e formação de abscesso.
- Grau 4** – gangrena localizada.
- Grau 5** – gangrena em todo o pé.

CATEGORIZAÇÃO DO FERIMENTO POR MEIO DA OBSERVAÇÃO DAS CORES VERMELHA, AMARELA OU PRETA E SUAS VARIAÇÕES

<i>Vermelha</i>	<i>Amarela</i>	<i>Preta</i>
<i>Cor vermelha com aspecto limpo indica presença de tecido de granulação saudável;</i>	<i>Amarelo forte há grande quantidade de material fibrótico e outros componentes oriundos da degradação celular;</i>	<i>Cor preta confirma presença de tecido necrótico;</i>
<i>Vermelho escuro com aparência friável é indicativo de processo infeccioso em andamento;</i>	<i>Por vezes há uma mistura das cores amarela e vermelha indicando haver granulação mas persistindo, ainda, tecido fibrótico no leito da ferida;</i>	<i>Podem estar presentes, também, o pus e o material fibroso que favorecem a proliferação de microorganismos;</i>
<i>Vermelho opaco, tendendo ao cinza, significa uma diminuição ou retardo da granulação;</i>		
Obs: <i>* Quando a lesão apresentar mais de uma cor deverá ser classificada pela cor que indica a situação mais crítica *</i>		

Fonte: Caderno de Enfermagem em ortopedia/Ministério da Saúde - INTO, 2006.

DA LIBERAÇÃO DOS PRODUTOS / MATERIAIS DE CURATIVOS NO DOMICÍLIO

Os insumos serão fornecidos pela farmácia mensalmente ao usuário para realização de curativos no domicílio, através de prescrição do profissional enfermeiro. A renovação da prescrição deverá acontecer trimestralmente, ou em período menor se assim o desejar. Sendo assim, faz-se necessário programar um horário na agenda para atendimento destes pacientes. **A receita terá VALIDADE MÁXIMA DE 90 DIAS e somente será revalidada após CONSULTA DE ENFERMAGEM**, onde o profissional poderá solicitar, quando necessário, os seguintes exames laboratoriais: hemograma completo, glicemia de jejum e cultura do exsudato com antibiograma. O enfermeiro deverá fazer um provisionamento dos insumos junto ao FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL PELA UNIDADE, visando garantir o material necessário ao tratamento, tendo como premissa atender adequadamente o usuário, porém evitar o desperdício de materiais e insumos.