

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM
PARA **ATENDIMENTO DE BAIXA
COMPLEXIDADE** NO ÂMBITO DO
INSTITUTO FEDERAL DO PIAUÍ (IFPI)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí

**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA ATENDIMENTO DE BAIXA
COMPLEXIDADE NO ÂMBITO DO INSTITUTO FEDERAL DO PIAUÍ (IFPI)**





MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí

**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA ATENDIMENTO DE BAIXA
COMPLEXIDADE NO ÂMBITO DO INSTITUTO FEDERAL DO PIAUÍ (IFPI)**



**INSTITUTO
FEDERAL**
Piauí

Teresina

2021

© 2021 IFPI

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Reitor

Paulo Henrique Gomes Lima

Pró-Reitora de Ensino

Laura Maria Andrade de Sousa

Pró-Reitora de Extensão e Produção

Divamélia de Oliveira Bezerra Gomes

Pró-Reitor de Administração e Orçamento

Paulo Borges da Cunha

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação e Inovação

José Luís de Oliveira e Silva

Pró-Reitor de Desenvolvimento Institucional

Antônio de Pádua Alves Pinto

Organização:

Catarina Angélica Carvalho Pereira	Enfermeira / COREN-PI 325.149
Diego Mauricio Portela Dutra	Enfermeiro / COREN-PI 315.650
Elaine Carininy Lopes da Costa	Enfermeira / COREN-PI 130.231
Letícia Rodrigues da Silva Aguiar	Enfermeira / COREN-PI 418.630
Liziane Mota de Araújo	Enfermeira / COREN-PI 332.298
Marcela Osório Reis Carneiro	Enfermeira / COREN-PI 364.255
Maria da Cruz Dias Feitosa	Enfermeira / COREN-PI 314.317
Naíla Roberta Alves Rocha	Enfermeira / COREN-PI 241.927
Olívia Fernandes Martins	Enfermeira / COREN-PI 350.751
Patrícia Santos da Silva	Enfermeira / COREN-PI 241.889
Stefany Emília Xavier Moreira Teixeira	Enfermeira / COREN-PI 489.889
Zildânia da Silva Barros	Enfermeira / COREN-PI 373.241

Colaboração: Alba Lúcia Campello Braga – Téc. em Enfermagem / COREN-PI 220.374.

Normalização: Luana Karen Rodrigues de Carvalho - Bibliotecária CRB3/1082.

Revisão ortográfica: Maria da Conceição Saraiva Santos Cardoso.

Capa: Diretoria de Comunicação Social (Dircom) IFPI.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

I59p Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí
Protocolo de enfermagem para atendimento de baixa
complexidade no âmbito do Instituto Federal do Piauí (IFPI) /
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí –
Teresina: IFPI, 2021.

149 f.: il.; color.

Inclui referências bibliográficas.

1. Enfermagem. 2. IFPI – Serviços de enfermagem. 3.
Enfermagem – Manuais, guias, etc. 4. Saúde pública. III. Instituto
Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí. IV. Título.

CDD 610.73

Ficha catalográfica: Luana Karen Rodrigues de Carvalho - Bibliotecária CRB3/1082.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Nome	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí (IFPI)
CNPJ	10.806.496/0001-49
End.	Av. Presidente Jânio Quadro, 730 – Bairro: Santa Isabel
Cidade	Teresina – PI/ CEP: 64057-830
Fone	(86) 3131-1436
Reitor	Paulo Henrique Gomes de Lima
Ato legal	Lei 11.892, de 29 de dezembro de 2008.
Site do IFPI	http://www.ifpi.edu.br/

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE	Assistência Estudantil
ACE	Anticoncepcional de Emergência
AHE	Anticoncepcional Hormonal de Emergência
AI	Anticoncepcional Injetável
AOC	Anticoncepcional Oral Combinado
CEFET-PI	Centro Federal de Educação Tecnológica do Piauí
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONSUP	Conselho Superior do IFPI
COSAU	Coordenação de Saúde
DIU	Dispositivo Intrauterino
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IFPI	Instituto Federal do Piauí
IMC	Índice de Massa Corpórea
IST'S	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IVAS	Infecção das Vias Aéreas Superiores
MMII	Membros Inferiores
RV	Rinovírus
SSVV	Sinais Vitais
SAE	Sistematização da Assistência da Enfermagem
TAES	Técnicos Administrativos da Educação
POP	Protocolo Operacional Padrão
POLAE	Política de Assistência Estudantil
PNAES	Programa Nacional de Assistência Estudantil

APRESENTAÇÃO

Os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia tiveram sua origem com a Lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008, que institui a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, vinculada ao Ministério da Educação, no âmbito do Sistema Federal de Ensino.

A criação e o reconhecimento dos cursos técnicos permitiram que o Ministério da Educação promovesse a Escola Industrial Federal à Escola Técnica Federal do Piauí, permanecendo com esta denominação de 1967 a 1998. A mudança da Escola Técnica Federal do Piauí em Centro Federal de Educação Tecnológica do Piauí (CEFET-PI) aconteceu em 1999, e esta denominação permaneceu até 2008. Ao longo da história a rede federal de educação tem oportunizado educação pública de qualidade e que visa o atendimento às demandas da sociedade.

Atualmente, o Instituto Federal do Piauí é composto pela Reitoria, instalada na cidade de Teresina, e pelos demais *Campi*: Angical, Campo Maior, Cocal, Corrente, Floriano, Parnaíba, Paulistana, Pedro II, Picos, Piripiri, São João do Piauí, São Raimundo Nonato, Oeiras, Teresina Central, Teresina Zona Sul, Uruçuí, Valença, Campus Avançado Dirceu, Campus Avançado Pio IX e Campus Avançado José de Freitas. Sua missão é promover educação de excelência, direcionada às demandas sociais, destacando-se como instituição de referência nacional na formação de cidadãos críticos e éticos, dotados de sólida base científica e humana, comprometidos com intervenções transformadoras da sociedade e com responsabilidade econômica, social e ambiental.

No âmbito do IFPI a enfermagem integra uma equipe multiprofissional de assistência estudantil instituída pelo Decreto 7.234/2010, que dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAE). Os profissionais de enfermagem compõem o quadro de servidores Técnicos Administrativos da Educação (TAE's), vinculados à assistência estudantil e lotados nas Coordenações de Saúde (COSAU) dos *campi*.

Visando a melhoria do cuidado prestado e permitindo que a equipe de enfermagem possa sistematizar suas intervenções de forma padronizada, clara e organizada, centrada nas necessidades do cliente, foi implantada no Instituto

Federal do Piauí, em dezembro de 2020, a Sistematização da Assistência da Enfermagem-SAE; um marco na história da Enfermagem do IFPI, pois além de oferecer autonomia ao profissional, aperfeiçoa a assistência de enfermagem e padroniza a organização do serviço.

Outro passo importante para a qualidade da assistência e autonomia da categoria é a implantação do Protocolo de Prescrição de Medicamentos de Baixa Complexidade para o Atendimento Clínico de Enfermagem no IFPI, fundamentado na Lei do Exercício Profissional Nº 7.498/86 e seu Decreto Regulamentador 94.406/87, que dispõe sobre a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro em programas de saúde pública. O Grupo Técnico de Trabalho foi designado por meio da Portaria Nº 241/2021 - GAB/REI e é composto por profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem, com o objetivo de elaborar e implantar o referido protocolo. Este documento é fundamental para unificar as ações nos *campi* e garantir a resolução dos casos simples e de baixa complexidade.

Os protocolos deste instrumento contêm tabelas sequenciais e estrutura mínima, composta por: definição, anamnese, exame físico, diagnóstico de enfermagem, intervenções de enfermagem e referências. Este instrumento contribuirá para a melhoria da qualidade da assistência prestada ao cliente, da resolutividade dos casos, do alinhamento técnico e da organização dos cuidados de enfermagem nos campi do IFPI, oferecendo autonomia e segurança no exercício da profissão.

A primeira edição do Protocolo de enfermagem para atendimento de baixa complexidade no âmbito do IFPI é lançada em 2021 e terá validade de três anos.

SUMÁRIO

	P.
APRESENTAÇÃO	05
1 INTRODUÇÃO	10
1.1 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA AZIA/PIROSE	13
1.2 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA CEFALÉIA/DOR DE CABEÇA	17
1.3 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA CONSTIPAÇÃO	20
1.4 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA CONVULSÃO	23
1.5 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA DESCOMPENSAÇÃO GLICÊMICA	26
1.6 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA DIARRÉIA ..	32
1.7 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA DISMENORRÉIA	37
1.8 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA DOR DE GARGANTA	42
1.9 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA DOR DE OUVIDO	46
1.10 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA DOR LOMBAR / DOR NAS COSTAS	50
1.11 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA ENTORSE, CONTUSÃO, LUXAÇÃO E FRATURA	54
1.12 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA EPISTAXE .	58

1.13	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA ESCABIOSE (SARNA)	61
1.14	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA FEBRE	65
1.15	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA FOLICULITE	70
1.16	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)	74
1.17	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA HIPOTENSÃO	78
1.18	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DO IMPETIGO .	80
1.19	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA INFECÇÃO DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES (IVAS)	84
1.20	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST'S) MAIS COMUNS	89
1.21	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA MICOSE (IMPINGEM)	94
1.22	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA MICOSE INTERDIGITAL (FRIEIRA)	97
1.23	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA MORDEDURA DE ANIMAIS	100
1.24	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DAS NÁUSEAS E VÔMITOS	106
1.25	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DOS OLHOS VERMELHOS	110
1.26	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DAS PARASIToses INTESTINAIS	113
1.27	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA PARONÍQUIA AGUDA	118

1.28	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA PEDICULOSE	121
1.29	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA PITIRÍASE VERSICOLOR (PANO BRANCO)	124
1.30	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O PLANEJAMENTO FAMILIAR	127
1.31	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DAS QUEIMADURAS	140
1.32	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA URTICÁRIA.	144
	REFERÊNCIAS	148

1 INTRODUÇÃO

A Assistência Estudantil é entendida na perspectiva da educação, como direito e compromisso com a formação integral do estudante. É uma política pública que estabelece um conjunto de ações que buscam reduzir as desigualdades socioeconômicas e promover a justiça social durante a formação dos estudantes (INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ, 2017).

Regulamentada a partir da Resolução nº 014/14 - Conselho Superior do IFPI (CONSUP) e alterada pelas Resoluções nº 031/14 e 027/16 - Conselho Superior do IFPI (CONSUP), a Política de Assistência Estudantil (POLAE) é o documento que orienta todas as ações referentes à Assistência Estudantil (AE) com foco na garantia do acesso, da permanência e do êxito acadêmico na perspectiva da inclusão social, formação ampliada, produção do conhecimento e melhoria do desempenho acadêmico (INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ, 2016).

A POLAE tem como fundamentação legal, o Decreto Nº 7.234, de 19 de julho de 2010, que dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES), cujo objetivo é viabilizar a igualdade de oportunidades entre todos os estudantes e contribuir para a melhoria do desempenho acadêmico, a partir de medidas que buscam combater situações de repetência e evasão. O PNAES oferece assistência à moradia estudantil, alimentação, transporte, saúde, inclusão digital, cultura, esporte, creche e apoio pedagógico (BRASIL, 2010).

Entre as categorias que integram os programas universais de assistência estudantil está o atendimento ao estudante. Esta categoria se subdivide em: alimentação estudantil, assistência à saúde do estudante, acompanhamento e suporte ao ensino e incentivo à participação político-acadêmica, cultural e esportiva.

Na assistência à saúde é disponibilizado ao estudante atendimento médico, odontológico, de enfermagem e psicológico de forma gratuita, objetivando a promoção da saúde, na perspectiva da educação em saúde por meio da adoção de hábitos de vida saudáveis, colaborando com o bem-estar físico, psíquico e social dos estudantes (INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA

DO PIAUÍ, 2017). Desta forma, o profissional de enfermagem é essencial para cumprir a política de assistência estudantil.

Dentre as atribuições do profissional enfermeiro no âmbito do IFPI estão: prestar assistência ao usuário nos campi, em clínicas, hospitais, ambulatorios, postos de saúde e em domicílio; realizar consultas e procedimentos de maior complexidade, prescrevendo ações; realizar ações para a promoção da saúde junto à comunidade e assessorar nas atividades de ensino, pesquisa e extensão.

O profissional de enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico; exerce suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética, e participa como integrante da equipe de enfermagem e de saúde na defesa das políticas públicas (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

A Lei do Exercício Profissional, Lei 7.498/86 e seu Decreto Regulamentador 94.406/87, estabelecem que é competência privativa do enfermeiro a consulta de enfermagem, a prescrição da assistência de enfermagem, bem como a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, Art. 11, Inciso I, alíneas i, j e Inciso II, alínea c (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986,1987).

A Consulta de Enfermagem deve ser baseada em suporte teórico que oriente o raciocínio clínico do enfermeiro em cada uma das etapas do processo: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

Em dezembro de 2020, foi implantado no IFPI a Sistematização da Assistência da Enfermagem (SAE). A Resolução COFEN 358/2009 define que a SAE tem por finalidade organizar o trabalho da Enfermagem, quanto ao método, pessoal e instrumentos, de modo que seja possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE) (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

A maioria das consultas realizadas pela equipe de enfermagem do IFPI é de casos de baixa complexidade, porém muitas vezes, o atendimento torna-se limitado devido ao fato de a instituição não possuir um protocolo de prescrição de medicamentos para atendimento clínico de enfermagem. Em virtude disso o profissional, boa parte das vezes, encaminha o cliente para receber cuidados externos.

De acordo com a Lei nº 7498/1986, o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe privativamente a prescrição da assistência de enfermagem e a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde. Portanto, o principal objetivo deste protocolo é garantir respaldo legal para que o enfermeiro da instituição possa prescrever medicamentos nos casos clínicos de baixa complexidade, contribuindo para a assistência de qualidade ao cliente, autonomia ao profissional e segurança na resolução dos casos, seguindo uma rotina unificada (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986).

Ressalta-se que a prescrição de medicamentos é apenas uma das atribuições do enfermeiro e não a mais importante. O cerne do exercício da enfermagem está no cuidar e em sua integralidade, essa é a essência da enfermagem.

1.1 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA AZIA/PIROSE

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA AZIA/PIROSE	Versão	1.0
		Data da Aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	DIEGO MAURICIO PORTELA DUTRA COREN-PI: 315.650 ENF	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO A azia é, por definição, uma sensação de queimação que normalmente ascende da área subesternal (abaixo do peito) e sobe pela região do esôfago até a garganta, geralmente causando gosto ácido ou amargo na boca (RICHTER, 2005; BLENKINSOPP <i>et al.</i>, 2017). Os critérios ROME IV fornecem características para identificar a pirose. São elas (ROME FOUNDATION, 2006; 2016b; a; SUZUKI, 2017): • Presença de queimação retroesternal; • Sintomas frequentes (pelo menos duas vezes por semana); • Ausência de diagnóstico de disfunções esofágicas, por exemplo, a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) como causa da azia. A queixa explanada neste protocolo pode ser considerada uma afecção clínica autolimitada ou um sintoma relacionado a outros problemas na saúde, tais como: dispepsia funcional, úlcera péptica, DRGE, câncer esofágico e gástrico, gastroparesia, entre outros (LONGSTRETH; LACY, 2017). Para o alívio da azia, habitualmente o indivíduo acometido opta pelo autocuidado que nem sempre é realizado da maneira adequada, e pode estar associado a riscos. A azia é intermitente e, geralmente, o desconforto pode ser aliviado com o uso de antiácido. Porém, quando este sintoma ocorre com frequência, pode causar			

prejuízo às atividades habituais. Por exemplo, embora a azia noturna não traga risco à vida do paciente, se persistente, ela habitualmente interfere na sua qualidade de vida, podendo limitar escolhas alimentares e afetar a qualidade do sono (BERARDI *et al.*, 2009). Nos casos de azia persistente ou agravada por fatores externos, o encaminhamento a outro profissional ou serviço de saúde é imperativo (BLENKINSOPP *et al.*, 2017; SILVA, 2008).

Sinais/sintomas relacionados à azia, persistentes, que limitam as atividades diárias, incluindo a alimentação, sugerem transtorno de etiologia não autolimitada, e por isso os pacientes devem ser encaminhados a outro profissional ou serviço de saúde.

2 ANAMNESE

- Identificação do cliente;
- Tempo de evolução;
- Gravidez;
- Sobrepeso;
- Atividade física em excesso;
- Estado emocional;
- Tabagismo;
- Episódio único ou repetitivo;
- Uso de medicação (analgésicos, anti-inflamatório, antibióticos, etc.);
- Doenças associadas;
- Queixa inicial;
- Histórico de saúde;
- Histórico de alergias;
- Histórico alimentar e atividades diárias;
- Identificar os fatores capazes de causar pirose ou contribuir para.

3 EXAME FÍSICO

- Sinais vitais (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e dor);
- Inspeção e palpação: nível de consciência, estado nutricional e de hidratação;

- Palpação do abdome, inspecionando-o em regiões e correlacionando com anatomia de cada órgão;
- Avaliar condição gastrointestinal do cliente.

4 DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

- Pirose (azia) presente.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Anamnese;
- Exame físico;
- Orientar o repouso/sono com elevação de 15 cm da cabeceira da cama;
- Orientar moderada ingestão dos seguintes alimentos: cítricos, café, bebidas alcoólicas e/ou gasosas, menta, hortelã, tomate e chocolate, entre outros;
- Informar sobre os cuidados especiais com os medicamentos potencialmente “de risco” (que podem piorar o quadro clínico): anticolinérgicos, teofilina, bloqueadores dos canais de cálcio, alendronato, entre outros;
- Orientar o repouso duas horas após as refeições;
- Orientar dietas fracionadas;
- Orientar a suspensão do fumo;
- Orientar, em obesos, a redução do peso corporal;
- Identificar estratégias que tenham sido bem-sucedidas no alívio da pirose;
- Reavaliar em 24-48 horas;
- Orientar hábitos alimentares saudáveis;
- Encaminhar ao serviço de referência em caso de sinais de alerta, ou se necessário.

5.2 ENFERMEIRO

Prescrever:

- **Simeticona gotas 5mg/ml** - 30 gotas por via oral;
- **Omeprazol 20 mg** - 1 comprimido pela manhã, por via oral;

- **Hidróxido de alumínio 60 mg/ml:** 5 ml (uma colher de chá) por via oral até 3x/dia (uma hora após refeições e/ou antes de deitar-se), atentando para possível efeito rebote e evitando uso rotineiro, uma vez 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.

Observar:

SINAIS DE ALERTA (atendimento médico imediato)

- Dificuldade de engolir/deglutir;
- Sangue nas fezes;
- Vômitos persistentes;
- Vômitos com sangue;
- Massa abdominal palpável;
- Abdômen distendido/rígido (sinais de peritonite).

REFERÊNCIAS

BERARDI, R. *et al.* **Handbook of nonprescription drugs:** an interactive approach to self-care. 16th ed. Washington: American Pharmacists Association, 2009.

BLENKINSOPP, A.; PAXTON, P.; BLENKINSOPP, J. H. **O doente na farmácia:** o guia de condutas nas doenças comuns. São Paulo: Andrei, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Guia de prática clínica:** sinais e sintomas do trato gastrointestinal: azia (acidez/pirose) e dispepsia. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2020. (Guias de prática clínica para farmacêuticos, 4).

LONGSTRETH, G. F.; LACY, B. E. **Approach to the adult with dyspepsia.** Nov. 2017. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-dyspepsia>. Acesso em: 23 fev. 2021.

RICHTER, J. E. The management of heartburn in pregnancy. **Alimentary Pharmacology and Therapeutics**, Oxford, v. 22, n. 9, p. 749-757, nov. 2005.

ROMANO, C. *et al.* Functional Dyspepsia: An Enigma in a Conundrum. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, Philadelphia, v. 63, n. 6, p. 579-584, dec. 2016.

1.2 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA CEFALÉIA/DOR DE CABEÇA

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA CEFALÉIA / DOR DE CABEÇA	Versão	1.0
		Data da aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	LETICIA RODRIGUES DA SILVA AGUIAR COREN-PI: 418630 ENF	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho

1 DEFINIÇÕES

Cefaleia tipo tensional: é caracterizada como uma dor de qualidade não pulsátil, em aperto ou pressão, geralmente bilateral, de intensidade leve a moderada e que não piora com atividade física rotineira. A dor pode durar minutos, horas ou permanecer constante durante dias. A presença de sintomas associados à dor tais como fotofobia, náuseas e vômitos, é rara. Não é associada a sintomas premonitórios ou aura.

Migrânea (enxaqueca): os principais tipos de migrânea são a sem aura e a com aura. A primeira é conhecida como a enxaqueca comum, em que a dor costuma apresentar duração, características e fenômenos associados típicos, porém não é acompanhada de sintomas ou sinais neurológicos focais transitórios, como ocorre na migrânea com aura.

Os sintomas premonitórios ocorrem até 48 horas antes da crise em 60% dos pacientes. Os sintomas mais comuns são: alteração do humor, irritabilidade, hiperatividade, sonolência, dificuldade de concentração, bocejo excessivo, hiperosmia, foto e fonofobia, diarreia ou constipação, sede, poliúria, retenção de fluidos, anorexia e apetência por alimentos específicos.

2 ANAMNESE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome, idade, sexo, cor, estado civil, naturalidade (enfermidades regionais), residência e viagens recentes.

HISTÓRICO DE SAÚDE

- Motivações do cliente na procura do setor saúde;
- Descrição dos sintomas;
- Histórico de doenças e tratamentos anteriores (doenças crônicas, alergias, intolerâncias, caso tenha ocorrido internação relatar motivação, cirurgias anteriores, medicamentos controlados e automedicação, se houver);
- Antecedentes familiares.

3 EXAME FÍSICO

- **Sinais vitais** - temperatura; pulso (ou frequência cardíaca); pressão arterial; frequência respiratória; dor.
- **Inspeção** - nível de consciência, atividade motora, cor da pele, humor e tipo de fala.
- **Palpação** - avaliar sinais de edema, abrasões ou contusões se houver suspeita de trauma.

Intensidade da dor: avaliar por meio da escala numérica, a mais utilizada. Quando o examinador pergunta ao paciente, numa escala de 0 a 10, significando zero ausência de dor e dez, dor incapacitante.

4 DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

- Dor presente.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Anamnese;
- Exame físico;
- Avaliar sinais vitais;
- Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo: local, características, início e duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores;
- Investigar os fatores que aliviam/pioram a dor;

- Promover repouso adequado para facilitar o alívio da dor;
- Avaliar a resposta ao manejo/controle da dor;
- Estimular a ingestão hídrica e a alimentação;
- Orientar sobre hábitos de vida saudável;
- Manter o estudante em observação por 30 minutos após administração de medicamentos;
- Encaminhar para serviço de emergência se necessário.

5.2 ENFERMEIRO

Prescrever:

- **Paracetamol 500mg a 1.000mg:** por via oral. Repetir 2 a 4 horas após s/n (máximo/dia 3g); **OU**
- **Dipirona 500mg:** por via oral. Repetir 2 a 4 horas após s/n (máximo/dia 2g); **OU**
- **Ibuprofeno 600mg a 1.200mg:** por via oral. Repetir 2 a 4 horas após s/n (máximo/dia 1.200mg); **OU**
- **Metoclopramida 10mg a 20mg:** por via oral; **OU**
- **Domperidona 20mg:** por via oral (se houver náuseas).

Observações:

- Evitar, quando possível, fatores referidos pelos pacientes como desencadeantes de suas crises;
- Tratar de doenças concomitantes, particularmente hipertensão arterial e depressão do humor;
- Aconselhar atividades físicas moderadas;
Regular o padrão de sono.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea:** queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, volume II).

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Formulários SAE para consulta de enfermagem e atendimento de demanda espontânea no âmbito do IFPI.** Teresina: IFPI, 2020.

1.3 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA CONSTIPAÇÃO

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA CONSTIPAÇÃO	Versão	1.0
		Data da aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	DIEGO MAURICIO PORTELA DUTRA COREN-PI: 315.650 ENF	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO Não existe uma definição de abrangência universal para constipação. Fundamentando-se nas queixas dos clientes, ela pode ser referida como fezes endurecidas, esforço excessivo no ato evacuatório, evacuações infrequentes, sensação de evacuação incompleta e até mesmo demora excessiva no banheiro. Considera-se normal a frequência de evacuação de, no mínimo, três vezes por semana. O último Consenso de Roma, no qual se definiram os critérios de constipação funcional, ocorreu em 2006, seguem: Dois ou mais dos seguintes achados • Esforço ao menos em 25% das evacuações; • Fezes ressecadas ou duras ao menos em 25% das evacuações; • Sensação de evacuação incompleta ao menos em 25% das vezes; • Sensação de bloqueio anorretal ao menos em 25% das evacuações; • Manobra manual de facilitação da evacuação ao menos em 25% das vezes; • Menos de três evacuações por semana; • Distúrbios de evacuação que não preencham os critérios da síndrome do intestino irritável.			

2 ANAMNESE

- Identificação do cliente;
- Queixa inicial (hemorragia retal, dor abdominal intensa, perda de peso, anorexia, tenesmo e febre);
- Histórico de saúde;
- Histórico de alergias.

3 EXAME FÍSICO

- Sinais vitais (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e dor);
- Avaliação do abdome, correlacionando com anatomia de cada órgão.

4 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- Abdome distendido;
- Pressão abdominal aumentada;
- Dor abdominal;
- Esforço para evacuar;
- Fezes duras e formadas;
- Volume de fezes diminuído;
- Frequência diminuída;
- Incapacidade de eliminar fezes;
- Mudança no padrão intestinal;
- Sensação de preenchimento retal;
- Sensação de pressão retal.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM**

- Orientar o aumento da ingesta hídrica;
- Orientar a adequação da dieta;
- Estimular deambulação;
- Observar distensão abdominal;
- Realizar/orientar massagem abdominal;
- Encaminhar à nutricionista;
- Encaminhar ao serviço de referência em caso de sinais de alerta, ou se

necessário.

5.2 ENFERMEIRO

Prescrever:

- **Óleo Mineral:** 15 ml à noite por via oral 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.

Observar:

SINAIS DE ALERTA

- Ausência de evacuação ou flatulência nas últimas 24 horas com dor/distensão abdominal;
- Distensão abdominal, dor abdominal intensa e vômitos;
- 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;
- Nódulo extremamente dolorido no ânus.

REFERÊNCIAS

COTA, R. P.; MIRANDA, L. S. Associação entre constipação intestinal e estilo de vida em estudantes universitários. **Rev. Bras. Nutr. Clín.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 296-301, 2006.

DINIZ, E. M. S. R. R. **Constipação intestinal:** uma revisão. 2008. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde Pública) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de Enfermagem da Nanda:** definições e classificações: 2009- 2011. Porto Alegre: Artmed, 2009.

1.4 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA CONVULSÃO

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA CONVULSÃO	Versão	1.0
		Data da aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	LETICIA RODRIGUES DA SILVA AGUIAR COREN-PI: 418630-ENF	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO É descrita como enrijecimento do corpo (contrações musculares súbitas), causando perda do equilíbrio e queda ao solo, seguida de relaxamento e contração de grupos musculares, podendo ter ou não relaxamento dos esfíncteres vesical e intestinal. A convulsão é o tipo de crise mais associado ao estigma, à morbidade e à mortalidade.			
2 ANAMNESE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE - Nome, idade, sexo, cor, estado civil, naturalidade (enfermidades regionais) e moradia. HISTÓRICO DE SAÚDE - Caso inconsciente, pergunte ao acompanhante se o paciente apresentou convulsão recente, a frequência das crises, número de crises no último ano; - Duração da alteração da consciência/convulsão; - História de trauma craniano ou de pescoço; - Outros problemas médicos, medicação ou intoxicação (exemplo: organofosforado), uso de outras substâncias (envenenamento, estimulantes, benzodiazepínicos, álcool e drogas), abstinência de álcool e distúrbio metabólico, (hiperglicemia, hipoglicemia e hiponatremia, entre			

outros); • História de epilepsia; • Investigar febre, dor de cabeça, sinais de meningite (rigidez de nuca).
3 EXAME FÍSICO <u>Inspeção durante crise convulsiva:</u> • Observar presença de rigidez e/ou movimentos convulsivos que duram de 1 a 2 minutos ou mais, para dados diagnósticos. <u>Inspeção após crise convulsiva:</u> • Verificar sinais vitais, glicemia capilar e saturação de oxigênio; • Verificar lesões e sangramentos (mordedura na língua ou machucados no corpo), cor da pele e obstrução das vias aéreas, como: (queda da língua e secreção oral); • Presença de Incontinência urinária ou fecal, fadiga, tontura, sonolência, confusão mental, agitação, dor de cabeça e muscular; • Avaliar nível de consciência, orientação no tempo e espaço, atividade motora, humor, dicção, pupilas, déficits focais.
4 DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM • Convulsão.
5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM 5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM • Acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192; • Orientar movimentos para evitar lesão (proteger e lateralizar a cabeça durante a convulsão); • Monitorar a direção da cabeça e dos olhos durante a convulsão; • Afrouxar as roupas; • Permanecer com o paciente durante a convulsão; • Manter vias aéreas pérvias; • Estabelecer o acesso IV, se necessário; • Aplicar oxigênio, se necessário; • Avaliar o estado neurológico;

- Avaliar sinais vitais;
- Reorientar após a convulsão;
- Registrar a duração da convulsão;
- Registrar as características da convulsão: partes do corpo envolvidas, atividade motora e progressão da convulsão;
- Documentar as informações sobre a convulsão;
- Monitorar a duração do período e as características após a convulsão;
- Comunicar familiares do cliente.

5.2 ENFERMEIRO

- Acompanhar ao serviço de referência, na ausência do responsável;
- Relatar o incidente ocorrido aos responsáveis pelo cliente;
- Realizar consulta/avaliação no momento em que o cliente retorne à instituição.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, volume II).

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Formulários SAE para consulta de enfermagem e atendimento de demanda espontânea no âmbito do IFPI**. Teresina: IFPI, 2020.

1.5 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA DESCOMPENSAÇÃO GLICÊMICA

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA DESCOMPENSAÇÃO GLICÊMICA	Versão	1.0
		Data da aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	OLÍVIA FERNANDES MARTINS COREN-PI: 350.751-ENF	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho

1 DEFINIÇÕES

Glicemia é a concentração de glicose no sangue ou mais precisamente no plasma. O nível normal de glicose no sangue encontra-se entre valores de 70 mg/dL a 100 mg/dL em condições de jejum de no mínimo 8 horas (CAB nº 36). Valores fora do padrão normal, tanto para mais quanto para menos acarretam uma série de complicações para a saúde, incluindo o *Diabetes mellitus*.

Algumas pessoas podem tolerar valores mais baixos ou mais elevados sem apresentar sintomas, enquanto outras pessoas podem desenvolver sintomas apenas com leve descompensação glicêmica.

Hipoglicemia é a diminuição dos valores glicêmicos, com ou sem sintomas, para valores abaixo de 70mg/dL. São sintomas da hipoglicemia: fome, dor abdominal, visão turva, cefaleia, tremor, nervosismo, ansiedade, palidez, sudorese, taquicardia, déficit cognitivo, agressividade, confusão, tonturas, dificuldade pra falar, convulsão, entre outros.

Hiperglicemia é a elevação da glicose na corrente sanguínea para valores

acima de 100mg/dL em jejum ou acima de 200mg/dL após ingestão de alimentos. São sintomas hiperglicêmicos: poliúria, polidipsia, polifagia, perda inexplicada de peso, fraqueza, visão turva, prurido cutâneo, neuropatia periférica, infecções recorrentes, entre outros (BRASIL, 2013).

2 ANAMNESE

- Identificação do cliente;
- Dados antropométricos, IMC;
- Queixas principal e secundárias;
- Condições de saúde (doenças pré-existentes, alergias, uso de medicações, contínuo ou esporádico, incluindo uso de glicocorticoides, diuréticos, sulfoniluréias, repaglinidas, nateglinidas ou insulina);
- Hábitos de vida (exercício físico, hábito alimentar, sono e repouso, tabagismo, etilismo);
- Antecedente familiar e pessoal com ênfase em possíveis doenças pré-existentes;
- Identificação de outros fatores de risco.

3 EXAME FÍSICO

- Sinais vitais (frequência cardíaca, respiratória, pressão arterial, temperatura, pulso);
- Medidas antropométricas-IMC;
- Glicemia capilar;
- Avaliação da visão;
- Avaliação neurológica;
- Avaliação cardiopulmonar;
- Avaliação de pulsos periféricos;
- Inspeção e palpação de pele e anexos;
Inspeção e palpação de extremidades.

4 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- Hiperglicemia;
- Hipoglicemia;
- Fome;

- Fraqueza;
- Desorientação;
- Desidratação;
- Perfusão Tissular.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

HIPOGLICEMIA

- Verificar glicemia capilar;
- Avaliar sinais vitais;
- Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de hipoglicemia;
- Monitorar condições metabólicas que possam estar associadas;
- Auxiliar na deambulação em caso de hipotensão ortostática;
- Posicionar e manter o cliente na posição de Trendeleburg;
- Ofertar alimentos, líquidos ou sólidos, e reavaliar valores glicêmicos após 30 minutos;
- Orientar o cliente e cuidadores sobre reconhecimento, prevenção, e conduta na hipoglicemia;
- Comunicar familiares do cliente;
- Contatar o serviço de emergência, se necessário;
- Encaminhar/acompanhar o cliente ao serviço de referência se apresentar valores e sintomas de hipoglicemia após oferta de alimentos.

Sinais e sintomas	Condutas
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 a grave: cefaleia, dor abdominal, visão turva, agressividade, confusão, tonturas, dificuldade pra falar.	Chamar o serviço de atendimento móvel de urgência. Marcar o retorno após alta e reavaliar o manejo.

HIPERGLICEMIA

- Verificar glicemia capilar;
- Avaliar sinais vitais;
- Auxiliar na deambulação, se necessário;
- Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de hiperglicemia;
- Monitorar a saturação periférica;
- Comunicar familiares do cliente;
- Avaliar, se portador de *Diabetes mellitus*, conceito que o cliente e sua família têm sobre a doença e quais são as informações necessárias para que ele consiga autonomia e a corresponsabilidade nas decisões diárias referentes ao autocuidado, adaptadas à sua realidade socioeconômica e cultural;
- Observar a presença de sinais e sintomas de infecção ou outras doenças;
- Providenciar insumos necessários ao tratamento de lesões;
- Ofertar líquidos (água) ao cliente de a cada hora;
- Ofertar sopas e sucos, caso o cliente não consiga ingerir alimentos sólidos;
- Orientar o cliente e cuidadores sobre prevenção, reconhecimento e conduta na hiperglicemia;
- Sugerir ações que facilitem a adesão aos regimes alimentar e terapêutico e aos exercícios físicos;
- Realizar curativo e orientações preventivas a ferimentos, se necessário (POP 27);
- Comunicar familiares do cliente;
- Encaminhar/acompanhar para serviço de referência (ROP 08), se necessário;
- Auxiliar na administração de insulina, se necessário (POP 24).

5.2 ENFERMEIRO

- Realizar consulta de enfermagem;
- Investigar possíveis fatores que causaram a descompensação glicêmica;

- Investigar doenças crônicas pré-existentes;
- Identificar fatores de risco, orientando mudanças no estilo de vida e tratamento não medicamentoso, verificando adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário;
- Agendar consultas de enfermagem subsequentes, visando a avaliação da adesão as orientações recebidas na primeira consulta e estabilização dos valores glicêmicos;
- Programar, junto à equipe, estratégias para a educação do cliente;
- Desenvolver atividades educativas para comunidade acadêmica por meio de ações coletivas de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas incluindo o *Diabetes mellitus*.

Se o cliente é portador de *Diabetes mellitus*

- Checar, no momento da consulta, a adesão e conhecimento do cliente sobre a patologia, o uso correto dos medicamentos prescritos, interações medicamentosas, possíveis efeitos colaterais, alimentação, prática de atividade física e hábitos de vida;
- Identificar fatores de risco para lesões em MMII;
- Avaliar, prescrever cobertura medicamentosa, supervisionar e realizar curativo, se necessário;
- Avaliar os resultados e reavaliar o plano de intervenção individual;
- Supervisionar o cumprimento das ações no âmbito da instituição;
- Registrar as ações de intervenção e de monitoramento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, volume II).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n.

35). Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 23 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf. 23 fev. 2021.

BULECHEK, G. M. *et al.* **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 7. ed. Rio de Janeiro: GEN, 2020.

GARCIA, T. R. (org.) **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)**: versão 2017. Porto Alegre: Artmed, 2017.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Formulários SAE para consulta de enfermagem e atendimento de demanda espontânea no âmbito do IFPI**. Teresina: IFPI, 2020.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP's)**: serviço de enfermagem. Teresina: IFPI, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Departamento de Nutrição. **Manual de contagem de carboidratos para pessoas com diabetes**. 2016. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/publico/images/manual-de-contagem-de-carboidrato2016.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diabetes na era da Covid-19**. 2021. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/>. Acesso em: 23 fev. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: Clannad, 2019. Disponível em:
<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2021.

1.6 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA DIARRÉIA

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA DIARRÉIA	Versão	1.0
		Data da aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	LIZIANE MOTA DE ARAUJO COREN-PI: 332.298 TE	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho

1 DEFINIÇÃO

Consiste na alteração da função intestinal com perda excessiva de água e eletrólitos pelas fezes. Manifesta-se clinicamente pelo aumento do número de evacuações e/ou pela diminuição da consistência das fezes.

Conforme Brasil (2013), a diarreia infecciosa pode variar entre viral, bacteriana e parasitária. Sinais de alerta como a presença de pus ou sangue nas fezes predis põem infecção bacteriana e devem ser avaliados pelo profissional médico da equipe.

CLASSIFICAÇÃO DA DIARRÉIA

CATEGORIA	MANIFESTAÇÃO CLÍNICA
Diarreia aguda	Presença de três ou mais evacuações aquosas, diminuídas de consistência, em um período de 24 horas.
Disenteria	Presença de sangue visível nas fezes.
Diarreia persistente	Episódio de diarreia de início agudo e durando mais de 14 dias.

Fonte: WGO, 2012.

2 ANAMNESE

- Identificação do paciente;
- Queixa inicial;
- Início do quadro;
- Histórico de alergias alimentares;
- Número de evacuações;
- Presença de muco ou sangue nas fezes;
- Características das fezes (frequência, consistência, volume);
- Vômitos;
- Febre;
- Débito urinário;
- Uso de medicamentos.

3 EXAME FÍSICO

- Sinais vitais (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e dor);
- Ausculta abdominal;
- Inspeção – avaliar nível de consciência, turgor da pele, mucosas, olhos;
- Palpação;
- Peso.

PRINCIPAIS SINAIS PARA AVALIAÇÃO DO GRAU DE DESIDRATAÇÃO

	Hidratado	Desidratado	Desidratação grave
Aspecto geral	Alerta	Irritado, com sede	Deprimido, comatoso
Olhos	Brilhantes com lágrima	Fundos	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%

4 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- Dor abdominal;
- Ingestão nutricional prejudicada;
- Diarreia;
- Fraqueza;
- Desidratação;
- Risco de desidratação;
- Função do sistema gastrointestinal prejudicada.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar condições gastrointestinais;
- Avaliar a presença de desidratação;
- Gerenciar desidratação;
- Orientar sobre desidratação;
- Orientar sobre nutrição;
- Orientar sobre o manejo (controle) da diarreia;
- Orientar maior oferta líquida;
- Orientar sobre a Terapia de Reidratação Oral (TRO).

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Anamnese;
- Exame físico;
- Avaliar características da diarreia;
- Distinguir as diarreias potencialmente mais graves;
- Verificar (questionar) presença de febre, muco, pus e/ou sangue nas fezes;
- Fornecer orientações alimentares para diarreia;
- Preparar TRO (POP 25);
- Recomendar fracionamento da dieta para melhor aceitação;
- Realizar ações de educação em saúde.

5.2 ENFERMEIRO

Prescrever TRO de acordo com o grau de desidratação.

Sem desidratação: cliente atendido e dispensado com orientações de cuidados domiciliares levando sais hidratantes para a casa. A solução de reidratação oral (SRO) deve ser oferecida à vontade após cada evacuação, porém não deve ser misturada com outros líquidos como chás, leite ou refrigerante. Sempre orientar que a SRO não substitui as refeições.

Desidratação leve (perda de 3% a 5% do peso corporal): ofertar 50ml/kg de SRO mais a reposição das perdas continuadas em um período de quatro horas, permanecendo em observação no setor de saúde.

Desidratação moderada (6% a 9% do peso corporal): ofertar 100ml/kg de SRO mais a reposição de perdas continuadas, em um período de quatro horas, permanecendo em observação no setor de saúde.

Desidratação grave: constitui emergência médica, encaminhar para atendimento o mais breve possível. Enquanto aguarda atendimento deve-se administrar a SRO em doses pequenas e frequentes, conforme aceitação do paciente.

Contraindicações da TRO

- Perda ou ganho insuficiente de peso após as primeiras horas de TRO;
- Vômitos persistentes;
- Recusa persistente da solução;
- Distensão abdominal grave, íleo paralítico;
- Alteração de consciência;
- Evolução para choque hipovolêmico.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, volume II).

CLASSIFICAÇÃO Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): versão 2017. 2017. Disponível em: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-brazil-portuguese-translation-2017.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2021.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP's)**: serviço de enfermagem. Teresina: IFPI, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem**: atenção à demanda espontânea de cuidados na criança: volume 5. Florianópolis, 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem**: atenção à demanda espontânea de cuidados no adulto: volume 4. Florianópolis, 2016.

WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION. **Diarreia aguda em adultos e crianças**: uma perspectiva mundial. 2012. Disponível em: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/acute-diarrhea-portuguese-2012.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2021.

1.7 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA DISMENORRÉIA

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA DISMENORRÉIA	Versão	1.0
		Data da aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	PATRÍCIA SANTOS DA SILVA COREN-PI: 241.889 ENF COREN-PI: 487.341 TE	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO Dor pélvica (baixo ventre) que ocorre antes ou durante o período menstrual, de modo cíclico. Sensação de dor, originada por espasmo nos músculos uterinos; a sensação de dor é normalmente descrita como contrações espasmódicas intensas, pulsáteis, e como sensações de desconforto no abdome e região lombar. Classificação: • Dismenorreia primária: é a menstruação dolorosa na ausência de lesões dos órgãos pélvicos. Acompanha os ciclos menstruais normais e é devida ao aumento da produção de prostaglandinas pelo útero, que promovem contrações uterinas dolorosas. • Dismenorreia secundária: está associada a alterações do sistema reprodutivo, como endometriose, miomas uterinos, infecção pélvica, anormalidades congênitas da anatomia do útero ou da vagina, uso de dispositivo intrauterino (DIU), entre outras. Queixas: <u>Dor branda</u>, causando cólica, desconforto, sensação de peso no ventre ou nas costas. <u>Dor moderada</u>, causando além de desconforto, sensação de mal-estar, diarreia e dor de cabeça.			

Dor muito forte, incapacitando a mulher de realizar suas atividades, durando de dois a sete dias, e acompanhada de transtorno gastrointestinal inclusive com vômitos, dor referida nas costas, nas coxas e cefaleia.

2 ANAMNESE

- Identificação da cliente;
- Queixa inicial;
- Histórico de saúde
- Histórico de alergias;
- Histórico de imunização.

3 EXAME FISICO

- Sinais vitais (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e dor);
- Avaliação da região abdominal e pélvica;
- Inspeção e palpação: temperatura da pele e umidade; turgor; vascularização ou hematomas.

SINAIS DE ALERTA

- Atraso menstrual, amenorreia ou gravidez confirmada;
 - Parto ou abortamento recente;
 - Febre, calafrio, hipotensão, taquicardia, taquipneia;
 - Distensão ou rigidez abdominal, sinais de irritação peritoneal;
- História de violência sexual.

4 DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM

- Cólica menstrual presente;
- Cólica menstrual leve;
- Cólica menstrual moderada;
- Dismenorreia;
- Presença de cólica menstrual.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Acolher e tranquilizar a cliente;
- Realizar avaliação da dor, incluindo local, características, início, frequência, qualidade e intensidade;
- Observar a ocorrência de indicadores não verbais de desconforto, em especial nas clientes com dificuldade de comunicação;
- Orientar estilo de vida saudável e atividade física regular;
- Orientar aplicação de calor local com média intensidade, em baixo ventre, enquanto tiver dor, e quando estiver em sua residência;
- Ensinar o uso de técnicas não farmacológicas desde que o profissional se sinta tecnicamente capacitado para tal (p. ex., biofeedback, TENS, hipnose, relaxamento, imagem orientada, terapia com música, recreação, terapia ocupacional, jogo terapêutico, acupressão, aplicação de calor e massagem) antes, durante e após quadro doloroso, se possível; antes que a dor ocorra ou aumente, e juntamente com outras medidas de alívio da dor.
- Orientar a realização de exercício físico leve a moderado e aumento da ingestão hídrica;
- Orientar sobre os riscos de automedicação;
- Orientar o registro dos sintomas e datas;
- Determinar o impacto da experiência da dor na qualidade de vida da cliente (p. ex., sono, apetite, atividade, cognição, humor, relacionamentos, desempenho profissional ou rendimento escolar);
- Notificar o médico (havendo o profissional no *campus*), caso as medidas adotadas não funcionem, ou se a queixa atual consistir em uma mudança significativa na experiência anterior de dor da cliente;
- Encaminhar ao serviço de assistência de saúde, se necessário.

5.2 ENFERMEIRO

Prescrever anti-inflamatórios não hormonais e/ou antiespasmódicos e analgésicos.

- **Anti-inflamatórios não hormonais**

- a) **Ibuprofeno 600mg**: 1 comprimido, por via oral, de 8/8 horas, **OU**;
- b) **Diclofenaco 50mg**: 1 comprimido, por via oral, de 8/8 horas, **OU**;
- c) **Piroxican 20mg**: 1 comprimido, por via oral, de 12/12 horas, **OU**;
- d) **Nimesulida 100mg**: 1 comprimido, por via oral, de 12/12 horas.

Obs.: Podem ser iniciados 2 a 3 dias antes do período menstrual e mantidos durante a menstruação (evitar uso superior a 7 dias);

- **Antiespasmódicos e analgésicos**

- a) **Butilbrometo de Escopolamina 10mg/ml**: solução oral, 20 a 40 gotas de 6/6 horas, **OU**;
- b) **Butilbrometo de Escopolamina 10mg**: 1 comprimido, por via oral, de 6/6 horas, **OU**;
- c) **Butilbrometo de Escopolamina 10mg + Dipirona Sódica Monoidratada 250mg (Buscopan Composto)**: 1 comprimido, via oral, de 6/6 horas, **OU**;
- d) **Butilbrometo de Escopolamina 6,67mg/ml + Dipirona Sódica Monoidratada 333,4mg/ml (Buscopan Composto®)**: solução oral, 20 a 40 gotas, de 6/6 horas, **OU**;
- e) **Dipirona Sódica Monoidratada 500 mg/ml**: solução oral, 20 a 40 gotas de 6/6 horas, **OU**;
- f) **Dipirona Sódica Monoidratada 500mg**: 1 comprimido, via oral, de 6/6 horas, **OU**;
- g) **Paracetamol 500 mg**: 1 comprimido, por via oral, de 6/6 horas, **OU**;
- h) **Paracetamol 200mg/ml**: solução oral, 35 a 55 gotas, de 6/6 horas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, volume II).

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHETERMAN, J. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MATO GROSSO DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. **Protocolo de enfermagem**

em saúde da mulher na atenção primária à saúde. Campo Grande, MS: COREN-MS, 2010. Disponível em: <http://ms.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/11/Protocolo-SA%C3%9ADE-DA-MULHER.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2021.

GARCIA, T. R. (org.) **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)**: versão 2017. Porto Alegre: Artmed, 2017.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Formulários SAE para consulta de enfermagem e atendimento de demanda espontânea no âmbito do IFPI.** Teresina: IFPI, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem:** saúde da mulher na atenção primária: acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida: volume 3. Florianópolis, SC, 2016. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_11_2016_22.36.14.03084a93d0f0eec988fa25f3095b594a.pdf. Acesso em: 01 mar. 2021.

1.8 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA DOR DE GARGANTA

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA DOR DE GARGANTA	Versão	1.0
		Data da aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	MARCELA OSÓRIO REIS CARNEIRO COREN-PI: 364.255 ENF	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho

1 DEFINIÇÃO

A dor de garganta é causada habitualmente por condições localizadas na faringe ou em estruturas anatômicas adjacentes. 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.

Os vírus que comumente causam faringite incluem: vírus influenza, parainfluenza, rinovírus, coronavírus, adenovírus, vírus sincicial respiratório, vírus Epstein-Barr, enterovírus e herpesvírus. O principal causador da faringite bacteriana infecciosa é o *Streptococcus B* hemolítico do grupo A (*Streptococcus pyogenes*), cujo reconhecimento precoce e tratamento adequado são primordiais para a prevenção de febre reumática. Outros agentes incluem *Streptococcus* dos grupos C e G, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Aracnobacterium hemolyticum*, e vírus da imunodeficiência humana (HIV). Parasitas e fungos podem ser agentes etiológicos em situações menos comuns.

A diferenciação precisa entre faringite viral e estreptocócica baseada na história e no exame físico pode ser difícil, porém, essa distinção é importante para o uso mais acurado de antibióticos. O tratamento antimicrobiano iniciado

até nove dias do início das manifestações clínicas é eficaz na prevenção da febre reumática.

Dados sugestivos de etiologia viral

- Conjuntivite;
- Coriza;
- Rouquidão;
- Tosse;
- Diarreia;
- Exantema característico.

Dados sugestivos de faringite estreptocócica

- Dor de garganta de início súbito;
- Dor à deglutição;
- Febre;
- Rash cutâneo escarlatiforme;
- Cefaleia;
- Náusea, vômito e dor abdominal;
- Eritema tonsilofaríngeo;
- Exsudato tonsilofaríngeo;
- Petéquias no palato mole;
- Hiperemia e edema da úvula;
- Adenomegalias cervicais anteriores dolorosas.

2 ANAMNESE

- Identificação do cliente;
- Queixa inicial;
- Histórico de saúde;
- Histórico de alergias.

3 EXAME FÍSICO

- Aspecto geral;
- Avaliação dos sinais vitais (pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, temperatura axilar e dor);
 - Oroscofia: aspecto da mucosa orofaríngea (hiperemia da faringe e das amígdalas, com ou sem vesículas ou ulcerações, e com ou sem exsudato

amigdaliano);

- Presença de gânglios em região submandibular.

4 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- Dor;
- Inflamação;
- Sinal de Infecção;
- Deglutição prejudicada;
- Risco de ingestão de alimentos deficitária.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Anamnese;
- Exame físico;
- Avaliar sinais vitais (pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, temperatura axila e dor);
 - Monitorar aparecimento de sinais e sintomas associados à infecção local e sistêmica (p. ex., hiperemia, edema, sensibilidade, febre, mal-estar);
- Realizar oroscopia;
- Orientar a escovação dos dentes e gengivas, evitar contato com o público, o consumo de cigarros e fazer repouso da voz;
- Administrar gargarejo com água morna e sal (1 copo de água com 1 colher de cafézinho, rasa, de sal);
- Administrar medicamentos, conforme prescrição;
- Encaminhar para consulta médica imediata na identificação de sinais de alerta, agravamento dos sintomas e na identificação de placas a oroscopia;
- Orientar aumento da ingesta hídrica;
- Atentar para sinais de Síndrome Respiratória Aguda Grave, H1N1 ou COVID-19.

SINAIS DE ALERTA

- Dificuldade de abrir a boca (trismo);
- Totalmente incapaz de engolir;
- Dificuldade respiratória;
- Febre (suspeitar de H1N1);

- Presença de sinais de abscesso de tonsilas à oroscopia;
- Febre maior que 39°C.

5.2 ENFERMEIRO

Prescrever:

- Gargarejo com água morna e sal (1 copo de água com 1 colher de cafezinho, rasa, de sal);
- Antitérmicos, analgésicos e antimicrobianos.

Antitérmicos, Analgésicos e Antimicrobianos*

Dipirona Sódica solução oral 500 mg/ml: 20 a 40 gotas em administração única, ou se a dor permanecer, até o máximo de 40 gotas, 4 vezes ao dia; **OU**

Paracetamol 500 mg: 1 ou 2 comprimidos (500 mg a 1.000 mg), por via oral, em administração única, ou a cada 6 horas se a dor permanecer, respeitando a dose máxima de 4g/dia.

PENICILINAS

Amoxicilina 500 mg: de 8/8h, via oral, por 10 dias.

875 mg: de 12/12h, via oral, por 10 dias.

ALÉRGICOS À PENICILINA

Eritromicina 50mg/kg (até 500 mg): via oral de 6h/6h por 10 dias.

Azitromicina 12 mg/kg: uma vez ao dia (máximo 500mg), via oral por 5 dias.

* Os antimicrobianos são medicações usadas para tratamento da faringite estreptocócica e prevenção da febre reumática.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea:** queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, volume II).

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem:** atenção à demanda espontânea de cuidados no adulto: volume 4. Florianópolis, 2016.

PREFEITURA DE JOINVILLE. Secretaria da Saúde. **Assistência de enfermagem ao adulto na demanda espontânea da atenção primária.** Joinville, SC, 2020. Disponível em: <https://www.joinville.sc.gov.br/public/portaladm/pdf/jornal/62c9232f98dd9b891e74956f9196480e.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2021.

1.9 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA DOR DE OUVIDO

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA DOR DE OUVIDO	Versão	1.0
		Data de Aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
03 anos e/ou conforme atualização do MS	CATARINA ANGÉLICA CARVALHO PEREIRA Enfermeira Coren-PI: 325.149	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO A dor de ouvido ou otalgia é um sintoma que surge, principalmente, após introduzir água ou objetos, como cotonetes e palitos, no canal auditivo, o que pode provocar infecção do ouvido ou rompimento do tímpano. Porém, outras causas incluem problemas na mandíbula e garganta ou crescimento de um dente, por exemplo. Pode ser de origem: primária (orelha externa ou média) ou secundária, quando causada por problemas em pontos distantes do ouvido (dor referida ou reflexa).			
2 ANAMNESE • Identificação do cliente; • Queixa principal (dor e/ou prurido no ouvido); • Identificação de fatores predisponentes à otite (natação, trauma, barotrauma, resfriado recente, rinite etc.); • História pregressa de saúde; • Uso de algum medicamento; • Histórico de alergia.			
3 EXAME FÍSICO • Aspecto geral do usuário;			

- Verificação dos SSVV;
- Avaliação da dor (início, causa, nível de intensidade, irradiação, sintomas associados e tempo de duração);
- Sensação de ouvido congestionado ou hipoacusia;
- Avaliação se a dor piora com mastigação/deglutição;
- Inspeção da orelha, das regiões pré e pós-auriculares, e da região cervical;
- Dor a mobilização da orelha ou na compressão do tragus sugerem otite externa;



- Prurido no ouvido;
- Presença de secreção;
- Presença de corpo estranho;
- Investigação das disfunções da articulação temporomandibular, sendo necessário palpar a região dessa articulação e pedir para o paciente abrir e fechar a boca, em busca de crepitações e/ou dor.

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)
Corpo estranho
Outros agravamentos que possam afetar o funcionamento do ouvido

4 DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

- Dor Presente.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Monitorar sinais vitais;
- Investigar os fatores que aliviam/pioram a dor;
- Promover repouso adequado para facilitar o alívio da dor;
- Orientar não uso do cotonetes;
- Avaliar, se houver, características da secreção;
- Aplicar compressa morna por 20 minutos na região;
- Administrar medicamentos para aliviar/prevenir dor;
- Avaliar resposta ao manejo/controle da dor;
- Orientar repouso;
- Comunicar ao responsável pelo estudante;
- Encaminhar ao serviço de emergência, se necessário.

5.2 ENFERMEIRO

- Realizar avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores, caso apresente algum sinal de gravidade conforme a tabela anterior, encaminhar ao serviço de referência;
- Orientar o retorno para avaliação do quadro. Se os sinais e sintomas persistirem o profissional deverá avaliar a gravidade e encaminhar ao serviço de referência.

Prescrever:

- Paracetamol 500 mg, 1 ou 2 comprimidos (500 mg a 1.000 mg), por via oral, para alívio da dor; **OU**
- Dipirona Sódica solução oral 500 mg/ml, 20 a 40 gotas em administração única.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, C. Dor de ouvido: 12 principais causas e o que fazer. 2020. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/dor-de-ouvido/>. Acesso em: 26 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção

Básica n. 28, volume II). Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf. Acesso em: 26 fev. 2021.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Formulários SAE para consulta de enfermagem e atendimento de demanda espontânea no âmbito do IFPI**. Teresina: IFPI, 2020.

PREFEITURA DE JOINVILLE. Secretaria da Saúde. **Assistência de enfermagem ao adulto na demanda espontânea da atenção primária**. Joinville, SC, 2020. Disponível em:
<https://www.joinville.sc.gov.br/public/portaladm/pdf/jornal/62c9232f98dd9b891e77495f9196480e.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem**: atenção à demanda espontânea de cuidados no adulto: volume 4. Florianópolis, 2016. Disponível em:
http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/03_01_2017_20.41.55.f5fd7d29b82782c70892bddb8890ccce.pdf. Acesso em: 26 fev. 2021.

1.10 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA DOR LOMBAR / DOR NAS COSTAS

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DE DOR LOMBAR / DOR NAS COSTAS	Versão	1.0
		Data de Aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	CATARINA ANGÉLICA CARVALHO PEREIRA Enfermeira COREN-PI: 325.149	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO A origem da dor pode estar localizada nas articulações, discos, vertebrae, músculos ou ligamentos que podem estar irritados ou inflamados. A causa precisa da lombalgia aguda pode ser identificada em 20% dos casos. Um traumatismo específico ou uma atividade extenuante pode provocar dor, entretanto, 80% das vezes a causa não é óbvia. A dor pode acometer qualquer estrutura da coluna, porém as mais acometidas são os músculos e ligamentos. Sabe-se também que a dor pode ser influenciada por estresses psicológicos, depressão e outros fatores não orgânicos. As principais causas • Mecânica: torção ou estiramento, processo degenerativo dos discos e facetas, geralmente devido à idade, hérnia de disco, fratura compressiva osteoporótica, estenose medular entre outros; • Doenças viscerais; • Condições não mecânicas de dor lombar.			
2 ANAMNESE Para o atendimento de enfermagem a dor deverá ter iniciado <u>há 2 semanas e</u>			

de intensidade leve

- Identificação do cliente;
- Queixa principal/caracterização da dor (início, causas, nível de intensidade, irradiação, sintomas associados e tempo de duração);
- História pregressa de saúde;
- Uso de algum medicamento;
- Histórico de alergia.

Atenção: Segundo Ministério da Saúde, uma vez que 97% dos casos de lombalgia são de causa mecânico-postural o objetivo maior da anamnese é procurar sinais de gravidade (bandeiras vermelhas) conforme tabela abaixo, pois estes casos deverão ser encaminhados ao serviço de referência.

Sinais de alerta (Bandeira vermelha)
1. Idade < 20 e > 50 (espondilite anquilosante, osteoporose...)
2. Dor que piora à noite (câncer)
3. História de neoplasia (metástases)
4. Emagrecimento (neoplasias)
5. Febre (infecção bacteriana recente: osteomielite, abscessos...)
6. Grande trauma
7. Tratamento para osteoporose (fratura patológica)
8. Paresia e/ou parestesia dos MMII
9. Fraturas (uso de corticoides)
10. Hérnia de disco com parestesia e grande fraqueza muscular
11. Distúrbios urinários ou gastrintestinais (bexiga neurogênica, diminuição do tônus do esfíncter urinário e/ou retal)
12. Incontinência ou retenção urinária

3 EXAME FÍSICO

- Aspecto geral do usuário;
- Verificação dos SSVV;
- Curvatura da coluna (lordose, cifose e escoliose);
- Movimentos que provocam dor e limitações funcionais;
- Diferença de comprimento dos MMII;
- Presença de vícios de postura corporal.

4 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- Dor Musculoesquelética;

- Dor Presente.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Realizar uma avaliação completa da dor incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores;
- Investigar os fatores que aliviam/pioram a dor;
- Promover repouso adequado para facilitar o alívio da dor;
- Monitorar sinais vitais;
- Avaliar resposta ao manejo/controle da dor;
- Determinar o compromisso do paciente para aprender e usar uma postura correta;
- Orientar o paciente sobre a estrutura e funcionamento da coluna e melhora da postura para movimentar-se e utilizar o corpo;
- Orientar o paciente sobre a necessidade de uma postura correta para prevenir fadiga, tensão ou lesão;
- Determinar a percepção que o paciente tem das próprias anormalidades musculoesqueléticas e os efeitos potenciais da postura e tecido muscular;
- Orientar sobre o uso de colchão/cadeira ou travesseiro firmes, se adequado;
- Orientar que evite dormir em pronação;
- Auxiliar na demonstração de posições adequadas para dormir;
- Orientar que evite sentar na mesma posição por períodos prolongados;
- Orientar sobre possíveis causas potenciais de dor muscular ou articular;
- Orientar o carregamento adequado de peso (fracionamento, divisão de volumes, etc.);
- Aplicar compressas mornas locais;
- Encaminhar ao serviço de emergência, se necessário.

5.2 ENFERMEIRO

Prescrever:

- **Paracetamol 500mg:** 1 comprimido (500 mg a 1.000 mg), por via oral, a

cada 4 horas se dor ou 750 mg a cada 6 horas;

- **Diclofenaco ou ibuprofeno 50 mg:** por via oral a cada 8 horas **ou** 200 mg a 600 mg a cada 6 horas , dose máxima 1200 mg.

OBSERVAÇÃO:

- Retornar para reavaliação entre duas a quatro semanas, realizando exame físico direcionado a avaliação da região. Se houver melhora, instruir o paciente para retornar ao trabalho com limitação das atividades.
- Conversar sobre os riscos de efeitos adversos decorrentes do uso contínuo de AINES (problemas gastrointestinais, cardiovasculares, renais, hematológicos e hepáticos). Oferecer alternativas para alívio da dor, como o uso de calor local. Reforçar a importância da prevenção da dor por meio dos exercícios de fortalecimento da coluna.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea:** queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, volume II). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf. Acesso em: 24 fev. 2021.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

COSTA, V. **Medicamentos para as dores:** os perigos dos AINEs. 2017. Disponível em: http://metis.med.up.pt/index.php/Medicamentos_para_as_dores_%E2%80%93_os_perigos_dos_AINEs . Acesso em: 27 fev. 2021.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Formulários SAE para consulta de enfermagem e atendimento de demanda espontânea no âmbito do IFPI**. Teresina: IFPI, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem:** atenção à demanda espontânea de cuidados no adulto: volume 4. Florianópolis, 2016. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/03_01_2017_20.41.55.f5fd7d29b82782c70892bddb8890ccce.pdf. Acesso em: 24 fev. 2021.

1.11 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA ENTORSE, CONTUSÃO, LUXAÇÃO E FRATURA

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA ENTORSE, CONTUSÃO, LUXAÇÃO E FRATURA	Versão	1.0
		Data de Aprovação 15/04/2021	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	ELAINE CARININY LOPES DA COSTA COREN-PI: 130.231-ENF	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO Entorse: é uma lesão articular que ocorre quando os ligamentos são estirados e sofrem ruptura total ou parcial. Contusão: é uma lesão provocada por pancadas, sem a presença de ferimentos abertos, isto é, sem rompimento da pele. Não há solução de continuidade da pele e só ocorre derramamento de sangue no tecido subcutâneo, ou em camadas mais profundas. Luxação: é a perda da congruência articular, ou seja, quando um osso sai por completo de sua posição anatômica. Fratura: É uma interrupção na continuidade do osso.			
2 ANAMNESE • Identificação do cliente; • Queixa inicial, • Histórico de saúde; • Histórico de alergias; • Histórico de imunização. • História e mecanismo do trauma; • Avaliar os padrões respiratórios (verificar as vias aéreas, ventilação, oxigenação);			

- Verificar os aspectos circulatórios tais como controle de hemorragia e perfusão sanguínea do membro;
- Avaliar a função neurológica;
- Verificar o tamanho da ferida cutânea;
- Investigar a existência de perda da musculatura;
- Investigar a presença de necrose óssea;
- Avaliar a existência de perda óssea;
- Investigar a ocorrência de dor.

3 EXAME FISICO

- Sinais Vitais (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e dor);
- Avaliação das proeminências ósseas, musculatura envolvida, pulso e perfusão, coloração, temperatura das extremidades;
- Avaliação neurológica: sensibilidade, motricidade e reflexos;
- Avaliação da extremidade distal à fratura, pesquisando pulsos, motricidade e sensibilidade.

4 DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

- Dor por fratura;
- Risco para hemorragia;
- Risco de integridade da pele prejudicada;
- Risco de função neurovascular periférica prejudicada;
- Risco para infecção.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Anamnese;
- Exame físico;
- Realizar controle da hemorragia, realizando compressão direta;
- Imobilizar o osso fraturado de forma imediata e elevar o membro (se possível);
- Realizar compressa fria, conforme a necessidade;
- Posicionar o membro de maneira adequada;

- Avaliar sinais de infecção;
- Monitorizar sinais vitais;
- Avaliar sinais de choque;
- Avaliar pontos de compressão (escápulas, região sacra, região poplíteia, panturrilha e calcanhar);
- Avaliar frequentemente o estado neurovascular;
- Avaliar dor, dormências e mobilidade dos pés e artelhos;
- Realizar procedimentos utilizando técnica asséptica;
- Realizar curativo estéril, se necessário;
- Explicar cada cuidado a ser prestado, encorajando a participar do seu cuidado;
- Permitir que o paciente expresse sua angústia e medo, oferecer apoio emocional;
- Encaminhar ao serviço de referência, se necessário.

5.2 ENFERMEIRO

Prescrever:

Dipirona sódica: 1 comprimido de 500 mg por via oral a cada 6 horas, **OU**;

Paracetamol: 1 comprimido de 500mg (4h/4h) ou 750mg (6h/6h).

Diclofenaco: 50mg (8h/8h) 200mg-600mg (4-6h) – dose máx. 1.200 mg, **OU**

Ibuprofeno: 50mg (8h/8h) 200mg-600mg (4-6h) – dose máx. 1.200 mg.

Observação: Conversar sobre os riscos de efeitos adversos decorrentes do uso contínuo de Aines.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Vice Presidência de Serviços de Referência e Ambiente. Núcleo de Biossegurança. **Manual de primeiros socorros**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, volume II).

FRAGOSO, D. A. R.; SOARES, E. Assistência de enfermagem a um paciente com fratura de fêmur. **R. Pesq.:** cuid. fundam. online, Rio de Janeiro, v. 2, p. 688-691, out./dez. 2010. Ed. supl. 2.

1.12 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA EPISTAXE

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA OTRATAMENTO DA EPISTAXE	Versão	1.0
		Data de Aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	STÉFANY EMILIA XAVIER MOREIRA TEIXEIRA COREN-PI: 489.889 ENF	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO Epistaxe é definida como o sangramento ativo pelas fossas nasais, sendo a emergência mais frequente da região nasal. Estima-se que 60% da população já sofreram ou sofrerão ao menos um episódio de epistaxe durante a vida, a maioria dos casos são autolimitados, entretanto até 6% das ocorrências necessitarão de algum tipo de intervenção. Desse modo, é fundamental que a equipe promova o controle do sangramento e identifique situações que indiquem atendimento especializado. Os principais fatores predisponentes são distúrbios locais como trauma, corpo estranho, neoplasias e modificação da mucosa nasal em consequência à baixa umidade do ar. Além disso, o sangramento nasal também pode ocorrer devido a distúrbios sistêmicos como: discrasias sanguíneas, drogas anticoagulantes e antiplaquetárias, falência orgânica e consumo de álcool.			
2 ANAMNESE • Identificação do cliente; • Queixa Inicial (intensidade, frequência, apresentação uni ou bilateral do sangramento); • Histórico de saúde pregressa (trauma nasal por uso de medicamentos antiagregantes plaquetários e anticoagulantes); • Histórico de alergias;			

- Hábitos e vícios.

3 EXAME FÍSICO

- Sinais vitais (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e dor);
 - Avaliação neurológica: nível de consciência, agitação psicomotora e grau de ansiedade;
 - Avaliação da pele: hidratação, coloração, temperatura, umidade, turgor, vascularização, hematomas e lesões (local, tamanho, exsudato, leito da lesão).

4 DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

- Hemorragia presente.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Anamnese;
- Exame físico;
- Aplicar pressão manual acima da ponte nasal;
- Identificar a causa do sangramento;
- Monitorar a quantidade e a natureza da perda do sangue;
- Monitorar a quantidade do sangramento na orofaringe;
- Aplicar bolsa de gelo na área afetada;
- Colocar tampão na cavidade nasal, se apropriado;
- Promover redução do estresse;
- Oferecer alívio à dor/medidas de conforto;
- Manter as vias aéreas desobstruídas;
- Administrar oxigênio umidificado, se adequado;
- Monitorar os sinais vitais, conforme apropriado;
- Colocar o paciente na posição de Fowler média, conforme apropriado;
- Orientar o paciente sobre restrições a atividade, conforme apropriado;
- Orientar o paciente para evitar trauma às narinas (coçar as narinas, espirrar ou tocar no nariz);
- Orientar o paciente e/ou familiares sobre sinais de sangramento e ações apropriadas;

5.2 ENFERMEIRO

- Com o paciente estabilizado, avaliar se a epistaxe é ativa (com sangramento ativo), ou inativa (sem sangramento ativo no momento da consulta);
- Prescrição de medicamentos.

Prescrever:

Lavagem nasal com solução fisiológica 0,9% em casos de epistaxes inativas;

Orientações gerais devem ser fornecidas a todos os pacientes com epistaxe, independente do tratamento clínico realizado, como repouso, aplicação de gelo e compressas frias no nariz, evitar banho e alimentos quentes, evitar medicações derivadas do ácido acetilsalicílico e evitar exposição solar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192**: serviço de atendimento móvel de urgência. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CLASSIFICAÇÃO Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®): versão 2017. 2017. Disponível em: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-brazil-portuguese-translation-2017.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2021.

DOCHETERMAN, J. M.; BULECHEK, G. M. **Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

1.13 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DE ESCABIOSE (SARNA)

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA ESCABIOSE (SARNA)	Versão	1.0
		Data de Aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	NAILA ROBERTA ALVES ROCHA COREN-PI: 241.927 ENF	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO É causada pela infestação do ácaro <i>Sarcoptes scabiei var hominis</i>, que não sobrevive por mais de uma semana fora do hospedeiro, e completa todo o seu ciclo biológico no homem. É transmitida por contato pessoal e menos comumente por vestimentas utilizadas por pessoa infectada. A distribuição das lesões, o prurido intenso, que piora à noite, e sintomas semelhantes em contato íntimos sugerem o diagnóstico. Em adultos, as lesões distribuem-se principalmente em áreas flexoras de punhos, região interdigital, cotovelos, axilas, cintura, nádegas e região peniana e escrotal, nos homens, e mamilos, nas mulheres. Em crianças, as lesões predominam principalmente na face, couro cabeludo, pescoço, região palmar e plantar.			
2 ANAMNESE • Identificação do cliente; • Queixa inicial; • Histórico de saúde; • Histórico de alergias; • Histórico de imunização.			

3 EXAME FÍSICO

- Sinais vitais (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e dor);
- Inspeção: lesão cavitária característica acometendo principalmente áreas de aquecimento (axilas, virilhas, interdigitais, periumbilical, etc.), mas podendo acometer outras partes do corpo.

4 DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

- Prurido presente;
- Integridade da pele prejudicada.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM**

- Determinar a causa do prurido;
- Fazer exame físico para identificar rupturas na pele;
- Aplicar compressa fria para alívio da irritação, se indicado;
- Orientar o cliente a manter as unhas curtas;
- Comunicar os responsáveis pelo cliente, se necessário;
- Encaminhar ao serviço de emergência, se indicado.
- Monitorar as características da lesão;
- Monitorar áreas de risco de deterioração,
- Evitar força de cisalhamento;
- Verificar estado nutricional;
- Monitorar o processo de cicatrização da ferida;
- Monitorar sinais e sintomas de infecção;
- Aplicar curativo apropriado;
- Verificar se o cliente apresenta sinais de abuso físico/negligência;
- Orientar o cliente e a família sobre procedimentos de cuidado com a lesão;
- Orientar o cliente e a família sobre sinais e sintomas de infecção;
- Documentar local, tamanho e aspecto da lesão.

5.2 ENFERMEIRO

O principal enfoque deve ser dado às orientações em relação às vestimentas, toalhas e roupas de cama, que devem ser lavadas e passadas com ferro quente.

Outros itens que não puderem ser lavados devem ficar fechados em saco plástico por uma semana. O tratamento deve ser feito simultaneamente por todas as pessoas atingidas pela parasitose. Retornar a escola um dia após o término do tratamento.

Tratamento tópico

- **Permetrina** – creme a 5% é a droga de escolha, que deve ser aplicado por um período de 8 a 12 horas, sem necessidade de repetir o tratamento. Apresenta boa tolerância local.

A segurança da droga não foi totalmente estabelecida em crianças abaixo dos três meses, gestantes e mulheres que estejam amamentando.

- **Benzoato de benzila** – loção a 25%, que deve ser aplicada durante três dias. Considerado menos efetivo que a permetrina, com frequência causa dermatite irritativa, o que tem restringido o seu uso.

- **Monossulfiram** – aplicado diluído (em duas partes iguais de água em adultos – 1:2 e três – 1:3 em crianças), durante três dias.

- **Enxofre** – empregado a 5% em vaselina ou pasta d'água. Deve ser aplicado por três dias, remover no banho a cada 24 horas. Pode ser utilizado em crianças abaixo dos três meses de idade e gestantes;

- **Ivermectina** – deve ser administrada a pacientes com contraindicação ou dificuldade de aplicação da terapia tópica, como nas lesões muito eczematizadas, pacientes acamados ou infestação em instituições. Está contraindicado em gestantes e mulheres que estejam amamentando. A dose é de 200µg/kg, podendo ser utilizada a partir dos cinco anos de idade ou 15 kg de peso. Pode ser repetida em sete dias.

Observação: O tratamento tópico deve ser aplicado do pescoço aos pés, com atenção à região interdigital e extremidades subungueais. O uso após banho quente pode aumentar a absorção, podendo causar dermatite de contato, assim como o uso repetido e desnecessário pode irritar a pele. O prurido pode permanecer por semanas após o tratamento, então o uso de anti-histamínicos e

corticoides tópicos ou até sistêmicos podem estar indicados. Alguns nódulos podem também persistir após o tratamento, como reação de sensibilidade a produtos de degradação parasitária.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, volume II). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Dermatologia na atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 09). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guiafinal9.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Formulários SAE para consulta de enfermagem e atendimento de demanda espontânea no âmbito do IFPI**. Teresina: IFPI, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Pack Brasil adulto**: ferramenta de manejo clínico em atenção primária à saúde. Florianópolis, SC, 2018.

1.14 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA FEBRE

 INSTITUTO FEDERAL Piauí	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DE FEBRE	Versão	1.0
		Data de Aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	NAILA ROBERTA ALVES ROCHA COREN-PI: 241.927 ENF	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO Febre é definida como elevação da temperatura corporal acima da faixa circadiana normal. Trata-se da reação fisiológica, resultante de alteração no centro termorregulador hipotalâmico; em seu mecanismo, estão envolvidas citocinas, reagentes de fase aguda e numerosos sistemas fisiológicos, imunológicos e endócrinos. Embora muitas vezes entendida como sinônimo de resposta à infecção, febre constitui achado inespecífico, presente em situações tão diversas quanto autoimunidades, neoplasias e reação a drogas.			
2 ANAMNESE • Identificação do cliente; • Queixa inicial; • Histórico de saúde; • Histórico de alergias; • Histórico de imunização.			
3 EXAME FÍSICO • Sinais vitais (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e dor); • Inspeção;			

- Nível de consciência, estado nutricional e de hidratação, áreas com alteração de coloração, temperatura, umidade, turgor, vascularização ou hematomas, lesões (local, tamanho, exsudato, leito da lesão);
- Buscar sinais meníngeos (rigidez de nuca/vômitos em jato);
- Taquipneia/dificuldade respiratória;
- Vômitos intensos;
- Sangramento de mucosas;
- Presença de manchas na pele;
- Tiragem subcostal ou batimento das asas do nariz ou afundamento retroesternal ou de fúrcula (c/ ou s/ cianose);
- Garganta com pontos necróticos ou quantidade numerosa de placas;
- Palpação;
- Verificar presença de dor abdominal intensa/distensão abdominal;
- Sinal de Blumberg ou de Giordano positivos;
- Tumefação dolorosa atrás da orelha.

Sendo um achado inespecífico, a investigação clínica tradicional busca outros sinais/sintomas que possa indicar a origem da febre, normalmente envolvendo agentes infecciosos.

4 DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

- Febre presente.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Orientar sinais de alerta;
- Orientar ingestão hídrica;
- Orientar vestimentas leves;
- Questionar reação alérgica a algum medicamento;
- Atentar para sinais de síndrome respiratória aguda grave, H1N1 ou COVID-19;
- Monitorar os sinais vitais;
- Monitorar a temperatura atentamente para prevenir agravamento da hipertermia;

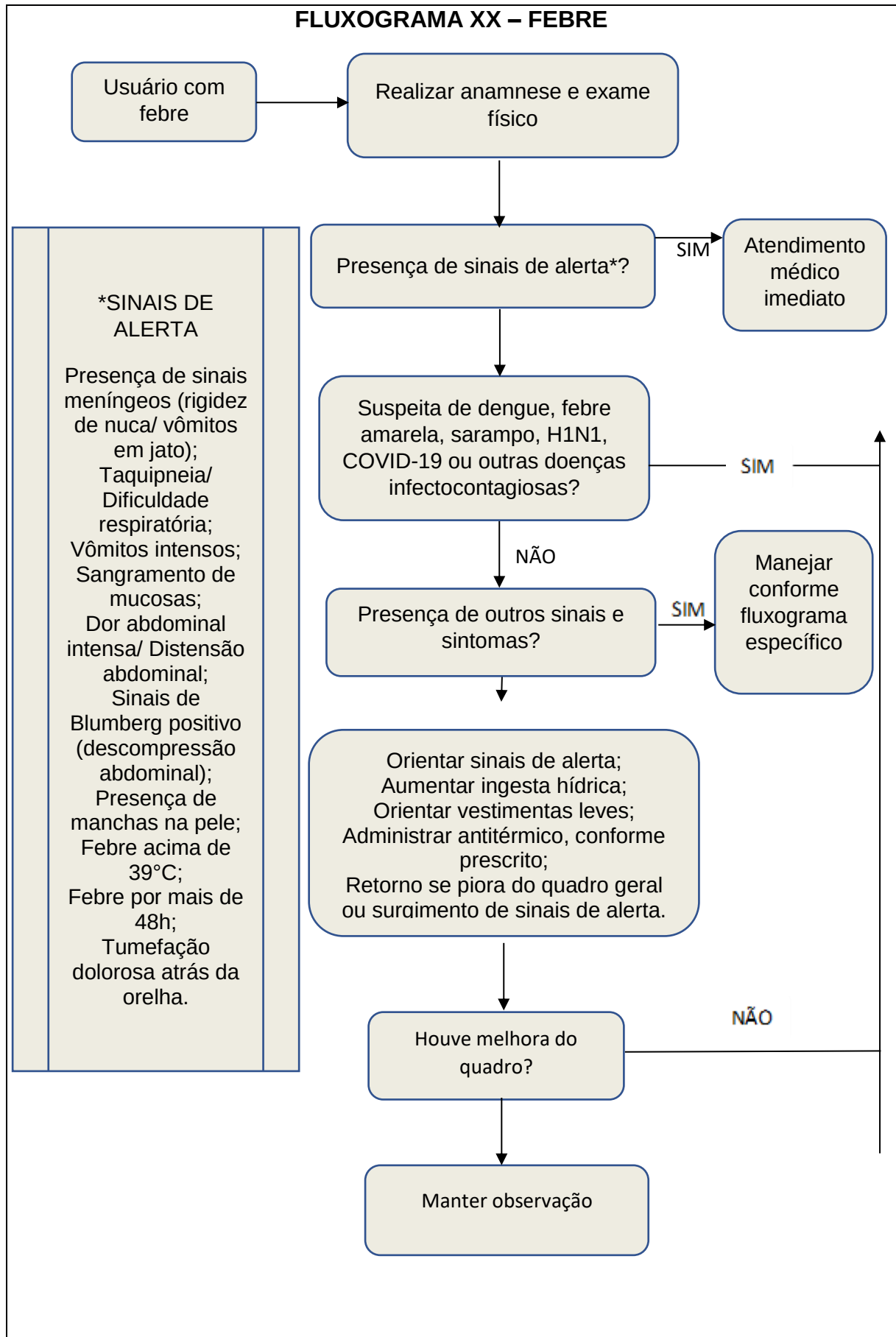
- Orientar o paciente a comunicar outros sinais de infecção;
- Monitorar a ocorrência de condições médicas subjacentes que podem precipitar hipertermia;
- Avaliar resposta à termorregulação;
- Comunicar os responsáveis pelo cliente, se necessário;
- Encaminhar ao serviço de emergência, se febre não interrompida/melhorada.

5.2 ENFERMEIRO

Prescrever:

- **Paracetamol 500 mg:** 1 ou 2 comprimidos (500 mg a 1.000 mg), por via oral, em administração única, ou a cada 6 horas se a febre permanecer, respeitando a dose máxima de 4g/dia; **OU**
- **Dipirona Sódica solução oral 500 mg/ml:** 20 a 40 gotas em administração única, ou se a febre permanecer, até o máximo de 40 gotas, 4 vezes ao dia.

Observação: O paracetamol é o agente de primeira escolha, por sua eficácia e maior segurança nas doses recomendadas (Formulário Terapêutico Nacional, 2010). Entretanto, em caso de suspeita de febre amarela ou dengue, não deve ser prescrito paracetamol, devido ao metabolismo hepático do medicamento; neste caso, sugere-se prescrição da dipirona.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, volume II). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRUN, C. P.; PASQUALOTTO, A. C. Febre. *In*: ROSA, A. A. A.; SOARES, J. L. M. F.; BARROS, E. **Sintomas e sinais na prática médica**: consulta rápida. Artmed: São Paulo, 2006. p. 369.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Formulários SAE para consulta de enfermagem e atendimento de demanda espontânea no âmbito do IFPI**. Teresina: IFPI, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Pack Brasil adulto**: ferramenta de manejo clínico em atenção primária à saúde. Florianópolis, SC, 2018.

1.15 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA FOLICULITE

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA FOLICULITE	Versão	1.0
		Data de Aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	NAILA ROBERTA ALVES ROCHA COREN-PI: 241.927 ENF	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho

1 DEFINIÇÃO

Foliculite é uma infecção da pele que se inicia nos folículos pilosos. Geralmente, é motivada por uma infecção bacteriana ou fúngica, mas também pode ser causada por vírus e, até mesmo, por uma inflamação de pelos encravados. A infecção se apresenta no formato de pequenas espinhas, de pontas brancas, em torno de um ou mais folículos pilosos. A maioria dos casos de foliculite é superficial, mas pode coçar e doer. Normalmente, a inflamação do pelo se cura sozinha, mas casos mais graves e recorrentes merecem atenção e tratamento com um dermatologista, pois podem levar a perda permanente do pelo e cicatrizes.

Foliculite superficial: forma particular de impetigo que se apresenta como pequena pústula folicular, que após ruptura e dissecação forma crosta e não interfere no crescimento do pelo ou cabelo. As lesões são geralmente numerosas, localizando-se em geral no couro cabeludo, extremidades, pescoço, tronco e mais raramente nas nádegas. As lesões podem ter duração de alguns dias ou tornarem-se crônicas.

Hordéolo: é a foliculite dos cílios e glândulas de Meibomius que se caracteriza por edema intenso devido à frouxidão do tecido palpebral.

Sicose da barba: a lesão é pústula folicular centralizada por pelo podendo ocorrer placas vegetantes e infiltradas. A sicose da barba não interfere com o crescimento dos pelos.

2 ANAMNESE

- Identificação do cliente;
- Queixa inicial,
- Histórico de saúde;
- Histórico de alergias;
- Histórico de imunização.

3 EXAME FÍSICO

- Sinais vitais (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e dor);
- Inspeção: buscar por grandes áreas avermelhadas, lesões elevadas com pus amarelado no meio. As partes atingidas ficam muito sensíveis, doloridas e apresentam em alguns casos dor intensa.

4 DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

- Prurido presente;
- Integridade da pele prejudicada;
- Dor presente.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Fazer exame físico para identificar rupturas na pele;
- Orientar o cliente a manter as unhas curtas;
- Monitorar as características da lesão;
- Monitorar áreas de risco de deterioração,
- Verificar estado nutricional;
- Monitorar o processo de cicatrização da ferida;

- Monitorar sinais e sintomas de infecção;
- Aplicar curativo, se necessário;
- Verificar se o cliente apresenta sinais de abuso físico/negligência;
- Orientar o cliente e a família sobre procedimentos de cuidado com a lesão;
- Orientar o cliente e a família sobre sinais e sintomas de infecção;
- Documentar local, tamanho e aspecto da lesão;
- Aferir sinais vitais;
- Avaliar resposta ao manejo/controle da dor;
- Monitorar aparecimento de sinais e sintomas associados à infecção local e sistêmica;
- Orientar a ingestão adequada de água e alimentos;
- Orientar ao cliente e à família maneiras de evitar infecções;
- Encaminhar a rede de assistência à saúde, se necessário.

5.2 ENFERMEIRO

Prescrever:

- **Clindamicina a 1%, loção ou gel:** aplicar duas vezes ao dia por 7 a 10 dias. Alternativamente, faz-se a lavagem da área afetada com **peróxido de benzoíla a 5%**, durante o banho, por 5 a 7 dias.
- **Cefalexina 250 a 500 mg por via oral:** 3 a 4 vezes ao dia, por 10 dias, no acometimento cutâneo extenso.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Dermatologia na atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 09). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guiafinal9.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2021.

DHAR, A. D. **Foliculite**. Kenilworth, NJ, EUA: Merck & Co, 2019. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios->

dermatol%C3%B3gicos/infec%C3%A7%C3%B5es-bacterianas-da-pele/foliculite#v963735_pt. Acesso em: 05 abr. 2021.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Formulários SAE para consulta de enfermagem e atendimento de demanda espontânea no âmbito do IFPI.** Teresina: IFPI, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Foliculite.** 2021. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/foliculite/7/#o-que-e>. Acesso em: 05 abr. 2021.

1.16 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

 INSTITUTO FEDERAL Piauí	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)	Versão	1.0
		Data de Aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	CATARINA ANGÉLICA CARVALHO PEREIRA Enfermeira COREN-PI: 325.149	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho

1 DEFINIÇÃO

É 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.

A consulta de enfermagem deve focar nos fatores de risco que influenciam o controle da hipertensão, ou seja, as mudanças no estilo de vida, o incentivo à atividade física, à redução do peso corporal quando acima do IMC recomendado e o abandono do tabagismo. Deve também estar voltada para as possibilidades de fazer a prevenção secundária, a manutenção dos níveis pressóricos abaixo da meta e o controle de fatores de risco.

Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99

Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	> ou igual a 180	> ou igual a 110
Hipertensão sistólica isolada	> ou igual a 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.

2 ANAMNESE

- Identificação do cliente;
- Antecedentes familiares e pessoais (agravos à saúde);
- Queixas atuais, principalmente as indicativas de lesão de órgão-alvo, tais como: tontura, cefaleia, alterações visuais, dor precordial, dispneia, parestesia, parestesias, edemas e lesões de membros inferiores;
- Percepção da pessoa diante da patologia, do tratamento e do autocuidado;
- Medicamentos em uso e presença de efeitos colaterais;
- Hábitos de vida: alimentação, sono e repouso, atividade física, higiene e funções fisiológicas;
- Identificação de fatores de risco (diabetes, tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo e estresse);
- Presença de lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares (doenças cardíacas, hipertrofia de ventrículo esquerdo, angina ou infarto prévio do miocárdio, revascularização miocárdica prévia, insuficiência cardíaca), episódio isquêmico ou acidente vascular encefálico, nefropatia, doença vascular arterial periférica e retinopatia hipertensiva.

3 EXAME FÍSICO

- Altura, peso, circunferência abdominal e IMC (POP 10);
- Pressão arterial com a pessoa sentada e deitada;
- Frequência cardíaca e respiratória;
- Pulso radial e carotídeo;
- Alterações na visão;
- Pele (integridade, turgor, coloração e manchas);
- Ausculta cardiopulmonar;
- Abdômen (sopros abdominais e massas pulsáteis);

- Membros superiores e inferiores: dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas).

4 DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

- Hipertensão presente.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, conforme (POP 07 e 10).
- Orientar sobre:
 - ✓ A doença e o processo de envelhecimento;
 - ✓ Motivação para mudança de hábitos de vida não saudáveis (fumo, estresse, bebida alcoólica e sedentarismo);
 - ✓ Percepção de presença de complicações;
 - ✓ Os medicamentos em uso (indicação, doses, horários, efeitos desejados e colaterais).
- Orientar o cliente sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados à hipertensão arterial e diabetes;
- Monitorar a ocorrência de hipertensão;
- Monitorar a ocorrência de condições médicas subjacentes que podem precipitar a hipertensão;
- Comunicar ao responsável pelo estudante;
- Encaminhar ao serviço de emergência, se necessário.

5.2 ENFERMEIRO

- Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão ao tratamento e possíveis intercorrências, encaminhando o cliente à rede de atenção a saúde, quando necessário;
- Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde, individual ou em grupo, com os pacientes hipertensos;
- Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer adesão ao

tratamento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, volume II). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf. Acesso em: 24 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

COSTA, V. **Medicamentos para as dores**: os perigos dos AINEs. 2017. Disponível em: http://metis.med.up.pt/index.php/Medicamentos_para_as_dores_%E2%80%93_os_perigos_dos_AINEs. Acesso em: 27 fev. 2021.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Formulários SAE para consulta de enfermagem e atendimento de demanda espontânea no âmbito do IFPI**. Teresina: IFPI, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem**: atenção à demanda espontânea de cuidados no adulto: volume 4. Florianópolis, 2016. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/02_01_2017_21.16.08.f5fd7d29b82782c70892bddb8890ccce.pdf. Acesso em: 24 fev. 2021.

1.17 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA HIPOTENSÃO

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA HIPOTENSÃO	Versão	1.0
		Data de Aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	CATARINA ANGÉLICA CARVALHO PEREIRA Enfermeira COREN-PI: 325.149	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO Hipotensão ou pressão baixa significa que a pressão arterial é mais baixa do que o esperado. Na maioria dos adultos saudáveis, a pressão baixa não causa problemas ou sintomas. Em alguns casos pode até ser normal, pessoas que se exercitam regularmente podem ter uma pressão arterial mais baixa do que pessoas que são sedentárias. No entanto se a pressão arterial cai subitamente ou causa sintomas como tontura e desmaio, podendo ser um problema para a saúde.			
2 ANAMNESE • Identificação do cliente; • Uso de medicações ou drogas ilícitas; • Presença de sintomas específicos: baixo nível de energia, diminuição da força, fraqueza, tontura, desmaio, suor frio, sede excessiva, taquicardia, visão embaçada, pele fria, respiração ofegante e confusão mental; • História pregressa de saúde; • Hábitos de vida: alimentação; sono e repouso; atividade física, higiene; funções fisiológicas; • Histórico de alergia.			

3 EXAME FÍSICO

- Aspecto geral do cliente;
- Aferir a PA, com a técnica e aparelho adequados, e os outros sinais vitais;
- Avaliação cardiopulmonar e neurológica.

4 DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

- Hipotensão presente.

5. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Verificar pressão arterial e os sinais vitais;
- Monitorar a ocorrência de hipotensão;
- Manter repouso no leito e os membros inferiores elevados para prevenir efeitos colaterais de hipotensão postural;
- Auxiliar na deambulação, em casos de hipotensão ortostática;
- Monitorar a ocorrência de condições médicas subjacentes que podem causar a hipotensão;
- Comunicar ao responsável pelo estudante;
- Encaminhar ao serviço de emergência se necessário.

5.2 ENFERMEIRO

- Realizar a consulta de enfermagem identificando e explicando os fatores que contribuíram para a evolução do quadro.

REFERÊNCIAS

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

HIPOTENSÃO arterial. Disponível em:
<https://www.rededorsaoluiz.com.br/sintomas/hipotensao-arterial>. Acesso em: 02 mar. 2021.

HIPOTENSÃO: o que é, sintomas e valores. Disponível em:
<https://www.minhavidade.com.br/saude/temas/hipotensao>. Acesso em: 02 mar. 2021.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Formulários SAE para consulta de enfermagem e atendimento de demanda espontânea no âmbito do IFPI**. Teresina: IFPI, 2020.

1.18 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DO IMPETIGO

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DO IMPETIGO	Versão	1.0
		Data de Aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	NAILA ROBERTA ALVES ROCHA COREN-PI: 241.927 ENF	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO Infecção bacteriana superficial, observada mais frequentemente em crianças, e tem como principais agentes o <i>Staphylococcus aureus</i> e o <i>Streptococcus</i> beta-hemolítico do grupo A. A inoculação é facilitada por escoriações, picadas de inseto e traumas. O diagnóstico é clínico, baseado na anamnese e no exame físico. No exame físico, o impetigo pode ser caracterizado como não bolhoso ou bolhoso. Impetigo não bolhoso: observam-se pápulas eritematosas, que evoluem para vesículas e pústulas, se rompem facilmente, e deixam crostas melicéricas. Áreas expostas como face e extremidades são mais afetadas. Impetigo bolhoso: relacionado principalmente ao <i>Staphylococcus aureus</i>, caracteriza-se por bolhas flácidas, mais duradouras, que ao se romperem deixam restos na sua periferia. Em alguns casos, bacterioscopia e cultura podem ser necessárias para identificar o agente causal.			
2 ANAMNESE • Identificação do cliente; • Queixa inicial; • Histórico de saúde;			

- Histórico de alergias;
- Histórico de imunização.

3 EXAME FÍSICO

- Sinais vitais (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e dor);
- Inspeção: buscar por lesões de pele geralmente afebris, com grande potencial de disseminação e que pode ser de aspecto crostoso e/ou bolhoso. Possui na maioria das vezes uma coloração cor de mel. Localização mais comum na face e em regiões próximas ao nariz. Deve-se excluir síndrome mão-pé-boca.

4. DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

1. Prurido presente;
2. Integridade da pele prejudicada;
3. Dor presente.

5. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Realizar exame físico para identificar rupturas na pele;
- Aplicar compressa fria para alívio da irritação, se indicado;
- Orientar o cliente a manter as unhas curtas;
- Monitorar as características da lesão;
- Monitorar áreas de risco de deterioração;
- Verificar estado nutricional;
- Monitorar o processo de cicatrização da ferida;
- Monitorar sinais e sintomas de infecção;
- Aplicar curativo apropriado;
- Verificar se o cliente apresenta sinais de abuso físico/negligência;
- Orientar o cliente e a família sobre procedimentos de cuidado com a lesão;
- Orientar o cliente e a família sobre sinais e sintomas de infecção;
- Documentar local, tamanho e aspecto da lesão;

- Aferir sinais vitais;
- Avaliar resposta ao manejo/controle da dor;
- Monitorar aparecimento de sinais e sintomas associados à infecção local e sistêmica;
- Orientar a ingestão adequada de água e alimentos;
- Orientar ao cliente e à família maneiras de evitar infecções;
- Encaminhar à rede de assistência a saúde, se necessário.

5.2 ENFERMEIRO

- Orientar o afastamento das atividades escolares;
- Orientar a limpeza e remoção de crostas, com água e sabão, duas a três vezes ao dia. Se houver dificuldade na remoção de crostas, elas podem ser amolecidas com aplicação de vaselina.

Prescrever:

- **Mupirocina** creme 3x/dia por 7 dias.
- **Eritromicina:** 250mg a 500mg, quatro vezes ao dia, em adultos, e 30mg a 50mg/kg/dia, em crianças, por sete dias;
- **Cefalexina:** 250mg a 500mg, quatro vezes ao dia, em adultos, e 25mg a 50mg/kg/dia, em crianças, por sete dias.

Observação

Lesões disseminadas com ou sem febre ou acometendo todo o trígono da face: Encaminhar ou realizar interconsulta com o médico da equipe (avaliar necessidade de antibiótico sistêmico, a cefalexina geralmente é a primeira escolha).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea:** queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, volume II). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf. Acesso em: 16 fev. 2021.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ.

Formulários SAE para consulta de enfermagem e atendimento de demanda espontânea no âmbito do IFPI. Teresina: IFPI, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Pack Brasil adulto**: ferramenta de manejo clínico em atenção primária à saúde. Florianópolis, SC, 2018.

1.19 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA INFECÇÃO DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES (IVAS)

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA INFECÇÃO DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES (IVAS)	Versão	1.0
		Data de Aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	CATARINA ANGÉLICA CARVALHO PEREIRA Enfermeira COREN-PI: 325.149	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO Infecção das vias aéreas superiores (IVAS) ou mais conhecida como resfriado comum, causada pelo vírus rinovírus (RV). A congestão nasal também é comum, porém, ao contrário da gripe, a maioria dos adultos e crianças quando apresentam febre costuma ser baixa. É um dos problemas de saúde mais comuns nos ambulatórios, especialmente nos períodos de inverno. Os sinais e sintomas dos resfriados aparecem dois ou três dias após a exposição ao vírus, os mais comuns são: rinorreia (em geral transparente), prurido nasal, leve cansaço, espirros, tosse, dor ou coceira na garganta, olhos lacrimejantes, dor no corpo, febre baixa e de curta duração. Os sintomas do resfriado comum estão limitados ao trato respiratório superior. Rinorreia e obstrução nasal são os proeminentes, e estão associados à resposta inflamatória neutrofílica combinada ao aumento da permeabilidade vascular e da secreção de muco. Diferentemente de outros vírus respiratórios (influenza), o RV não destrói a barreira epitelial das vias aéreas.			
2 ANAMNESE Identificação do cliente;			

- Queixa principal (apresenta dificuldade: para deglutir e respirar; tosse, congestão nasal, rinorreia e prurido nasal e indisposição);
- História pregressa de saúde;
- Uso de algum medicamento;
- Histórico de alergia.

3 EXAME FÍSICO

- Aspecto geral do usuário;
- Verificação dos SSVV;
- Oroscopia: aspecto da mucosa orofaríngea;
- Presença de gânglios em região submandibular;
- Ausculta pulmonar;
- Verificação da saturação de O₂, não menor que 95% em ar ambiente, e avaliar tosse;
- Sinais de desconforto respiratório.

ATENÇÃO: Na presença de fatores de risco ou sinais de gravidade deverá ser encaminhado ao serviço de referência, pois o agravamento destes sintomas poderá desencadear a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

Fatores de risco	Sinais de gravidade
Gestação e puerpério	Dispneia ou FR alterada
População idosa (acima de 60 anos)	Febre > 38°C
População indígena	Tosse persistente e/ou muito produtiva
Cardiopatias	Secreção nasal ou tosse amarelo esverdeada em grande quantidade
Imunossupressão	Convulsão
Nefropatias	Alteração do nível de consciência
Diabetes descompensada	Frequência respiratória > 30 IRPM.
Distúrbios hematológicos	PA sistólica < 90mmHg ou PA diastólica < 60mmHg
Transtornos neurológicos	Sat O ₂ < 95%
Obesidade	Sinais de H1N1 e COVID-19

4 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- Corrimento nasal;
- Dispneia presente;
- Tosse presente;

- Condição respiratória prejudicada.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Avaliar características da secreção;
- Orientar ingestão hídrica para fluidificar e drenar melhor as secreções nasais;
- Manter vias aéreas permeáveis;
- Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço nas respirações;
- Monitorar a ocorrência de dispneia e eventos que a melhorem ou piorem;
- Monitorar saturação periférica de oxigênio;
- Monitorar sinais vitais;
- Registrar movimentos torácicos observando a existência de simetria, o uso de músculos acessórios e retrações de músculos supraclaviculares e intercostais;
- Registrar início, características e duração da tosse;
- Encorajar respiração profunda;
- Realizar cuidados a fim de evitar a propagação;
- Fornecer máscara cirúrgica;
- Observar se tosse produtiva persistente por mais de três semanas, encaminhar ao serviço de referência para solicitação de baciloscopia de escarro para detecção de tuberculose;
- Orientar vacinação de influenza (quando em período de campanha) conforme faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde e comorbidades delimitantes;
- Atentar para sinais de SRAG, H1N1 ou COVID-19;
- Orientar o usuário a retornar se não houver melhora do quadro após 48 horas, ou se piora ou surgimento de sinais de alerta;
- Orientar repouso;
- Comunicar ao responsável pelo estudante;
- Encaminhar ao serviço de emergência, caso apresente fatores de risco e sinais de gravidade, conforme tabela.

5.2 ENFERMEIRO

Ainda não existem medicamentos que tenham demonstrado bons resultados no combate aos vírus da gripe e do resfriado comum, por isso, o tratamento é direcionado ao alívio dos sinais e sintomas. Os principais medicamentos sintomáticos utilizados são os analgésicos e antitérmicos, que aliviam a dor e a febre.

Prescrever:

- **Solução nasal 0,9%** gotas: aplicar 4 gotas em cada narina 4x/dia. Adicionalmente, pode ser indicado lavar o nariz com solução fisiológica 0,9% (jatos de aproximadamente 10 ml), quantas vezes forem necessárias, colocando a solução em uma narina e deixando sair pela outra.
- **Paracetamol 500 mg:** 1 ou 2 comprimidos (500 mg a 1.000 mg), por via oral, em administração única, ou a cada 6 horas se a febre permanecer, respeitando a dose máxima de 4g/dia; **OU**
- **Dipirona sódica** solução oral 500 mg/ml: 20 a 40 gotas em administração única, ou se a febre permanecer, até o máximo de 40 gotas, 4 vezes ao dia.

OBSERVAR

- O paracetamol é o agente de primeira escolha, por sua eficácia e maior segurança nas doses recomendadas (Formulário Terapêutico Nacional, 2010). Entretanto, em caso de suspeita de febre amarela ou dengue, não deve ser prescrito paracetamol, devido ao metabolismo hepático do medicamento; neste caso, sugere-se prescrição de Dipirona;
- Os medicamentos (paracetamol ou dipirona) devem ser prescritos APENAS se o usuário estiver sentindo dores no corpo ou estiver com febre.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Gripes e resfriados**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2074-gripe-e-resfriado>. Acesso em: 18 fev. 2021.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Formulários SAE para consulta de enfermagem e atendimento de demanda espontânea no âmbito do IFPI.** Teresina: IFPI, 2020.

PREFEITURA DE JOINVILE. Secretaria da Saúde. **Assistência de enfermagem ao adulto na demanda espontânea da atenção primária.** Joinville, SC, 2020.

Disponível em:

<https://www.joinville.sc.gov.br/public/portaladm/pdf/jornal/62c9232f98dd9b891e77495f9196480e.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de enfermagem:** atenção à demanda espontânea de cuidados no adulto: volume 4. Florianópolis, 2016.

1.20 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST) MAIS COMUNS

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST) MAIS COMUNS	Versão	1.0
		Data de Aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	MARIA DA CRUZ DIAS FEITOSA COREN-PI: 314.317 ENF	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são causadas por vírus, bactérias ou outros microorganismos, com transmissão principalmente por meio do contato sexual (oral, vaginal, anal) sem uso de preservativos, com uma pessoa que esteja infectada. A transmissão de uma IST pode acontecer, ainda, da mãe para a criança durante a gestação, parto ou a amamentação. De maneira menos comum, as IST's também podem ser transmitidas por meio não sexual, pelo contato de mucosas ou pele não íntegra com secreções corporais contaminadas. As principais manifestações clínicas das IST's são: corrimento vaginal, corrimento uretral, úlceras genitais e verrugas anogenitais. Embora possam sofrer variações, essas manifestações têm etiologias bem estabelecidas, o que facilita a escolha e a realização dos testes para o diagnóstico e tratamento. As infecções do trato reprodutivo (ITR) são divididas em: • Infecções endógenas (candidíase vulvovaginal e vaginose bacteriana); • Infecções iatrogênicas (infecções pós-aborto, pós-parto); • IST (tricomoníase, infecção por <i>C. trachomatis</i> e <i>N. gonorrhoeae</i>).			

A mulher pode apresentar concomitantemente mais de uma infecção, ocasionando assim corrimento de aspecto inespecífico. A ausência da rede laboratorial em algumas localidades favorece a menor especificidade das condutas e a possibilidade de tratamento desnecessário. Condutas baseadas apenas na impressão clínica não são recomendadas, devido à baixa sensibilidade e especificidade.

2 ANAMNESE

- Identificação do cliente;
- Queixa principal;
- Histórico de saúde sexual;
- Avaliação de risco;
- Comportamento de risco (vulnerabilidades);
- Histórico de imunização;
- Histórico de alergias.

3 EXAME FÍSICO

- Sinais vitais (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e dor);
- Inspeção – observar pele e mucosas, tipo de corrimento: grumoso e/ou eritema/edema /escoriações na vulva e glândula.
- Palpação – ganglionar de todos os segmentos corporais, tumorações, ulcerações, fístulas, fissuras etc.

4 DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

- Risco para Infecção;
- Infecção;
- Inflamação;
- Dor.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Anamnese;
- Exame físico;
- Verificar sinais vitais

- Realizar orientação centrada na pessoa e suas práticas sexuais
- Contribuir para que a pessoa reconheça e minimize o próprio risco de infecção por uma IST;
- Informar sobre a possibilidade de realizar prevenção combinada para IST/HIV/ hepatites virais;
- Oferecer preservativos ao cliente, orientando sobre as técnicas de uso;
- Notificar o caso, quando indicado, conforme (POP 12);
- Discutir o caso na equipe para continuidade dos cuidados ao indivíduo e à família;
- Fornecer orientações e agendar data de retorno;
- Encaminhar e/ou acompanhar quando necessário o usuário até o serviço de referência.

5.2 ENFERMEIRO

- Avaliar se o exame preventivo de câncer de colo do útero está em dia;
- Tratar mediante avaliação clínica com apresentação de exame laboratorial e/ou imagem;
- Orientar o cliente a concluir o tratamento mesmo que os sintomas tiverem desaparecidos;
- Encaminhar precocemente ao serviço de referência para investigação laboratorial e/ou de imagem.

Prescrever:

➤ Candidíase Vaginal

Primeira opção: miconazol creme a 2% ou outros derivados imidazólicos, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias **OU** nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias

Segunda opção: fluconazol 150mg, por via oral, dose única **OU** itraconazol 100mg, 2 comprimidos, por via oral, 2x/dia, por 1 dia

Obs. As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas. Tratamento em gestantes e lactantes: somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado.

➤ **Tratamento de Vaginose Bacteriana**

Primeira opção (incluindo gestantes e lactantes): metronidazol 250mg, 2 comprimidos por via oral, 2x/dia, por 7 dias **OU** metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias.

Segunda opção: clindamicina 300mg, por via oral, 2x/dia, por 7 dias.

OBSERVAÇÃO: O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.

➤ **Tratamento de Tricomoníase**

Primeira opção (incluindo gestantes e lactantes): metronidazol 400mg, 5 comprimidos, por via oral, dose única (dose total de tratamento 2g) **OU** Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, por via oral, 2x/dia, por 7 dias.

➤ **Tratamento de Herpes Genital**

Primeiro episódio: aciclovir 200mg, 2 comprimidos, por via oral, 3x/dia, por 7-10 dias **OU** aciclovir 200 mg, 1 comprimido, por via oral, 5x/dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por 7 a 10 dias.

Recidiva: aciclovir 200mg, 2 comprimidos, por via oral, 3x/dia, por 5 dias **OU** aciclovir 200mg, 4 comprimidos, por via oral, 2x/dia, por 5 dias.

Atenção: O tratamento com antivirais é eficaz para redução da intensidade e duração dos episódios, quando realizado precocemente. Tratamento local pode ser feito com compressas de solução fisiológica ou degermante em solução aquosa, para higienização das lesões; Analgésicos orais podem ser utilizados, se necessário.

Observações Gerais

- As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico;
- Quando indicado, deve ser realizado de forma preferencialmente presencial, com a devida orientação;
- Durante o tratamento com metronidazol, deve-se evitar a ingestão de álcool (efeito antabuse, devido à interação de derivados imidazólicos com álcool, caracterizado por mal-estar, náuseas, tonturas e “gosto metálico na boca”);
- Durante o tratamento por via intravaginal, as relações sexuais devem ser suspensas;
- Manter o tratamento durante a menstruação.

REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

1.21 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA MICOSE (IMPINGEM)

 INSTITUTO FEDERAL Piauí	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA MICOSE (IMPINGEM)	Versão	1.0
		Data de Aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	NAILA ROBERTA ALVES ROCHA COREN-PI: 241.927 ENF	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO Infecções superficiais da pele causadas por fungos dermatófitos, que se alimentam da queratina da pele. São as micoses superficiais, também chamadas de tinha ou tineia. Podem ocorrer em qualquer local da pele como mãos, pés, corpo, face, virilha e couro cabeludo (este último mais comum em crianças). Desenvolvem-se em área de pele úmida, acometem mais facilmente pessoas com baixa imunidade e são transmitidos por contato de pessoa para pessoa.			
2 ANAMNESE • Identificação do cliente; • Queixa inicial, • Histórico de saúde; • Histórico de alergias; • Histórico de imunização.			

3 EXAME FÍSICO

- Sinais vitais (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e dor);
- Inspeção: lesões circulares e pruriginosas, com descamação de crescimento lento e bordas elevadas, tendo como áreas mais comuns axilas e região da virilha.

4 DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

1. Prurido presente;
2. Integridade da pele prejudicada.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM**

- Determinar a causa do prurido;
- Fazer exame físico para identificar rupturas na pele;
- Aplicar compressa fria para alívio da irritação, se indicado;
- Orientar o cliente a manter as unhas curtas;
- Comunicar os responsáveis pelo cliente, se necessário;
- Encaminhar ao serviço de emergência, se indicado.
- Monitorar as características da lesão;
- Monitorar áreas de risco de deterioração,
- Evitar força de cisalhamento;
- Verificar estado nutricional;
- Monitorar o processo de cicatrização da ferida;
- Monitorar sinais e sintomas de infecção;
- Aplicar curativo apropriado;
- Verificar se o cliente apresenta sinais de abuso físico/negligência;
- Orientar o cliente e a família sobre procedimentos de cuidado com a lesão;
- Orientar o cliente e a família sobre sinais e sintomas de infecção.
- Documentar local, tamanho e aspecto da lesão.

5.2 ENFERMEIRO

Prescrever:

- Orientar a evitar contato direto ou indireto com cliente ou animais com sintomas;
- Orientar quanto à identificação e tratamento de animais domésticos infectantes;
- Lavar adequadamente roupas pessoais, de banho e de cama com água quente ou passar a ferro quente.

Tratamento tópico

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

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

Prevenção: manter áreas da pele seca, principalmente as dobras (axilas, pescoço, virilha), pois os fungos se desenvolvem mais facilmente em áreas úmidas e quentes do corpo. Não compartilhar objetos de uso pessoal, como roupa íntima, escovas de cabelos e toalhas; manter boas condições de higiene, nutricionais e de saúde.

REFERÊNCIAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Pack Brasil adulto:** ferramenta de manejo clínico em atenção primária à saúde. Florianópolis, SC, 2018.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Formulários SAE para consulta de enfermagem e atendimento de demanda espontânea no âmbito do IFPI.** Teresina: IFPI, 2020.

1.22 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA MICOSE INTERDIGITAL (FRIEIRA)

 INSTITUTO FEDERAL Piauí	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA MICOSE INTERDIGITAL (FRIEIRA)	Versão	1.0
		Data de Aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	NAILA ROBERTA ALVES ROCHA COREN-PI: 241.927 ENF	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO Infecção causada pelos fungos <i>Trichophyton mentagrophytes</i> ou <i>Trichophyton rubrum</i>, e que afeta preferencialmente a sola dos pés e os espaços entre os dedos. Conhecida também como <i>tinea pedis</i> ou pé de atleta, a frieira é a micose de pele mais comum no mundo.			
2 ANAMNESE • Identificação do cliente; • Queixa inicial; • Histórico de saúde; • Histórico de alergias; • Histórico de imunização.			
3 EXAME FÍSICO • Sinais vitais (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e dor);			

- Inspeção: Lesões descamativas úmidas entre os dedos ou nas plantas dos pés.

4 DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

- Prurido presente;
- Integridade da pele prejudicada.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Determinar a causa do prurido;
- Fazer exame físico para identificar rupturas na pele;
- Aplicar compressa fria para alívio da irritação, se indicado;
- Orientar o cliente a manter as unhas curtas;
- Comunicar os responsáveis pelo cliente, se necessário;
- Encaminhar ao serviço de emergência, se indicado.
- Monitorar as características da lesão;
- Monitorar áreas de risco de deterioração,
- Evitar força de cisalhamento;
- Verificar estado nutricional;
- Monitorar o processo de cicatrização da ferida;
- Monitorar sinais e sintomas de infecção;
- Aplicar curativo apropriado;
- Verificar se o cliente apresenta sinais de abuso físico/negligência;
- Orientar o cliente e a família sobre procedimentos de cuidado com a lesão;
- Orientar o cliente e a família sobre sinais e sintomas de infecção;
- Documentar local, tamanho e aspecto da lesão.

5.2 ENFERMEIRO

Prescrever:

- Lavar e secar bem os pés;
- Orientar o uso de calçados abertos/sandálias;
- Orientar exposição solar de sapatos fechados;
- **Miconazol creme dermatológico:** 12/12 horas por 7 a 14 dias.

Se presença de lesões extensas ou infecção secundária, encaminhar/discutir com médico da equipe.

REFERÊNCIAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Pack Brasil adulto:** ferramenta de manejo clínico em atenção primária à saúde. Florianópolis, SC, 2018.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Formulários SAE para consulta de enfermagem e atendimento de demanda espontânea no âmbito do IFPI.** Teresina: IFPI, 2020.

1.23 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA MORDEDURA DE ANIMAIS

 INSTITUTO FEDERAL Piauí	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA MORDEDURA DE ANIMAIS	Versão	1.0
		Data de Aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	MARIA DA CRUZ DIAS FEITOSA COREN-PI: 314.317 ENF	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO É muito frequente a procura de assistência médica, em especial, nos setores de emergência devido a mordidas de animais. As mordeduras são em grande parte causadas por mamíferos (cães, gatos, bovinos, bubalinos, equídeos, caprinos, ovinos, suínos e outros), sendo estimado que 80% das ocorrências são de pequenos ferimentos, não havendo necessidade de atendimento de urgência. Além do trauma físico causado pelas mordidas, deve-se ter atenção com as doenças infecciosas que podem ser transmitidas e são causadas por bactérias, fungos, vírus dentre outros agentes biológicos. A raiva (encefalite viral) e o ferimento ocasionado pelo acidente são as principais complicações. Os dados da anamnese e exame físico são de suma importância para uma referência adequada ao serviço que iniciará a profilaxia antirrábica e antitetânica.			
2 ANAMNESE • Identificação do cliente; • Queixa principal; • Histórico de saúde; • Histórico de imunização; • Histórico de alergias; • Realização da estratificação de risco, para ter todas as informações sobre o			

caso e referenciar para um serviço que fará a profilaxia.

3 EXAME FÍSICO

- Sinais vitais (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e dor);
- Local do acidente – (cabeça, face ou pescoço) ou em locais muito inervados (mãos, polpas digitais e planta dos pés) e lambedura de mucosas
- Profundidade do acidente – os acidentes devem ser classificados como superficiais (sem presença de sangramento) ou profundos (apresentam sangramento, ou seja, ultrapassam a derme)
- Extensão e número de lesões – deve-se observar a extensão da lesão e se ocorreu apenas uma única lesão ou múltiplas, ou seja, uma porta de entrada ou várias.

ATENÇÃO

De acordo com os critérios acima estabelecidos, as exposições podem ser assim classificadas:

Acidentes leves

- Ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto mãos, polpas digitais e planta dos pés) podem acontecer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras causadas por unha ou dente;
- Lambedura de pele com lesões superficiais.

Acidentes graves

- Ferimentos na cabeça, face, pescoço, mão, polpa digital e/ou planta do pé;
- Ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo;
- Lambeduras de mucosas;
- Lambeduras de pele onde já existe lesão grave;
- Ferimentos profundos causados por unha de gato;
- Quaisquer ferimentos causados por morcego.

Esquema para profilaxia da raiva humana com vacina de cultivo celular

TIPO DE EXPOSIÇÃO	CONDIÇÕES DO ANIMAL AGRESSOR		
	Cão ou gato sem suspeita de raiva no momento da agressão.	Cão ou gato clinicamente suspeito de raiva no momento da agressão.	Cão ou gato raivoso, desaparecido ou morto, animais silvestres (inclusive os domiciliados), animais domésticos de interesse econômico ou de produção.
Contato Indireto	• Lavar com água e sabão. • Não tratar.	• Lavar com água e sabão. • Não tratar.	• Lavar com água e sabão. • Não tratar.
Acidentes Leves	• Lavar com água e sabão. • Observar o animal durante 10 dias após a exposição. • Se o animal permanecer sadio no período de observação encerrar o caso. • Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, administrar 5 doses de vacina (dias 0, 3, 7, 14 e 28).	• Lavar com água e sabão. • Iniciar esquema profilático com 2 doses, uma no dia 0 e outra no dia 3. • Observar o animal durante 10 dias após a exposição. • Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o esquema profilático e encerrar o caso. • Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar o esquema até 5 doses. Aplicar uma dose entre o 7º e o 10º dia e uma dose nos dias 14 e 28.	• Lavar com água e sabão. • Iniciar imediatamente o esquema profilático com 5 doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28.
	• Lavar com água e sabão. • Observar o animal durante 10 dias após exposição	• Lavar com água e sabão. • Iniciar o esquema profilático com soro e 5 doses de vacina	• Lavar com água e sabão. • Iniciar imediatamente o esquema profilático

Acidentes Graves	• Iniciar esquema profilático com duas doses uma no dia 0 e outra no dia 3. • Se o animal permanecer sadio no período de observação encerrar o caso. • Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, continuar ao esquema profilático, administrando o soro, e completando o esquema até 5 doses. Aplicar uma dose entre o 7º e o 10º dia e uma dose nos dias 14 e 28.	nos dias 0, 3, 7, 14 e 28. • Observar o animal durante 10 dias após a exposição. • Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o esquema profilático e encerrar o caso.	com soro e 5 (cinco) doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28.
-------------------------	--	---	--

Informações Gerais

- A história vacinal do animal agressor não constitui elemento suficiente para a dispensa da indicação do tratamento antirrábico humano.
- Em decorrência da letalidade provocada pela raiva, não existe contraindicação à vacina.

4 DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

- Ferida;
- Cuidados com ferida;
- Dor Cutânea.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Anamnese;
- Exame físico;
- Monitorar sinais vitais;
- Lavar imediatamente o ferimento com água corrente, sabão ou outro detergente e utilizar antissépticos que inativem o vírus da raiva (como

povidine, clorexidine e álcool-iodado), apenas no primeiro atendimento; Posteriormente, lavar a região com solução fisiológica;

- Lavar a mucosa ocular com solução fisiológica ou água corrente;
- Controlar sangramento;
- Aplicar curativo apropriado para proteger a lesão, se necessário;
- Realizar cuidados de conforto para facilitar o alívio da dor;
- Orientar o cliente e a família sobre procedimentos de cuidado com a lesão;
- Orientar o cliente e a família sobre sinais e sintomas de infecção;
- Documentar local, tamanho e aspecto da lesão.
- Orientar sobre os cuidados com o animal e o isolamento dele para evitar acidentes com outras pessoas;
- Encaminhar ao serviço de referência para iniciar a profilaxia do tétano segundo o esquema preconizado (caso não seja vacinado ou com esquema vacinal incompleto);
- Referenciar ao serviço que iniciará a profilaxia antirrábica, o mais breve possível, se necessário;
- Discutir o caso na equipe para continuidade dos cuidados ao indivíduo e à família;
- Fornecer orientações e agendar data de retorno;
- Encaminhar e/ou acompanhar o usuário até o serviço de referência, quando necessário.

5.2 ENFERMEIRO

- Avaliar a lesão examinando sua profundidade, extensão, localização e dor.

Prescrever:

Dipirona Sódica: solução oral 500 mg/ml, 20 a 40 gotas em administração única, ou se a dor permanecer, até o máximo de 40 gotas, 4 vezes ao dia; **OU**

Paracetamol: 500 mg, 1 ou 2 comprimidos (500 mg a 1.000 mg), por via oral, em administração única, ou a cada 6 horas se a dor permanecer, respeitando a dose máxima de 4g/dia.

Atenção: administrar analgésico 30 minutos antes da realização do curativo, se necessário.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea:** queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, volume II).

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Mordidas de animais. Disponível em: http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/virtual%20tour/hipertextos/up2/mordidas_animalis.html. Acesso em: 24 fev. 2021.

1.24 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DAS NÁUSEAS E VÔMITOS

 INSTITUTO FEDERAL Piauí	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DAS NÁUSEAS E VÔMITOS	Versão	1.0
		Data de Aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	MARCELA OSÓRIO REIS CARNEIRO COREN-PI: 364.255 ENF	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO Pode ser entendido como a expulsão oral forçada do conteúdo gástrico, associada à contração da musculatura. Há três fases consecutivas da êmese que incluem náusea, arcadas e vômitos. A náusea é a sensação de necessidade iminente de vomitar que está associado à estase gástrica. As arcadas são os movimentos musculares bruscos, abdominais e torácicos, que precedem o vômito. A fase final da êmese é o vômito, a expulsão forçada do conteúdo gástrico devido à retroperistalse.			
2 ANAMNESE • Identificação do cliente; • Queixa inicial (investigar a causa e duração das náuseas e/ou vômitos); • Condições de saúde; • Histórico de alergias.			
3 EXAME FÍSICO • Aspecto geral do cliente; • Avaliação dos sinais vitais (pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, temperatura axila e dor); • Investigação de distensão abdominal, presença de ruídos hidroaéreos, dor abdominal, presença de massas, dor à descompressão brusca dolorosa,			

contração abdominal involuntária, icterícia; • Avaliação neurológica e sinais de desidratação.
4 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM • Náusea; • Vômito; • Risco de desidratação; • Risco de ingestão de alimentos deficitária.
5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM 5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM • Anamnese; • Exame físico; • Avaliar sinais vitais (pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, temperatura axila e dor); • Investigar a causa de náusea e a duração se conhecidas; • Encorajar o cliente a fazer refeições pequenas e frequentes; • Orientar o cliente a aumentar ingesta de água, suco, água de coco, etc.; • Instruir o paciente a evitar líquidos quentes, alimentos contendo gordura e fibras, alimentos temperados, cafeína e doces; • Acompanhar a evolução do caso; • Administrar e orientar o uso de soro de reidratação oral; • Atentar-se para os sinais de alerta; • Encaminhar para avaliação médica imediata se sinais de alerta, sinais de piora ou não aceitação da TRO. SINAIS DE ALERTA • Taquipneia • Taquicardia • Pulso rápido e fino • Sonolência ou confusão mental • Sinais de choque hipovolêmico • Dor abdominal intensa e ausência de ruídos hidroaéreos • Descompressão abdominal dolorosa (Blumberg positivo) • Febre

- Fezes com sangue ou pus
- Vômitos com sangue
- Rigidez de nuca/sinais meníngeos
- Vômitos em jatos e persistentes
- Sinais de desidratação grave

5.2 ENFERMEIRO

- Avaliar os clientes quanto aos sinais de desidratação.

Prescrever soro de reidratação oral:

- **50ml/kg de SRO** em um período de quatro horas para clientes com desidratação leve.
- **100ml/kg de SRO** em um período de quatro horas para clientes com desidratação moderada.

Principais sinais para avaliação do grau de desidratação

Hidratado

- Aspecto alerta
- Olhos brilhantes com lágrima
- Mucosas úmidas
- Bregma normotensa
- Pulso cheio
- Perfusão normal
- Circulação (PA) normal
- Diurese normal
- Redução do peso 0%

Desidratado

- Aspecto irritado, com sede
- Olhos encovados
- Mucosas úmidas Secas
- Bregma deprimida

- Pulso cheio palpável
- Perfusão normal
- Circulação (PA) normal
- Diurese pouco diminuída
- Redução do peso $\leq 10\%$

Desidratação grave

- Aspecto deprimido, comatoso
- Olhos muito encovados, sem lágrimas
- Mucosas muito secas
- Bregma muito deprimida
- Pulso débil ou ausente
- Perfusão alterada
- Circulação (PA) diminuída/taquicardia
- Diurese oligúria/anúria
- Redução do peso $> 10\%$

CONTRAINDICAÇÕES DA TRO

- Perda ou ganho insuficiente de peso após as primeiras horas de TRO;
- Vômitos persistentes;
- Recusa persistente da solução;
- Distensão abdominal grave íleo paralítico;
- Alteração de consciência;
- Evolução para choque hipovolêmico.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, volume II).

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de enfermagem**: atenção à demanda espontânea de cuidados no adulto: volume 4. Florianópolis, 2016.

1.25 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DOS OLHOS VERMELHOS

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DOS OLHOS VERMELHOS	Versão	1.0
		Data de Aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	STÉFANY EMILIA XAVIER MOREIRA TEIXEIRA COREN-PI: 489.889 ENF	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO O olho vermelho é uma das condições oftalmológicas mais comuns no contexto dos cuidados primários em saúde e um dos principais motivos de consultas oftalmológicas nos setores de pronto atendimento. A inflamação de qualquer parte do olho, incluindo o aparelho lacrimal, as pálpebras e a alteração do filme lacrimal podem causar a vermelhidão da parte normalmente branca do olho. Os vasos sanguíneos podem se dilatar como resultado de infecção, alergia, inflamação causada por alguma coisa além de uma infecção ou pressão elevada dentro do olho, em geral causada por glaucoma de ângulo fechado repentino, no qual a pressão do líquido aumenta em frente à câmara do olho. Diversas partes do olho podem ser afetadas, a conjuntiva (a fina membrana que reveste a pálpebra e cobre a frente do olho), a íris (a parte colorida do olho), a esclerótica (a camada fibrosa resistente e branca que cobre o olho) e a episclera (a camada de tecido conjuntivo entre a esclerótica e a conjuntiva), sendo a conjuntiva a mais comumente afetada.			
2 ANAMNESE Identificação do cliente;			

- Queixa inicial;
- Histórico de saúde pregressa;
- Histórico de alergias.

3 EXAME FISICO

- Sinais vitais (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e dor);
- Avaliação oftalmológica: edema em pálpebras, grau de vermelhidão, lacrimejamento, prurido, comprometimento de linfonodos pré-auriculares, submandibulares, acuidade visual e presença de secreção purulenta.
- Avaliação da simetria dos olhos;
- Realização de teste de mobilidade ocular (acompanhar dedo para os lados, cima e baixo);
- Avaliação das pupilas (tamanho, simetria, cor e foto reação).

4 DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

- Infecção presente;
- Alergia presente.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Anamnese;
- Exame físico;
- Identificar alergias conhecidas e reações usuais;
- Identificar imediatamente o nível de ameaça que uma reação alérgica significa à condição de saúde do cliente;
- Orientar o paciente para evitar o uso de substâncias causadoras de reações alérgicas;
- Comunicar aos responsáveis pelo cliente;
- Monitorar a ocorrência de vermelhidão, exsudato ou úlcera;
- Orientar o cliente a não tocar nos olhos;
- Retirar as lentes de contato, conforme apropriado;
- Lavar com soro fisiológico, conforme apropriado;
- Aplicar compressas úmidas, conforme apropriado;

- Fazer curativo não compressivo, se trauma;
- Orientar o cliente que não comprima o olho e encaminhá-lo com urgência ao serviço de referência;
- Encaminhar ao serviço de referência se secreção purulenta.

5.2 ENFERMEIRO

- Prescrição e avaliação.

Prescrever:

Limpeza e/ou compressa gelada de SF 0,9%, se não melhorar, encaminhar ao oftalmologista.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Projeto olhar Brasil:** triagem de acuidade visual: manual de orientação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CLASSIFICAÇÃO Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): versão 2017. 2017. Disponível em: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-brazil-portuguese-translation-2017.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2021.

DOCHETERMAN, J. M.; BULECHEK, G. M. **Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

1.26 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DAS PARASITOSES INTESTINAIS

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA OTRATAMENTO DAS PARASITOSES INTESTINAIS	Versão	1.0
		Data da aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVADO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	LIZIANE MOTA DE ARAUJO COREN-PI: 332.298TE	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO São infecções causadas pelo consumo de água e alimentos contaminados com cistos e ovos de protozoários, helmintos, etc. Queixas mais comuns • Prurido anal; • Presença de vermes em fezes ou roupas íntimas; • Presença de cistos (ovos) visíveis em fezes ou roupas íntimas; • Dor abdominal, afastados sinais de alerta/gravidade; • Diarreia intermitente não relacionada com a alimentação. Sinais de Gravidade (avaliação médica imediata) • Distensão abdominal importante e/ou ausência de ruídos intestinais (risco de obstrução intestinal); • Dor abdominal intensa; • Diarreia persistente; • Eliminação de vermes pela cavidade nasal ou oral.			
2 ANAMNESE • Identificação do cliente; • Queixa inicial; • Condições de saúde, higiene e moradia;			

- Histórico de alergias;
- Características das fezes (coloração, consistência, quantidade, presença de parasitas);
- Prurido anal.

3 EXAME FÍSICO

- Sinais vitais (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e dor);
- Avaliação do sistema gastrointestinal.

4 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- Dor abdominal;
- Ingestão nutricional prejudicada;
- Risco de diarreia;
- Fraqueza;
- Náuseas;
- Função do sistema gastrointestinal prejudicada.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Orientar sobre higiene adequada;
- Avaliar condições gastrointestinais;
- Orientar sobre nutrição;
- Orientar sobre o manejo da diarreia e náuseas.

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Anamnese;
- Exame físico;
- Orientar a higienização das mãos antes das refeições, antes de manipular e preparar alimentos, antes do cuidado de crianças e após ir ao banheiro ou trocar fraldas;
- Orientar a manter as mãos sempre limpas, unhas aparadas e evitar colocar a mão na boca;
- Orientar o uso de calçados;

- Orientar cozinhar bem os alimentos e consumir carnes somente bem passadas;
- Orientar a higienização com água potável os alimentos que serão consumidos crus e se possível deixe-os de molho por 30 minutos em água com hipoclorito de sódio a 2,5%;
- Orientar a ingestão de água filtrada ou fervida;
- Orientar a limpeza da casa e terreno ao redor, evitando a presença de insetos e ratos;
- Realizar ações de educação em saúde.

5.2 ENFERMEIRO

- Disponibilizar e dispensar os medicamentos específicos ao tratamento das parasitoses.

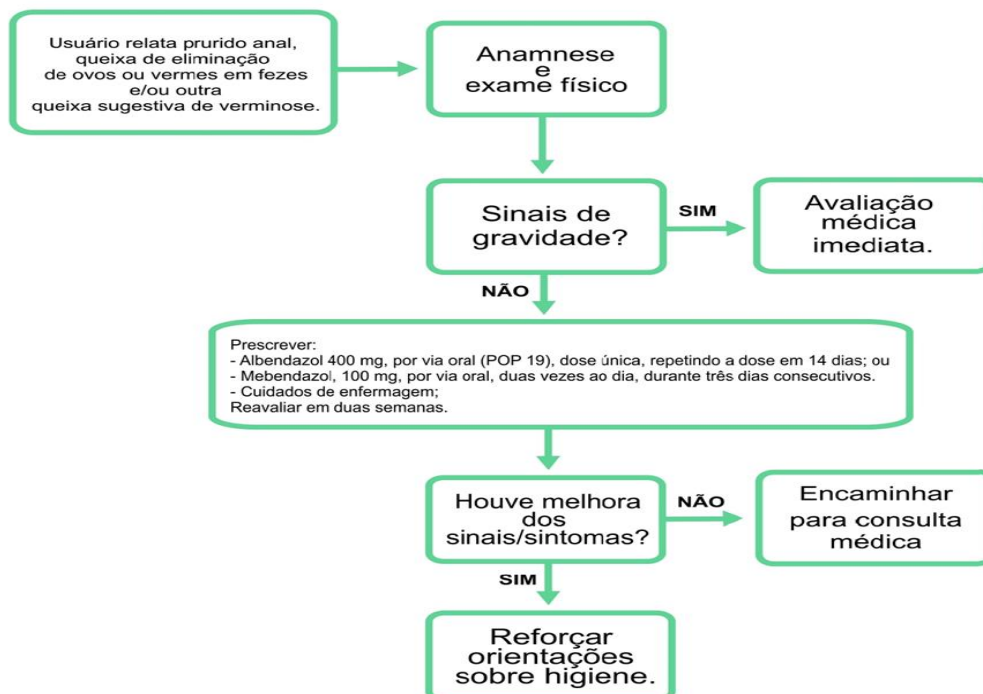
Prescrever:

- **Albendazol 400 mg**: por via oral (POP 19), dose única, repetindo a dose em 14 dias;**OU**
- **Mebendazol 100mg**: por via oral, duas vezes ao dia, durante três dias consecutivos.

Observação

- Não prescrever em caso de sinais de gravidade, gravidez suspeita ou confirmada e amamentação, deve-se encaminhar para avaliação médica.
- Se os sintomas persistirem após a primeira abordagem medicamentosa encaminhar ao serviço referência.

Fluxograma 1 – 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;
- Diarréia persistente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Parasitoses intestinais**. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/74parasitoses.html>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano nacional de vigilância e controle das enteroparasitoses**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CLASSIFICAÇÃO Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®): versão 2017. 2017. Disponível em: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-brazil-portuguese-translation-2017.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2021.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP's)**: serviço de enfermagem. Teresina: IFPI, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de enfermagem**: atenção à demanda espontânea de cuidados na criança: volume 5. Florianópolis, 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de enfermagem**: atenção à demanda espontânea de cuidados no adulto: volume 4. Florianópolis, 2016.

1.27 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA PARONÍQUIA AGUDA

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA PARONÍQUIA AGUDA	Versão	1.0
		Data de Aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	NAILA ROBERTA ALVES ROCHA COREN-PI: 241.927 ENF	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO Processo inflamatório da pele em torno da unha. Ela tem início devido à “perda” da cutícula, que pode ser causada pelo hábito de remoção por alicate ou por pequenos traumatismos, ou por agentes químicos (como detergentes de cozinha, por exemplo), geralmente. Algumas profissões predispõem à paroníquia, em especial aquelas que têm muito contato com a água, como copeiras, lavadeiras etc. Nesses casos, é muito importante proteger as mãos (usar luva de borracha) ou evitar o contato com água e produtos químicos.			
2 ANAMNESE • Identificação do cliente; • Queixa inicial, • Histórico de saúde; • Histórico de alergias; • Histórico de imunização.			

3 EXAME FÍSICO

- Sinais vitais (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e dor);
- Inspeção: vermelhidão e inchaço em pregas ungueais, podendo haver pus. Problema frequentemente associado à história de trauma, por exemplo, retirar a cutícula ou roer as unhas.

4 DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

- Integridade da pele prejudicada;
- Edema presente;
- Dor presente;
- Infecção presente.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM**

- Monitorar as características da lesão;
- Monitorar áreas de risco de deterioração;
- Verificar estado nutricional;
- Monitorar o processo de cicatrização da ferida;
- Monitorar sinais e sintomas de infecção;
- Aplicar curativo apropriado;
- Verificar se o cliente apresenta sinais de abuso físico/negligência;
- Orientar o cliente e a família sobre procedimentos de cuidado com a lesão;
- Orientar o cliente e a família sobre sinais e sintomas de infecção;
- Documentar local, tamanho e aspecto da lesão;
- Avaliar a localização e a extensão do edema;
- Monitorar sinais e intensidade do edema;
- Fazer uma avaliação completa da circulação periférica;
- Aplicar gelo nas primeiras 24 a 36 horas para reduzir edema, se indicado;
- Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores;

- Investigar os fatores que aliviam/pioram a dor;
- Promover repouso adequado para facilitar o alívio da dor;
- Monitorar sinais vitais, se apropriado;
- Avaliar resposta ao manejo/controle da dor;
- Monitorar aparecimento de sinais e sintomas associados à infecção local e sistêmica;
- Orientar a ingestão adequada de água e alimentos;
- Orientar ao cliente e à família maneiras de evitar infecções;
- Encaminhar à atenção primária à saúde para tratamento adequado.

5.2 ENFERMEIRO

Prescrever:

- **Curativo local** e orientar a pessoa não traumatizar novamente a unha;
- **Solução salina** (salmoura) morna duas vezes por dia para alívio sintomático e diminuição da infecção.

Se houver pus (limitado à prega ungueal)

- Realizar drenagem local com bisturi ou agulha. Encaminhar e/ou discutir com médico da equipe casos de pessoas com riscos na cicatrização, realizando o procedimento após esta interconsulta;
- **Prescrever (até pregas ungueais): mupirocina 2% tópica** aplicada sobre as áreas afetadas duas a três vezes por dia, por até 10 dias, reavaliando a cada 5 dias ou antes, se piora.

Se dor intensa, infecção além das pregas ungueais, lesões herpéticas no local ou temperatura acima de 38°C, encaminhar para avaliação do médico da equipe.

REFERÊNCIAS

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Formulários SAE para consulta de enfermagem e atendimento de demanda espontânea no âmbito do IFPI**. Teresina: IFPI, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Pack Brasil adulto**: ferramenta de manejo clínico em atenção primária à saúde. Florianópolis, SC, 2018.

1.28 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA PEDICULOSE

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA PEDICULOSE	Versão	1.0
		Data de Aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	NAILA ROBERTA ALVES ROCHA COREN-PI: 241.927 ENF	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO É o termo técnico atribuído à infestação por piolhos. Pode ocorrer na cabeça (mais frequente nas crianças em idade escolar), pelos da região pubiana, cílios ou sobrancelhas.			
2 ANAMNESE • Identificação do cliente; • Queixa inicial; • Histórico de saúde; • Histórico de alergias; • Histórico de imunização.			
3 EXAME FÍSICO • Sinais vitais (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e dor); • Inspeção: 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, que deve também ser manejada com o uso de antibióticos conforme conduta do médico da equipe (interconsulta/consulta conjunta).

4 DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

- Prurido presente;
- Integridade da pele prejudicada.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Determinar a causa do prurido;
- Fazer exame físico para identificar rupturas na pele;
- Aplicar compressa fria para alívio da irritação, se indicado;
- Orientar o cliente a manter as unhas curtas;
- Comunicar os responsáveis do cliente, se necessário;
- Encaminhar ao serviço de emergência, se indicado.
- Monitorar as características da lesão;
- Monitorar áreas de risco de deterioração,
- Evitar força de cisalhamento;
- Verificar estado nutricional;
- Monitorar o processo de cicatrização da ferida;
- Monitorar sinais e sintomas de infecção;
- Aplicar curativo apropriado;
- Verificar se o cliente apresenta sinais de abuso físico/negligência;
- Orientar o cliente e a família sobre procedimentos de cuidado com a lesão;
- Orientar o cliente e a família sobre sinais e sintomas de infecção;

- Documentar local, tamanho e aspecto da lesão.

5.2 ENFERMEIRO

Prescrever:

- Orientar uso frequentemente do pente fino, no mínimo uma vez ao dia, e em seguida lavá-lo com água corrente e sabão retirando todas as lêndeas;
- **Loção de permetrina a 1%:** (diluição de uma parte da loção a 5% para 4 partes de água), com aplicação durante o banho. Deixar agir por 5 minutos e enxaguar;
- Repetir 3x/semana, por uma semana e em dias alternados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Dermatologia na atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 09). Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guiafinal9.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Formulários SAE para consulta de enfermagem e atendimento de demanda espontânea no âmbito do IFPI**. Teresina: IFPI, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Pack Brasil adulto**: ferramenta de manejo clínico em atenção primária à saúde. Florianópolis, SC, 2018.

1.29 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA PITIRÍASE VERSICOLOR (PANO BRANCO)

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA PITIRÍASE VERSICOLOR (PANO BRANCO)	Versão	1.0
		Data de Aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	NAILA ROBERTA ALVES ROCHA COREN-PI: 241.927 ENF	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO É uma micose superficial da pele, popularmente conhecida como “pano branco”, e causada por fungos do gênero <i>malassezia</i> , leveduras que habitam o folículo piloso sem causar doença. Em condições favoráveis para o crescimento do fungo, ele invade a pele e causa lesões características. Os fatores externos que facilitam a infecção são o calor e a umidade e os fatores do hospedeiro que favorecem a doença são desnutrição, sudorese excessiva e uso de anticoncepcionais, corticoides e/ou imunossupressores. A pitiríase versicolor está presente em todo o mundo e atinge todas as faixas etárias, sendo mais frequente em adolescentes e adultos jovens, uma vez que possuem maior atividade da glândula sebácea.			
2 ANAMNESE • Identificação do cliente; • Queixa inicial; • Histórico de saúde; • Histórico de alergias;			

Histórico de imunização.
3 EXAME FÍSICO - Sinais vitais (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e dor); - Inspeção: 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.
4 DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM Prurido presente (raro).
5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM 5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM - Determinar a causa do prurido; - Fazer exame físico para identificar rupturas na pele; - Aplicar compressa fria para alívio da irritação, se indicado; - Orientar o cliente a manter as unhas curtas; - Comunicar os responsáveis pelo cliente, se necessário; - Encaminhar para Serviço de Emergência, se indicado. - Monitorar as características da lesão; - Verificar estado nutricional; - Verificar se o cliente apresenta sinais de abuso físico/negligência; - Documentar local, tamanho e aspecto da lesão. 5.2 ENFERMEIRO Prescrever: Miconazol creme dermatológico: aplicar em todo o pescoço, tronco, braços e pernas duas vezes ao dia por 2 semanas, OU; Cetoconazol xampu: aplicar em todo o corpo após fazer espuma lavando

os cabelos, deixando agir por 5 minutos no corpo todo antes de retirar a substância. Usar 1x/dia por 2 semanas.

Orientar que as mudanças na pigmentação da pele normalmente persistem após o término do tratamento. O retorno à coloração normal leva meses após o término da terapia; contato direto não transmite; lesões não são decorrentes de má higiene.

Prevenção:

- A prevenção da pitíriase versicolor é feita por meio da utilização de roupas leves, arejadas e, preferencialmente, de tecidos não sintéticos.
- Após o tratamento, é necessário deixar planejado o uso de medicamentos para evitar que a micose retorne. A manutenção pode ser feita com medicamentos tópicos ou sistêmicos.

REFERÊNCIAS

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Formulários SAE para consulta de enfermagem e atendimento de demanda espontânea no âmbito do IFPI.** Teresina: IFPI, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Pack Brasil adulto:** ferramenta de manejo clínico em atenção primária à saúde. Florianópolis, SC, 2018.

1.30 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O PLANEJAMENTO FAMILIAR

 INSTITUTO FEDERAL Piauí	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O PLANEJAMENTO FAMILIAR	Versão	1.0
		Data da aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVADO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	PATRÍCIA SANTOS DA SILVA COREN-PI: 241.889 ENF COREN-PI: 487.341 TE	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO Conjunto de ações de regulação da fecundidade, que auxiliam pessoas na prevenção e controle da geração e do nascimento de filhos; envolve adultos, jovens e adolescentes, com vida sexual com e sem parcerias estáveis, bem como aqueles que se preparam para o início da vida sexual. As ações do planejamento reprodutivo ou planejamento familiar são definidas e amparadas pela Lei nº 9.263/1996.			
2 ANAMNESE • Identificação do cliente; • Histórico pregresso de saúde; • Histórico de alergias; • Histórico de imunizações; • Histórico sexual-reprodutivo (presente no formulário de consulta de enfermagem – IFPI).			
3 EXAME FÍSICO • Sinais vitais (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e dor);			

- Inspeção e palpação: nível de consciência, temperatura e umidade da pele; avaliação abdominal e pélvica;
- Exame clínico das mamas, com educação para o autoexame;
- Dados antropométricos com cálculo de IMC.

4 DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

- Adesão ao planejamento familiar.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Anamnese;
- Exame físico;
- Orientar sobre o cuidado pré-concepcional (identificação do período fértil; alimentação e nutrição; uso de tabaco, álcool, outras drogas e de certos medicamentos; bom controle das condições clínicas preexistentes; avaliação das condições de trabalho e infertilidade);
- Fornecer informações sobre os métodos contraceptivos disponíveis e proporcionar a escolha da usuária, considerando fatores individuais e contexto de vida dos clientes no momento da escolha do método;
- Orientar individual ou coletivamente clientes em idade fértil, considerando os aspectos biopsicossociais relacionados ao livre exercício da sexualidade e do prazer, além dos aspectos culturais e transgeracionais relacionados à sexualidade e à reprodução;
- Ofertar e orientar sobre o uso e formas de inserção dos preservativos masculinos e femininos;
- Informar sobre o uso dos métodos contraceptivos hormonais e seus riscos, de acordo com o estilo de vida da cliente;
- Orientar sobre a função do anticoncepcional hormonal e a importância do preservativo para prevenção de IST (dupla proteção);
- Respeitar o sigilo profissional inerente à abordagem em saúde;
- Abordar as necessidades dos jovens e adolescentes em educação sexual e planejamento reprodutivo sem que haja a necessidade do acompanhamento de pais ou responsáveis legais, exceto em caso de

incapacidade daqueles.

- Encaminhar para o serviço de assistência em saúde para realização de exames complementares, conforme necessário.

5.2 ENFERMEIRO

- Indicações e orientações de uso conforme (APÊNDICE A);
- Prescrição conforme tabela 1.

Tabela 1 - Contracepção Hormonal

MÉTODO	ANTICONCEPCIONAL	CONDUTAS DO ENFERMEIRO	EFEITOS COLATERAIS MAIS COMUNS
Anticoncepcional Oral Combinado (AOC)	Etinilestradiol 0,03 mg + levonogestrel 0,15mg	- Iniciar nos primeiros 5 dias do ciclo; - Manter o uso de preservativo no mínimo por 7 dias após início do método;	- Ganho de peso; -Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura:
Estrogênio + Progestágeno (mensal)	Etinilestradiol 0,03mg + desogestrel 0,15mg	- Ingerir o comprimido uma vez ao dia por 21 dias, dar 7 dias de intervalo e reiniciar a cartela; Em caso de esquecimento: - Até 12 horas: orientar a ingestão do comprimido e esquecido assim que se lembrar; - Acima de 12 horas: orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que lembrar e utilizar preservativo por 07 dias; - Mais de 1 episódio de esquecimento na	tranquilizar usuária, geralmente a melhora é espontânea. -Alteração de humor: geralmente a melhora é espontânea; -Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses*; -Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhar para avaliação médica*.
	Etinilestradiol 0,02mg + Gestodeno 0,075mg		

		mesma cartela: utilizar preservativo até o término da cartela. Em caso de vômitos: Se ocorrer no período de 4 horas após a ingestão do comprimido, orientar o uso de preservativo até o final da cartela.	
Minipílula - Pílula de progestágeno isolado	Noretisterona 0,35 mg	- Escolher este método se a mulher estiver amamentando e após 6 semanas do parto; - Tomar na mesma hora, todo o dia e manter aleitamento materno exclusivo. Obs: não deixar ultrapassar mais de 3 horas em relação ao horário habitual, caso ultrapasse utilizar preservativo por 2 dias.	- Sangramento anormal: comum nos primeiros 3 meses. - Dor de cabeça leve, náuseas, sensibilidade mamária: tranquilizar paciente e se necessária avaliar com médico da equipe ou encaminhar para ESF.
Anticoncepcional Injetável (AI) Mensal Estrogênio + Progestágeno	Enantato de noretisterona 50mg + Valerato de Estradiol 5mg	- Injeção IM a cada 4 semanas (ou 30 dias); - Iniciar no 1º ou 5º dia do ciclo (preferencialmente no primeiro dia do ciclo menstrual); - Usar preservativo nos primeiros 7 dias após a primeira aplicação do método.	- Ganho de peso; - Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura: tranquilizar cliente, geralmente a melhora é espontânea. - Alteração de humor: geralmente a melhora é espontânea; - Sangramento anormal: comum

			nos 3 primeiros meses; - Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhar para avaliação médica.
AI Trimestral Injeção de progestágeno	Acetato de medroxiprogesterona 150mg	- Injeção IM a cada 12 semanas (ou 90 dias). - Pode iniciar a qualquer momento se certeza de não estar grávida ou nos primeiros 5 dias do ciclo menstrual (preferencialmente no primeiro dia); - Usar preservativo no mínimo nos primeiros 7 a 14 dias após aplicação; Em caso de atraso: - Até 2 semanas: aplique nova injeção. - Mais de 2 semanas: descarte primeiro a gravidez e após, aplique o método.	- Amenorreia (comum); - Ganho de peso; - Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses; - Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhar para avaliação médica.

Fonte: Brasil (2016).

6 ANTICONCEPCIONAL HORMONAL DE EMERGÊNCIA (AHE)

6.1 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- Relação sexual de risco;
- Comportamento sexual inadequado;
- Conhecimento sobre concepção ineficaz;
- Conhecimento sobre concepção eficaz.

6.2 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

O Enfermeiro deverá ofertar a anticoncepção de emergência conforme tabela 2 para casos de:

- Violência sexual;
- Ruptura do preservativo;
- Deslocamento ou expulsão do DIU e diafragma;
- Relação sexual sem uso de método contraceptivo;
- Uso inadequado do método contraceptivo, como esquecimento prolongado do contraceptivo oral, atraso na data do injetável mensal, cálculo incorreto do período fértil, erro no período de abstinência.

Deverá estar atento a:

- Ofertar o incentivo da utilização de outros métodos contraceptivos disponíveis e estimular a participação em atividades educativas;
- A pílula de levonorgestrel deve ser ofertada até 5 (cinco) dias após a relação sexual desprotegida;
- Investigar situação de violência sexual, se sim realizar encaminhamento ao serviço de urgência para notificação e outras medidas de urgência;
- Orientar sobre os principais efeitos colaterais: alterações no volume ou duração do fluxo menstrual ou na data esperada para o seu início;
- Incentivar a utilização de outros métodos contraceptivos disponíveis e estimular a participação em atividades educativas;
- Após uso de AHE (anticoncepcional hormonal de emergência), tomar ou reiniciar uso no dia em que parar de tomar a AHE;
- Uso de método de apoio por sete dias (anticoncepcional de barreira feminino ou masculino).

Tabela 2 - Contracepção Hormonal de Emergência

MÉTODO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	INFORMAÇÕES E PRAZO DE INÍCIO DA ANTICONCEPÇÃO
Levonorgestrel (comprimidos de 0,75mg)	1,5mg de Levonorgestrel, dose única, por via oral (preferencialmente*). OU 1 comprimido de 0,75 mg, de 12 em 12 horas, via oral (total de 2 comprimidos).	Caso haja vômitos até uma hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose após uso de um antiemético e de se alimentar. Iniciar de preferência nas primeiras 72 horas. Limite de cinco dias.

Fonte: Brasil (2016).

Nota:

* O AHE pode ser usado por via vaginal caso a mulher esteja desacordada, como em casos em que ela tenha sido vítima de violência.

Observação: a eficácia (índice de Pearl) é, em média, de 2%. O índice de efetividade para cada ato sexual desprotegido é de 75% (ou seja, para cada quatro relações sexuais desprotegidas, o método é capaz de prevenir três gestações).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, volume II).

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MATO GROSSO DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. **Protocolo de enfermagem em saúde da mulher na atenção primária à saúde**. Campo Grande, MS: COREN-MS, 2010. Disponível em: <http://ms.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/11/Protocolo-SA%C3%9ADE-DA-MULHER.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2021.

GARCIA, T. R. (org.) **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)**: versão 2017. Porto Alegre: Artmed, 2017.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Formulários SAE para consulta de enfermagem e atendimento de demanda espontânea no âmbito do IFPI**. Teresina: IFPI, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de enfermagem: saúde da mulher na atenção primária: acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida: volume 3**.

Florianópolis, SC, 2016. Disponível em:
http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_11_2016_22.36.14.03084a93d0f0eec988fa25f3095b594a.pdf. Acesso em: 01 mar. 2021.

APÊNDICE A - Método Hormonal

ANTICONCEPCIONAL ORAL COMBINADO – AOC E A MINIPÍLULA

Quando indicar?

- Para toda e qualquer mulher, independentemente se adolescente ou adulta, ou no climatério, que preencha os critérios de elegibilidade para anticoncepção com AOC ou minipílula. A anticoncepção oral pode ser fornecida à mulher em qualquer momento para que inicie a ingestão posteriormente. Não há motivo para que isso não seja feito;
- Não necessita realizar colpocitologia, exame de mamas ou pélvico para iniciar o uso;
- Aquelas infectadas com o HIV, que tenham AIDS ou estejam em terapia antirretroviral (ARV) podem utilizar os AOC com segurança. Incentive-as a também utilizarem preservativos (dupla proteção).

Como utilizar?

AOC: iniciar preferencialmente entre o 1º e o 5º dia do ciclo menstrual.

Manter o intervalo de sete dias entre as cartelas, no caso do AOC monofásico.

Minipílula: ingerir 1 comprimido ao dia sem intervalo entre as cartelas.

O que orientar?

- A eficácia do método depende da cliente;
- Não protege contra infecções sexualmente transmissíveis (IST);
- **AOC:** tomar uma dose diariamente, se possível sempre no mesmo horário. Iniciar nova cartela no dia certo. Não há contraindicação em iniciar o AOC no meio do ciclo menstrual, mas pode provocar alterações menstruais naquele ciclo;
- **Minipílula:** tomar uma dose diariamente, se possível sempre no mesmo horário, sem interrupções. É um método com boa eficácia se associado à amamentação.

Quando começar?

- **Se estiver mudando de método não hormonal:** a qualquer momento do mês. Se em uso do DIU, iniciar imediatamente depois da retirada. Utilizar método de apoio por sete dias;
- **Mudança de método hormonal:** imediatamente. Se estiver mudando de injetáveis, poderá iniciar quando a injeção de repetição já tiver sido administrada;
- **Ausência da menstruação (não relacionada ao parto):** se não grávida, a qualquer momento. Uso de método de apoio por sete dias;
- **Após uso de ACE (anticoncepção de emergência):** tomar ou reiniciar uso no dia em que parar de tomar a ACE. Uso de método de apoio por sete dias.
- **Após a gestação (amentando de forma exclusiva ou não, com mais de seis semanas do parto):** iniciar a minipílula a qualquer momento se há certeza razoável de que não está grávida. Método de apoio por sete dias. Em geral, os AOC's não são usados em mulheres nos primeiros seis meses do pós-parto que estejam amamentando.
- **Após aborto (espontâneo ou não):** imediatamente. Se iniciar nos sete dias depois de aborto, não necessita de método de apoio. Se mais que sete dias, iniciar desde que haja certeza razoável de que a mulher não está grávida;
- **Não amamentando: 1) para início de AOC:** em qualquer momento após o 21º dia do pós-parto, desde que com certeza razoável de que não está grávida; **2) para início de minipílula:** se menos de quatro semanas do parto, começar a qualquer momento (sem necessidade de método de apoio) – não é um método muito eficaz para mulheres que não estão amamentando.

Quais os efeitos colaterais/adversos mais comuns?

- Alterações da menstruação, náuseas ou tonturas, alterações do peso (AOC), alterações de humor ou no desejo sexual, acne (AOC), cefaleia

comum (AOC), dores de cabeça com enxaqueca, sensibilidade dos seios, dor aguda na parte inferior do abdômen (minipílula) etc.;

- Outros possíveis efeitos são apresentados na tabela 1.

Se esquecer de tomar o AOC?

- Tomar uma pílula assim que se notar o esquecimento;
- Esqueceu uma ou duas pílulas ou atrasou o início da nova cartela em um ou dois dias? Tomar uma pílula de imediato e tomar a pílula seguinte no horário regular. Nesses casos, o risco de gravidez é muito baixo.
- Esqueceu-se de tomar três ou mais pílulas? Tomar uma pílula de imediato e utilizar outro método contraceptivo de apoio por sete dias. Caso a usuária tenha feito sexo nos últimos cinco dias, avaliar necessidade de uso do anticoncepcional de emergência. Se o esquecimento tiver ocorrido na 3ª semana da cartela, iniciar nova cartela após sete dias.
- Vômitos ou diarreia? Se vomitar nas primeiras duas horas após tomar o AOC, pode tomar outra pílula assim que possível. Continuar tomando as pílulas normalmente. Se estiver vomitando ou com diarreia por mais que dois dias, seguir as instruções do tópico 3.

ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL – AI: MENSAL E TRIMESTRAL

Quando indicar?

- Para toda e qualquer mulher, independentemente se adolescente ou adulta, que preencha os critérios de elegibilidade para anticoncepção com o AI de escolha.
- Não necessita realizar colpocitologia, exame de mamas ou pélvico para iniciar o uso.
- Aquelas infectadas com o HIV, que tenham AIDS ou estejam em terapia antirretroviral (ARV) podem utilizar os AI's com segurança. Incentive-as a utilizarem preservativos juntamente com os injetáveis.

Como utilizar?

- Se trimestral, a cada três meses (13 semanas). Se mensal, a cada quatro semanas (30 dias);
- O AI trimestral pode ser adiantado ou atrasado em até duas semanas;
- O AI mensal pode ser adiantado ou atrasado em até sete dias.

O que orientar?

- Para maior eficácia, é importante aplicar no intervalo correto.
- No caso do AI trimestral, o retorno à fertilidade é gradual, mas pode apresentar alguma demora.
- Não protege contra infecções sexualmente transmissíveis (IST's).

Quando começar?

- A cliente pode iniciar o uso a qualquer momento se houver certeza razoável de que não está grávida. Utilizar método de apoio por sete dias.
- **Após a gestação (amamentando de forma exclusiva ou quase ou parcialmente):** para AI trimestral e se não houve retorno da menstruação, iniciar a qualquer momento se há certeza razoável de que não está grávida. Método de apoio por sete dias.
- **Amamentando de forma exclusiva ou quase ou parcialmente para AI mensal:** atrase a primeira injeção até completar seis semanas depois do parto ou quando o leite não for mais o alimento principal do bebê – o que ocorrer primeiro.
- **Após aborto (espontâneo ou não):** imediatamente. Se mais que sete dias, iniciar desde que haja certeza razoável de que não está grávida (método de apoio por sete dias).
- **Não amamentando: 1) para AI trimestral,** se menos de quatro semanas, iniciar a qualquer momento (sem necessidade de método de apoio); **2) para AI mensal,** se menos de quatro semanas do parto, iniciar a qualquer momento a partir do 21º do parto; **3) para ambos os AI,** se mais que quatro semanas do parto, iniciar a qualquer momento desde que com certeza razoável de que não está grávida. Se a menstruação tiver retornado, começar tal como mulheres que apresentam ciclos menstruais.

Quais os efeitos colaterais/adversos mais comuns?

- Alterações da menstruação, alterações do peso (AI mensal), alterações de humor ou no desejo sexual (AI trimestral), cefaleia comum, dores de cabeça com enxaqueca, sensibilidade dos seios (AI mensal) etc..

Observações

- **No caso do AI trimestral:** independentemente do atraso, ela deve retornar para a próxima injeção. Se o atraso foi maior do que duas semanas, ela deve abster-se de fazer sexo ou utilizar método de apoio até que receba uma injeção. Poderá tomar pílulas de anticoncepção hormonal de emergência (AHE) se o atraso foi maior do que duas semanas e ela tenha feito sexo desprotegido nos últimos cinco dias. Se o atraso for de mais de duas semanas, poderá receber a injeção seguinte se: houver certeza que não está grávida (ela não fez sexo nas duas semanas após o período em que ela deveria ter recebido sua última injeção ou utilizou método de apoio ou tomou AHE depois de ter feito sexo desprotegido nas duas semanas após o período em que ela deveria ter tomado sua última injeção); ou se ela estiver em amamentação de forma exclusiva ou quase e deu à luz há menos de seis meses. Ela precisará de método de apoio nos primeiros sete dias após a injeção. Se a cliente estiver mais que duas semanas atrasada e não atender aos critérios citados, medidas adicionais (como o teste rápido para gravidez) poderão ser tomadas para que se tenha certeza razoável de que ela não está grávida.
- **No caso do AI mensal: se houver menos de sete dias em atraso,** realizar a próxima aplicação sem necessidade de testes, avaliação ou método de apoio. **Se atrasar mais de sete dias,** poderá receber a injeção seguinte se: houver certeza que não está grávida (ela não fez sexo nas duas semanas após o período em que deveria ter recebido sua última injeção ou utilizou método de apoio ou tomou AHE depois de ter feito sexo desprotegido nas duas semanas após o período em que ela deveria ter tomado sua última injeção). Ela precisará de método de apoio nos primeiros

sete dias após a injeção. Se a cliente estiver mais que sete dias atrasada e não atender aos critérios acima, medidas adicionais (como o teste rápido para gravidez) poderão ser tomadas para que se tenha certeza razoável de que ela não está grávida.

1.31 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DAS QUEIMADURAS

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DAS QUEIMADURAS	Versão	1.0
		Data da aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	MARIA DA CRUZ DIAS FEITOSA COREN-PI: 314.317 ENF	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO É toda lesão provocada pelo contato direto com alguma fonte de calor ou frio, produtos químicos, corrente elétrica, radiação ou mesmo alguns animais e plantas (como larvas, água-viva, urtiga), entre outros. Se a queimadura atingir 10% do corpo de uma criança ela corre sério risco. Já em adultos, o risco existe se a área atingida for superior a 15%. Tipos de queimadura • Queimaduras térmicas: são provocadas por fontes de calor como o fogo, líquidos ferventes, vapores, objetos quentes e excesso de exposição ao sol; • Queimaduras químicas: são provocadas por substância química em contato com a pele ou mesmo através das roupas; • Queimaduras por eletricidade: são provocadas por descargas elétricas. Quanto à profundidade, as queimaduras podem ser classificadas como: • 1º grau: atingem as camadas superficiais da pele. Apresentam vermelhidão, inchaço e dor suportável no local, sem a formação de bolhas; • 2º grau: atingem as camadas mais profundas da pele. Apresentam bolhas, pele avermelhada, manchada ou com coloração variável, dor, inchaço, desprendimento de camadas da pele e possível estado de choque;			

3º grau: atingem todas as camadas da pele e podem chegar aos ossos. Apresentam pouca ou nenhuma dor e a pele branca ou carbonizada.

2 ANAMNESE

- Identificação do paciente;
- Queixa inicial;
- Condições de saúde;
- Grau de dependência;
- Histórico de alergias;
- Histórico de imunização.

3 EXAME FÍSICO

- Sinais vitais (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e dor);
- Inspeção e palpação: nível de consciência, estado nutricional e de hidratação, áreas com alteração de coloração; temperatura; umidade; turgor; vascularização ou hematomas; lesões (local, tamanho, exsudato, leito da lesão).

4 DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

- Ferida por queimadura.

5. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Anamnese;
- Exame físico;
- Realizar curativo conforme (POP 27);
- Lavar a lesão com água corrente ou soro fisiológico e observar a temperatura que deve ser próxima ou igual a da temperatura corporal;
- Aplicar agentes tópicos na lesão (cremes e ácido graxo essencial (AGE)), se necessário;
- Colocar curativo oclusivo sem fazer compressão, se necessário;
- Oferecer o controle adequado da dor com medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Lavar, continuamente, lesões por substâncias químicas durante 30 minutos ou mais, para garantir a eliminação de todo o agente queimador;

- Determinar a área de entrada e saída das queimaduras elétricas para avaliar os órgãos que possam estar envolvidos;
- Monitorar o nível de consciência em pacientes com grandes queimaduras;
- Avaliar a boca e as fossas nasais do paciente para identificar possíveis lesões por inalação;
- Encaminhar à imunização antitetânica, conforme apropriado;
- Assegurar a ingestão adequada de líquidos e nutrientes;
- Discutir o caso na equipe para continuidade dos cuidados ao indivíduo e à família;
- Fornecer orientações e agendar data do retorno;
- Encaminhar e/ou acompanhar quando necessário o usuário até o serviço de referência.

5.2 ENFERMEIRO

- Avaliar a lesão examinando profundidade, extensão, localização, dor, agente causador, exsudação, granulação ou tecido necrosado, epitelização e sinais de infecção.

Prescrever:

Sulfadiazina de prata 1%: conforme avaliação da lesão, aplicar o creme por toda extensão da lesão (5mm de espessura). Colocar gaze de contato úmida. Cobrir com cobertura secundária estéril. O curativo deve ser trocado diariamente ou até duas vezes ao dia.

Hidrogel: conforme avaliação da lesão, aplicar o gel apenas sobre o leito da ferida e ocluir com curativo secundário. Trocar a cada 24 horas se a ferida estiver infectada. Pode permanecer por até 72 horas.

Recomendação: administrar analgésico 30 minutos antes da realização do curativo, se necessário.

Analgesia

Dipirona Sódica solução oral 500 mg/ml: 20 a 40 gotas em administração única, ou se a dor permanecer, até o máximo de 40 gotas, 4 vezes ao dia; **OU**

Paracetamol 500 mg: 1 ou 2 comprimidos (500 mg a 1.000 mg), por via oral, em administração única, ou a cada 6 horas se a dor permanecer, respeitando a dose máxima de 4g/dia.

Orientar cuidados pós-cicatrização: uso de cremes hidratantes em grande quantidade, acompanhado de massagem no local, evitar o sol por seis meses e monitoramento durante um ano para o aparecimento de cicatrizes hipertróficas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Queimaduras**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2109-queimaduras>. Acesso em: 18 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, volume II).

1.32 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA URTICÁRIA

	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO DA URTICÁRIA	Versão	1.0
		Data da aprovação 30/10/2020	
VALIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
3 anos e/ou conforme atualização do MS	NAILA ROBERTA ALVES ROCHA COREN-PI: 241.927 ENF	Grupo Técnico de Trabalho	Grupo Técnico de Trabalho
1 DEFINIÇÃO Irritação cutânea caracterizada por lesões avermelhadas e levemente inchadas, como vergões, que aparecem na pele e coçam muito. Essas lesões podem surgir em qualquer área do corpo, pequenas, isoladas ou se juntarem e formar grandes placas avermelhadas, com desenhos e formas variadas, sempre acompanhadas de coceira. Aparecem em surtos, podendo surgir em qualquer período do dia ou da noite, durando horas e desaparecendo sem deixarem marcas na pele. Embora seja mais comum em adultos jovens (entre 20 e 40 anos), a urticária crônica pode ocorrer em qualquer idade. Tipos de urticária De acordo com o tempo de duração, a urticária pode ser: Urticária aguda: quando os sinais e sintomas desaparecem em menos de seis semanas. Urticária crônica: quando os sintomas duram por seis semanas ou mais. De acordo com a causa, a urticária é classificada em: Urticária induzida: quando um fator é identificado, como drogas, alimentos, infecções, estímulos físicos (calor, frio, sol, água, pressão). Urticária espontânea: quando a doença ocorre sem uma causa identificada,			

também chamada de urticária idiopática.

2 ANAMNESE

- Identificação do cliente;
- Queixa inicial;
- Histórico de saúde;
- Histórico de alergias;
- Histórico de imunização.

3 EXAME FÍSICO

- Sinais vitais (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e dor);
- Inspeção: presença de prurido intenso, lesões avermelhadas e levemente inchadas, como vergões. Pode ocorrer inchaço rápido, intenso e localizado, que atinge normalmente pálpebras, lábios, língua e garganta. Este inchaço, algumas vezes, dificulta a respiração, constituindo risco de morte. As lesões de angioedema podem durar mais de 24 horas. Na presença de anafilaxia, onde a reação envolve todo o corpo, ocorrem náuseas, vômitos, hipotensão e edema de glote (garganta) com dificuldade para respirar.

4 DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

- Prurido presente;
- Integridade da pele prejudicada;
- Edema presente;
- Dispneia presente.

5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

5.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Determinar a causa do prurido;
- Fazer exame físico para identificar rupturas na pele;
- Aplicar compressa fria para alívio da irritação, se indicado;
- Orientar o cliente a manter as unhas curtas;
- Comunicar os responsáveis pelo cliente, se necessário;
- Monitorar as características da lesão;

- Monitorar áreas de risco de deterioração;
- Verificar estado nutricional;
- Monitorar sinais e sintomas de infecção;
- Aplicar curativo apropriado;
- Verificar se o cliente apresenta sinais de abuso físico/negligência;
- Orientar o cliente e a família sobre procedimentos de cuidado com a lesão;
- Orientar o cliente e a família sobre sinais e sintomas de infecção;
- Documentar local, tamanho e aspecto da lesão;
- Avaliar a localização e a extensão do edema;
- Monitorar sinais e intensidade do edema;
- Fazer uma avaliação completa da circulação periférica;
- Aplicar gelo nas primeiras 24 a 36 horas para reduzir edema, se indicado;
- Manter vias aéreas permeáveis;
- Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço nas respirações;
- Monitorar a ocorrência de dispneia e eventos que a melhorem ou piores;
- Monitorar saturação periférica de oxigênio;
- Monitorar sinais vitais;
- Encaminhar ao serviço de emergência, se indicado.

5.2 ENFERMEIRO

Prescrever:

Loratadina (10mg/cp ou xarope com 1mg/ml) – 10mg ao dia por via oral;

Prednisona (5mg/cp e 20mg/cp - 0,5mg/kg) – máximo de 60mg/dia por via oral.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, volume II). Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf. Acesso em: 16 fev. 2021.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ.
Formulários SAE para consulta de enfermagem e atendimento de demanda espontânea no âmbito do IFPI. Teresina: IFPI, 2020.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. **Decreto nº 7.234, de 19 de julho de 2010**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES). Brasília: Ministério da Educação, 19 jul. 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7234.htm. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 mar. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Decreto nº 94.406/87**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 08 jun. 1987. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html. Acesso em: 23 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 23 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. 2019. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-COFEN-3582009_4384.html. Acesso em: 23 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 564/2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 12 mar. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (São Paulo). **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2021.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Cartilha da política estudantil do IFPI**. Teresina: IFPI, 2017. Disponível em: <http://sardes.ifpi.edu.br:8080/pergamumweb/vinculos/00003a/00003a35.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2021.

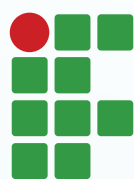
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Projeto Pedagógico do curso de Bacharelado em Administração**. Angical, PI: 2016. Disponível em: <https://ifpi.edu.br/angical/o->

campus/cursos/bacharelado/PPCADMINISTRACAOADAPTAOANGICAL1.pdf.
Acesso em: 23 fev. 2021.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ.
Resolução nº 27/2016 - Conselho Superior. Aprova a alteração da Resolução nº 14/2014 e da Resolução nº 31/2014 do CONSUP que trata da Política de Assistência Estudantil - POLAE, no IFPI. Teresina: IFPI, 2016. Disponível em:
<https://www.ifpi.edu.br/area-do-estudante/assistencia-estudantil/resolucao-27-2016>.
Acesso em: 12 mar. 2021.

JERONIMO, M. K. A expansão do Instituto Federal de Educação do Piauí (IFPI): 110 anos de história. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 6., 2019, Fortaleza. **Anais** [...]. Fortaleza: Realize, 2019. Não paginado. Disponível em:
http://editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2019/TRABALHO_EV127_MD1_SA20_ID13389_03102019223209.pdf. Acesso em: 12 mar. 2021.

MATO GROSSO (Estado). Prefeitura Municipal de Conquista D'Oeste. **Lei nº 546/2019.** Aprova o Protocolo de Prescrição de Medicamentos e Solicitação de Exames por Enfermeiro na Atenção Básica o Município de Conquista D'Oeste e dá outras providências. Mato Grosso, 21 fev. 2019. Disponível em:
https://www.conquistadoeste.mt.gov.br/Transparencia/fotos_downloads/5358.pdf.
Acesso em: 23 fev. 2021.



INSTITUTO FEDERAL
Piauí

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí - IFPI

Reitoria - Avenida Presidente Jânio Quadros, 330
64.053-390, Santa Isabel, Teresina (PI)