



PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

**ATENÇÃO À DEMANDA ESPONTÂNEA
CUIDADOS AO ADULTO**

2020

**Secretaria
da Saúde**



**Prefeitura de
Joinville**

SECRETÁRIO DA SAÚDE

Jean Rodrigues da Silva

DIRETORIA TÉCNICA DE MEDICINA

Luana Garcia Ferrabone

DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Mario José Brückheimer

DIRETORIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E SERVIÇOS ESPECIAIS

Marlene Bonow Oliveira

GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E LABORATÓRIO MUNICIPAL

Louise Domeneghini Chiaradia Delatorre

GERÊNCIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E ARTICULAÇÃO DA REDE EM SAÚDE

Keli Bett

COORDENAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Roselaine Elisa Radtke

COORDENAÇÃO TÉCNICA DE ENFERMAGEM

Renata Andrade Teixeira Heil

COORDENAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Evaristo Cristobal Iglesias Aleman

APOIO TÉCNICO DA COORDENAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Viviane Karina Korovsky

ELABORAÇÃO

Protocolo Adaptado de: COREN-SC, 2017. Atenção à demanda espontânea de cuidados no adulto.

COLABORAÇÃO

Fisioterapeuta da Atenção Básica: Simone Suzuki Woellner

Nutricionistas da Atenção Básica, representadas por: Graziela Alessandra Klein de Sousa

Janaina Duarte Baumer – Farmacêutica

REVISÃO REALIZADA PELOS MEMBROS DA COMISSÃO DE ENFERMAGEM

Adriana Gonçalves da Cunha

Adriano Alves Corrêa

Camila Dias Baratz Brambilla

Christiny Regina Lopes

Daniele Priscila Bertoluci Pereira

Emanuella Souto Arrosi

Fabiane Regina de Souza Maximo

Fernanda Cristina Spiller

Mariana Zorzetti Andrade Rodrigues

Mayra Helena Kock

Michele de Souza Andrade

Nathaniele Schier

Patrícia Aparecida Moreira Kruger

Roseli Barbosa Rosa

Vanessa Cardoso Pacheco

Vanessa Correia Zanotto

Viviane Karina Korovsky

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Teste de Lasègue.....	44
Figura 02 – Manobra de Flexão do quadril com o joelho fletido (complementar do teste de Lasègue).....	45
Figura 03 – Sinal de Giordano	45
Figura 04 – Tipos de Conjuntivite	52
Figura 05 – Superfície Corporal Queimada	61

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 01 – FEBRE EM ADULTOS	17
Fluxograma 02 – CEFALÉIA /DOR DE CABEÇA	22
Fluxograma 03 – DIARREIA	27
Fluxograma 04 – DOR DE GARGANTA EM ADULTO	30
Fluxograma 05 – AZIA/PIROSE	34
Fluxograma 06 – CONSTIPAÇÃO INTESTINAL	37
Fluxograma 07 – PARASITOSE INTESTINAL/VERMINOSE	40
Fluxograma 08 – DOR LOMBAR	46
Fluxograma 09 – RESFRIADO COMUM	50
Fluxograma 10 – OLHO VERMELHO	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Método SOAP	13
Quadro 02 – Anamnese e exame físico no adulto com febre	15
Quadro 03 – Condutas de enfermagem na presença de febre no adulto	16
Quadro 04 – Sinais de alerta do usuário com queixa de cefaleia	18
Quadro 05 – Anamnese e exame físico em casos de cefaleia.....	19
Quadro 06 – Condutas de enfermagem na presença de dor de cabeça	20
Quadro 07 – Classificação da diarreia segundo a duração dos sintomas	23
Quadro 08 – Graus de desidratação	24
Quadro 09 – Anamnese e exames físicos em caso de diarreia	24
Quadro 10 – Condutas de enfermagem ao usuário com diarreia	25
Quadro 11 – Anamnese e exames físicos em caso de dor de garganta	28
Quadro 12 – Condutas de enfermagem frente ao quadro de dor de garganta	29
Quadro 13 – Anamnese e exames físicos em caso de pirose	31
Quadro 14 – Condutas de enfermagem frente aos sintomas de azia/pirose	32
Quadro 15 – Anamnese e exames físicos em caso de constipação intestinal	35
Quadro 16 – Condutas de enfermagem na queixa de constipação intestinal	36
Quadro 17 – Anamnese e exames físicos em caso de parasitose intestinal	38
Quadro 18 – Condutas de enfermagem na parasitose intestinal	39
Quadro 19 – Anamnese e exames físicos em caso de dor lombar	41
Quadro 20 – Bandeiras vermelhas na dor lombar	42
Quadro 21 – Condutas de enfermagem frente a queixa de dor lombar	42
Quadro 22 – Bandeiras amarelas na dor lombar.....	44
Quadro 23 – Anamnese e exames físicos em caso de resfriado comum	47
Quadro 24 – Condutas de enfermagem frente a queixa de resfriado comum	48
Quadro 25 – Anamnese e exames físicos em caso de olho vermelho	51
Quadro 26 – Condutas de enfermagem frente a queixa de olho vermelho/conjuntivite	52

Quadro 27 – Problemas de pele mais comuns na APS e condutas de enfermagem	55
Quadro 28 – Características e grau de profundidade das queimaduras	59
Quadro 29 – Características e orientação na presença de flictenas (bolhas)	62
Quadro 30 – Condutas de enfermagem na queimadura	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACI: Anticoncepcional Injetável
ACO: Anticoncepcional Oral
AGE: Ácidos Graxos Essenciais
APS: Atenção Primária à Saúde
ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAB: Caderno de Atenção Básica
COFEN: Conselhos Regionais de Enfermagem
COREN/SC: Conselhos Regionais de Enfermagem de Santa Catarina
COREM/GO: Conselhos Regionais de Enfermagem de Goiás
CIAP: Classificação Internacional de Atenção Primária
COVID-19: Coronavírus
DUM: Data da Última Menstruação
ESF: Estratégia Saúde da Família
FC: Frequência Cardíaca
FR: Frequência Respiratória
HSJ: Hospital São José
H1N1: Influenza A, subtipo H1N1
HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana
IMC: Índice Massa Corporal
MS: Ministério da Saúde
MAV: Malformação Arteriovenosa
mg/ml: Miligrama por mililitro
ml/kg: Mililitro por Quilograma
OMS: Organização Mundial da Saúde
PA: Pressão Arterial
PH: Potencial Hidrogeniônico
PNI: Programa Nacional de Imunizações
PNAB: Política Nacional da Atenção Básica
REMUME: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC: Santa Catarina
SCQ: Superfície Corporal Queimada
SF: Soro Fisiológico
SNC: Sistema Nervoso Central
SOAP: Subjetivo/Objetivo/Avaliação/Plano

SRO: Sais para Reidratação Oral

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

VO: Via Oral

TARV: Terapia Antirretroviral

TCE: Traumatismo Crânio Encefálico

TEPE: Teste de Elevação da Perna Estendida

TL: Teste de Lasègue

TRO: Terapia de Reidratação Oral

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
1 INTERCONSULTA	11
2 REGISTRO DE ENFERMAGEM	13
3 FEBRE EM ADULTOS	15
4 CEFALEIA/DOR DE CABEÇA	18
5 DIARREIA	23
6 DOR DE GARGANTA EM ADULTOS	28
7 AZIA (PIROSE)	31
8 CONSTIPAÇÃO INTESTINAL	35
9 PARASITOSE INTESTINAL/VERMINOSE	38
10 DOR LOMBAR/DOR NAS COSTAS	41
10.1 Manobra de Lasègue	44
10.2 Sinal de Giordano	45
11 RESFRIADO COMUM	47
12 OLHO VERMELHO	51
13 PROBLEMAS DA PELE MAIS COMUNS NO ADULTO NA APS	54
14. QUEIMADURAS	59
14.1 Conceitos/características das queimaduras	59
14.2 Cuidados de enfermagem urgentes em queimaduras	60
ANEXO I – Higiene do sono	65
ANEXO II – Diário (mapa) da dor	66
ANEXO III – Escalas de Coma de Glasgow	67
ANEXO IV – Escalas para mensuração da dor	68
ANEXO V – Orientações alimentares para diarreia	69
ANEXO VI – Orientações alimentares para azia	70
ANEXO VII – Orientações alimentares para constipação	71
ANEXO VIII – Orientações para dor lombar aguda	72
ANEXO IX – Orientações para dor lombar crônica	73
ANEXO X – Orientações ergonômicas e posturais	74
ANEXO XI – Manejo clínico em usuário com suspeita de Influenza/Síndrome respiratória aguda grave	75
ANEXO XII – Etiqueta da tosse	76
ANEXO XIII – Guia rápido de medicamentos do protocolo	77
REFERENCIAS	90

APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto um dos eixos estruturantes do SUS, possui diversos desafios, entre os quais destacam-se aqueles relativos ao acesso e acolhimento, à efetividade e resolutividade das suas práticas, entre outros.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas.¹

Para que o acolhimento da demanda espontânea seja eficiente é necessário um modelo de Acolhimento condizente com a realidade local. Em Joinville, o acolhimento está organizado por meio do Programa Melhor Acolher, o qual envolve desde o facilitador, figura que recebe e direciona o usuário ao chegar na Unidade, conforme a necessidade do mesmo, à recepção que deve ser a mais resolutiva possível, até a Classificação de risco.

Em levantamento realizado em 2019 entre os Enfermeiros da APS de Joinville, observou-se uma média de 14 mil atendimentos de “Escuta qualificada” por mês, na sua maioria mulheres, na faixa etária de 30 a 59 anos, sendo os maiores motivos de procura causas ginecológicas, febre, alterações respiratórias, dermatológicas, musculoesqueléticas, cardiovasculares, entre outras.

A Classificação de Risco é correspondente à priorização do atendimento em Serviços e situações de Urgência/Emergência como um processo complexo, que demanda competência técnica e científica em sua execução, está regulamentada pela Resolução COFEN 423/2012, que normatiza no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de Classificação de Riscos.

Segundo o COREN-SC, a categoria dos auxiliares e Técnicos de Enfermagem, não poderão realizar a classificação de risco, porém deverão realizar escuta qualificada, sobretudo no âmbito da Atenção Básica. Sendo assim, ressaltamos a importância da participação de toda equipe no acolhimento do usuário, levando em consideração do tipo de acolhimento proposto por cada Unidade Básica de Saúde (UBS) (RESPOSTA TÉCNICA COREN/SC Nº 050/CT/2017).

No intuito de qualificar a Classificação de Risco surge a iniciativa de protocolar as atividades do Enfermeiro, as quais são relevantes por despertar no profissional o benefício em legalizar suas ações, proporciona o desenvolvimento de seu fazer com segurança o que, certamente, resultará em melhoria da qualidade à saúde da população (COREN/GO, 2017) sempre e obrigatoriamente realizando o cuidado em saúde em equipe, conforme a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).² Para tanto é fundamental que os profissionais da Atenção Primária, conheçam e utilizem a abordagem sindrômica. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a abordagem sindrômica tem sido incentivada por ser orientada a problemas (responde aos sinais/sintomas dos usuários), ser de alta sensibilidade e não ignorar infecções mistas; instituir o tratamento imediato sem aguardar resultados de exames confirmatórios e melhorar o acesso.³

Sendo assim, teremos por base deste protocolo a abordagem sindrômica da (OMS, 2007), além dos tratamentos revisados em consonância com a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais vigente do Município de Joinville e RDC nº 44/2010 (ANVISA, 2010), tendo por principal foco deste, a assistência à Demanda Espontânea ao Adulto a qual teremos por base o Protocolo de Enfermagem à Atenção à Demanda Espontânea de Cuidados no Adulto do COREN-SC, o qual foi escrito pela Prefeitura Municipal de Florianópolis(COREN- SC, 2017). Para utilização e aplicação desse Protocolo, será considerado adulto o usuário com idade igual ou maior de dezoito anos. Fica proibida a utilização do mesmo para gestantes e puérperas lactantes.^{3,4,5,6}

Para efeitos legais, este documento está em acordo com a Lei Federal nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, com a Resolução COFEN nº 195, de 18 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro, do Parecer Técnico COREN/SC nº 002/CT/2013 acerca da prescrição/administração de medicamentos e exames laboratoriais por Enfermeiro, e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017 no seu artigo II das atribuições do profissional Enfermeiro: Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão.

Questões como alergias medicamentosas, medicamentos em uso (prescritos ou não) e possibilidade de gravidez devem sempre ser questionadas ao usuário e registradas, a fim de conduzir à terapêutica adequada ou encaminhar à avaliação médica quando necessário. As prescrições poderão ser realizadas para os usuários que estão presentes em consulta de enfermagem. Os contatos deverão comparecer de forma presencial na Unidade Básica de Saúde para serem avaliados.

1 INTERCONSULTA

Estudos vêm demonstrando que o atendimento em equipe multiprofissional é capaz de aproximar-se do ideal de resolutividade buscado na Atenção Primária à Saúde (APS). O trabalho do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família (ESF) destaca-se por seu perfil generalista, pela sua compreensão do indivíduo com um todo, pelo cuidado integral e identificação das necessidades e expectativas dos usuários. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, o Enfermeiro da APS desempenha um amplo rol de atividades clínicas, sendo o cuidado o objeto de trabalho, compondo a sua prática assistencial.⁷

Nesse contexto, a interconsulta atualmente se traduz como uma ferramenta de extrema importância no cotidiano das equipes de saúde de família, a qual além do aspecto de aprendizado conjunto serve para promover uma maior integração das equipes, contribuindo de maneira sistemática na ampliação do acesso e melhoria do cuidado continuado da população do território.⁴

Neste sentido Mello et al (2005)⁸, expõe na citação abaixo a maneira como esta ferramenta contribui no dia a dia de trabalho dos profissionais de saúde:

“Uma ação de saúde interprofissional e interdisciplinar que tem por objetivo integrar e promover a troca de saberes de diferentes atores que atuam nos serviços de saúde, visando o aprimoramento da tarefa assistencial. Faz-se por meio de pedido de parecer, discussão de caso e consulta conjunta (p. 148)⁸”.

Conforme Duncan (2006)⁹, o qual relata que a interconsulta é a interação de três atores: usuário, consultor e consultante; onde o Enfermeiro procura o médico da equipe a fim de elaborarem em conjunto um plano terapêutico, o qual promoverá o crescimento e a troca de saberes, sempre em benefício da figura central, que neste caso é a pessoa.

Duncan (2006), descreve uma seguinte situação:

“Um enfermeiro, ao realizar a puericultura de uma criança, pode criar um vínculo tão estreito com a família que todo o aconselhamento passa a ser prestado por ele. Mesmo em situações graves, de doenças agudas, é a ele que a família recorre. O enfermeiro pode discutir a situação com um clínico e, se for necessário, um exame físico pode ser realizado. Depois disso, uma conduta pode ser planejada em conjunto e o tratamento acompanhado pelo enfermeiro” (pág. 104)⁹.

Esse exemplo reflete a prática vivenciada pela equipe de enfermagem, principalmente em unidades onde o trabalho compartilhado e a corresponsabilização de todos os membros é o principal objetivo.

Esta forma de trabalho reafirma a capacidade técnica dos membros da equipe de saúde, conforme orienta a Política Nacional de Atenção Básica de 2017¹⁰ através dos artigos abaixo, principalmente através das palavras destacadas:

VI - Participar do **acolhimento dos usuários**, proporcionando atendimento humanizado, realizando **classificação de risco**, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;¹⁰

XX - Realizar trabalhos **interdisciplinares** e em **equipe**, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);¹⁰

Assim, Enfermeiro atua nesta forma de trabalho nos respectivos conceitos desta ferramenta, conforme as prerrogativas ético-legais da profissão, reiterando a supervisão do Enfermeiro também nesse processo de trabalho.⁴

Valorizando o papel resolutivo da equipe de saúde multiprofissional é possível oferecer um serviço de maior qualidade na Atenção Primária, o que enaltece atributos fundamentais como coordenação do cuidado, acessibilidade e integralidade. Ao tornar a pessoa o foco do cuidado, utilizar tecnologia leve como a consulta de enfermagem, e oferecer resolução dos problemas no dia em que são trazidos à Unidade, é possível potencializar a capacidade de atendimento ao usuário em todas as suas demandas, sejam elas agudas ou crônicas, e aumentar a satisfação deste com o serviço de saúde.¹¹

2 REGISTRO DE ENFERMAGEM

A documentação do usuário (prontuário eletrônico) e os demais documentos inerentes ao processo de cuidados de enfermagem (livros de ocorrência, relatórios, etc.) constituem a finalização do processo de cuidar do usuário: trazem mais visibilidade a profissão, permitem o planejamento da assistência, refletem a produtividade da equipe, permitem que sejam feitas estatísticas de atendimento, servem como fonte de consulta para inspeção da auditoria de enfermagem, são provas cabais da jornada de trabalho, e ainda, poderão servir para a defesa ou incriminação de profissionais de saúde.³⁸

A resolução COFEN 311/2007 acerca do código de ética dos profissionais relata em seu artigo 25: Das relações com a pessoa, família e coletividade, responsabilidade e deveres – Registrar no Prontuário do usuário as informações inerentes ao processo de cuidar. Somando-se a isso, a resolução COFEN número 429 de 2012, artigo 1º, cita que é responsabilidade registrar, no prontuário do usuário e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência.

Portanto, diante da ampla legislação sobre o registro e anotações das atividades de enfermagem, ocorrências e intercorrências, os referidos registros se fazem necessário em qualquer área da assistência de enfermagem.³⁸

Com relação ao registro de enfermagem, consideramos que o método “SOAP” (acrônimo para Subjetivo/Objetivo/Avaliação/Plano) se baseia num suporte teórico que orienta a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, o planejamento das ações ou intervenções e fornece dados para a avaliação dos resultados de enfermagem, assim sendo, contempla o Processo de Enfermagem e pode ser utilizado para registro no prontuário.³⁹

As notas de evolução clínica, claras e bem organizadas fazem parte da elaboração de uma boa história clínica, continuada ao longo do tempo de ocorrência de um problema de saúde, detalhadas a seguir:³⁸

Quadro 01 – Método SOAP

“Subjetivo” (S)	<ul style="list-style-type: none">Nessa parte se anotam as informações recolhidas na entrevista clínica sobre o motivo da consulta ou o problema de saúde em questão. Inclui as impressões subjetivas do profissional de saúde e as expressadas pela pessoa que está sendo cuidada.
“Objetivo” (O)	<ul style="list-style-type: none">Nessa parte se anotam os dados positivos (e negativos que se configurarem importantes) do exame físico e dos exames complementares, incluindo os laboratoriais disponíveis.

<p>“Avaliação” (A)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Após a coleta e o registro organizado dos dados e informações subjetivas (S) e objetivas (O), o profissional de saúde faz uma avaliação (A) mais precisa em relação ao problema, queixa ou necessidade de saúde, definindo-o e denominando-o. Nessa parte se poderá utilizar, se for o caso, algum sistema de classificação de problemas clínicos, por exemplo a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP).
<p>“Plano” (P)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A parte final da nota de evolução SOAP é o plano (P) de cuidados ou condutas que serão tomados em relação ao problema ou necessidade avaliada. De maneira geral, podem existir quatro tipos principais de planos: <ol style="list-style-type: none"> 1) Planos Diagnósticos: nos quais se planejam as provas diagnósticas necessárias para elucidação do problema, se for o caso; 2) Planos Terapêuticos: nos quais se registram as indicações terapêuticas planejadas para a resolução ou manejo do problema da pessoa: medicamentos, dietas, mudanças de hábitos, entre outras; 3) Planos de Seguimento: nos quais se expõem as estratégias de seguimento longitudinal e continuado da pessoa e do problema em questão; 4) Planos de Educação em Saúde: nos quais se registram brevemente as informações e orientações apresentadas e negociadas com a pessoa, em relação ao problema em questão.

O registro de enfermagem deve conter todas as situações avaliadas em cada fluxo de atendimento ao adulto (acima de 18 anos). Questões como alergias medicamentosas, medicamentos em uso (prescritos ou não) e possibilidade de gravidez devem sempre ser questionadas ao usuário, a fim de conduzir à terapêutica adequada ou encaminhar à avaliação médica quando necessário.

Na prescrição de paracetamol os usuários devem ser orientados a não utilizar outros analgésicos concomitantes sem prescrição (evitar automedicação), tendo em vista que vários medicamentos possuem paracetamol em sua composição e há possibilidade de exceder a dose máxima recomendada. Caso o usuário relate alguma alergia conhecida a anti-inflamatórios, encaminhar para consulta médica.

3 FEBRE EM ADULTOS^{12,13,14,15,16}

Febre é a elevação da temperatura corporal que pode ser causada por doença, alteração hormonal, ou ingestão de substâncias pirogênicas. A temperatura do nosso corpo é em torno de 36,7°C e considera-se febre em adultos quando acima de 37,7°C. A febre é um sinal que nunca deve ser avaliado separadamente, já que se constitui de um achado inespecífico.¹³

Sinais de alerta para a febre incluem convulsões, letargia ou inconsciência; cefaleia com rigidez de nuca; vômito em jato; tosse com guincho; petéquias ou equimoses; dor abdominal intensa ou de início súbito; tiragem subcostal ou batimento das asas do nariz ou afundamento retroesternal ou de fúrcula (com ou sem cianose); dor de garganta com pontos necróticos ou quantidade numerosa de placas; dor de ouvido com tumefação dolorosa ao toque atrás da orelha; sinal de Blumberg ou de Giordano positivos, dentre muitos outros. Sendo um achado inespecífico, a investigação clínica tradicional busca outros sinais/sintomas que possa indicar a origem da febre, normalmente envolvendo agentes infecciosos.^{12,13,14,15,16}

A anamnese e exame físico que deve ser realizada no adulto com febre está detalhada no quadro 02 a seguir:

Quadro 02 – Anamnese e exame físico no adulto com febre

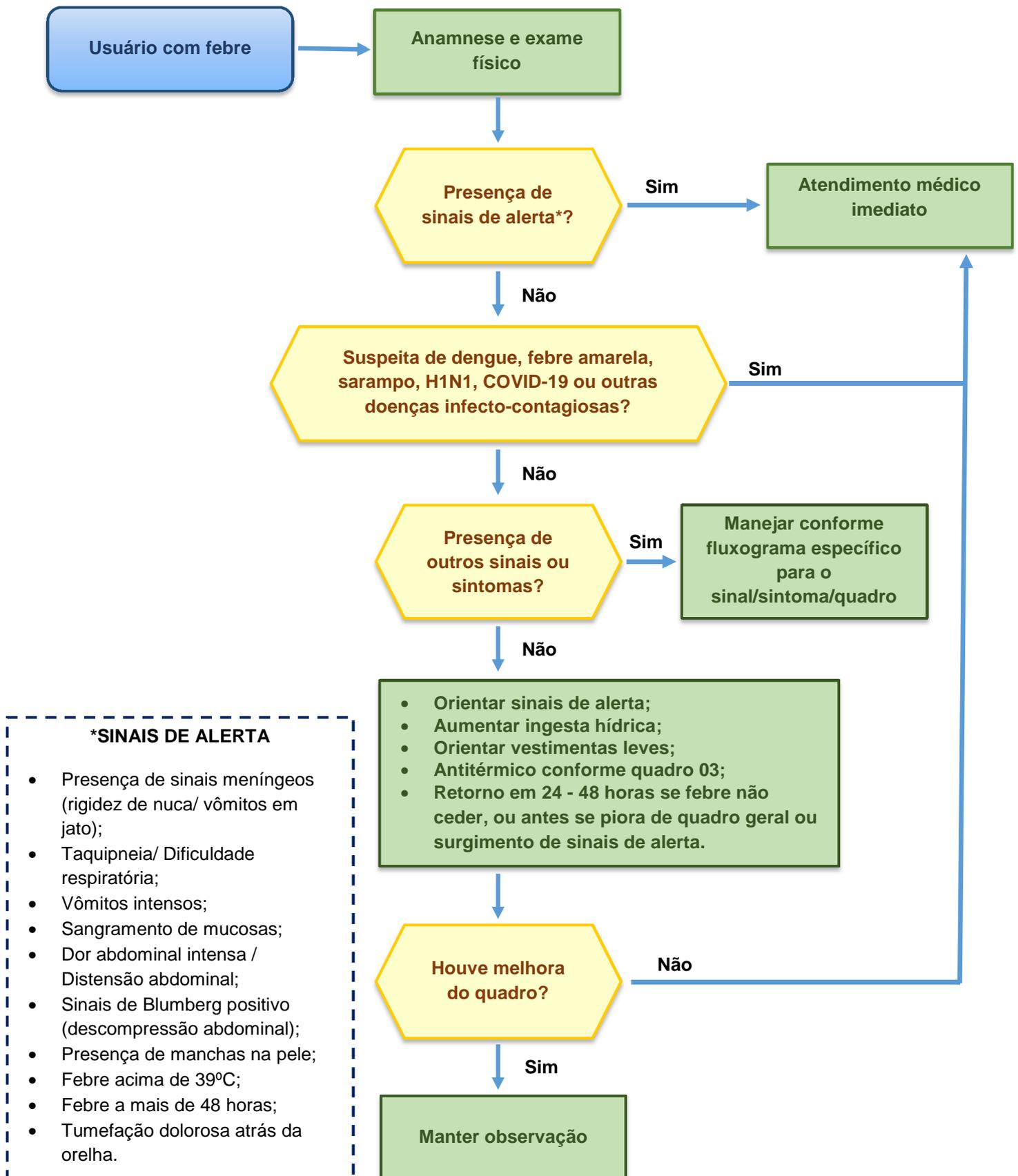
QUESTIONAR O USUÁRIO	EXAME FÍSICO
<ul style="list-style-type: none">• Quando começou (quantos dias? Mais de 48 horas?)• Período do dia/noite que percebe mais o sintoma?• Possui outro sintoma associado (dor de garganta, ouvido, coriza, tosse, dor abdominal, queixa urinária)?• Possui sangramentos e/ou machas na pele?• Rigidez de nuca?• Faz uso de algum medicamento?• Fez uso de algum medicamento hoje?• Possui alergia conhecida a algum medicamento?	<ul style="list-style-type: none">• Temperatura;• Pressão Arterial (PA);• Frequência Cardíaca (FC);• Frequência Respiratória (FR);• Esforço respiratório?• Otoscopia;• Oroscopia;• Ausculta pulmonar;• Inspeção/ ausculta e palpação abdominal;• Rigidez de nuca? (Sinais meníngeos?);• Presença de sangramento e/ou petéquias?• Suspeita de dengue ou outras doenças infectocontagiosas?

As condutas de enfermagem na presença de febre no adulto estão especificadas no quadro 03 a seguir:

Quadro 03 – Condutas de enfermagem na presença de febre no adulto⁴

TIPO DE CONDUTA	CONDUTA
<p align="center">Condutas não medicamentosas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sinais de alerta; • Aumentar ingestão hídrica; • Orientar vestimentas leves; • Retorno em 24 horas caso a febre não ceder; • Questionar reação alérgica a algum medicamento; • Atentar para sinais de Síndrome Respiratória Aguda Grave, H1N1 ou COVID-19.
<p align="center">Condutas medicamentosas</p>	<p>Prescrever:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; <p align="center">OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Observação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Atenção às orientações medicamentosas contidas no Anexo XII.

Fluxograma 01 – FEBRE EM ADULTOS



Fonte: Adaptado COREN-SC, 2017⁴

4 CEFALeia/DOR DE CABEÇA^{12,14}

A cefaleia é um dos sintomas mais frequentes atendidos pelas equipes da atenção primária.¹⁴ A queixa mais comum é a do tipo primária, principalmente a cefaleia tensional, responsável pela maioria dos casos, seguida pelas cefaleias tipo migrânea (enxaqueca) e as causadas por infecções sistêmicas agudas, tais como gripe. Em menos de 1% dos casos a cefaleia está associada a doenças intracranianas graves como tumores ou infecções cerebrais.¹²

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

Mesmo sendo as cefaleias tensional e migrânea as mais incidentes no atendimento da demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde (APS), o profissional deve estar atento a outros diagnósticos que se apresentam com quadros de cefaleia aguda, alguns deles graves, como pode ser observado no quadro 04 abaixo.

Quadro 04 – Sinais de alerta do usuário com queixa de cefaleia¹²

SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA	POSSÍVEIS CAUSAS
<ul style="list-style-type: none">• Início abrupto de forte intensidade.	<ul style="list-style-type: none">• Hemorragia subaracnóide por ruptura de aneurisma ou malformação arteriovenosa (MAV) ou hematoma intracerebral.
<ul style="list-style-type: none">• Mudança do padrão das crises, cefaleia diária desde a sua instalação.	<ul style="list-style-type: none">• Processo expansivo intracraniano e/ou hidrocefalia.
<ul style="list-style-type: none">• Febre, rigidez de nuca, convulsões.	<ul style="list-style-type: none">• Meningite, encefalite.
<ul style="list-style-type: none">• Convulsões, dor hemicraniana, sempre ocorrendo no mesmo lado da cabeça.	<ul style="list-style-type: none">• MAV ou processo expansivo intracraniano.
<ul style="list-style-type: none">• Sinais e sintomas de disfunção endocrinológica.	<ul style="list-style-type: none">• Adenoma de hipófise.
<ul style="list-style-type: none">• Surgimento de cefaleia após os 50 anos.	<ul style="list-style-type: none">• Neoplasia sistêmica/SNC, artrite de células gigantes – arterite temporal.
<ul style="list-style-type: none">• Anormalidade identificadas no exame físico neurológico (difusas ou focais).	<ul style="list-style-type: none">• Quaisquer das possíveis causas acima.

Aspectos relevantes como higiene do sono, a qual nada mais é do que ter uma rotina de cuidados antes de adormecer (banho morno, bebidas mornas, roupas adequadas, etc.), hidratação e um ambiente adequado para dormir, podem promover um aspecto favorável a prevenção de quadros de dor de cabeça.¹² A anamnese e exame físico que deve ser realizada no adulto com cefaleia está detalhada no quadro 05 a seguir:

Quadro 05 - Anamnese e exame físico em casos de cefaleia

QUESTIONAR O USUÁRIO	EXAME FÍSICO
<ul style="list-style-type: none"> • Quando iniciou? Início abrupto de forte intensidade? • Comorbidades? • Data da Última Menstruação (DUM)? • Uso de Anticoncepcional oral/Anticoncepcional injetável (ACO/ACI)? • Intensidade da dor? • Sinais premonitórios? • Localização da dor? • Fotofobia intensa? • Febre? • Vômitos? • Rigidez de nuca, convulsões? • Alteração da marcha? • Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) recente? • Faz uso de algum medicamento? • Fez uso de algum medicamento hoje? • Possui alergia conhecida a algum medicamento? 	<ul style="list-style-type: none"> • PA; • FR; • FC; • Pedir ao usuário mensurar o mapa da dor (anexo IV); • Temperatura; • Avaliar pupilas; • Edema e PA elevada em gestante? • Sinais meníngeos (rigidez de nuca/ Sinal de Brudzinski); • Avaliar nível de consciência (anexo III); • Avaliar alterações na fala ou na marcha.

O quadro 06 a seguir, apresenta as possibilidades de atuação da equipe de Enfermagem a serem empregadas nas crises de cefaleia no usuário:

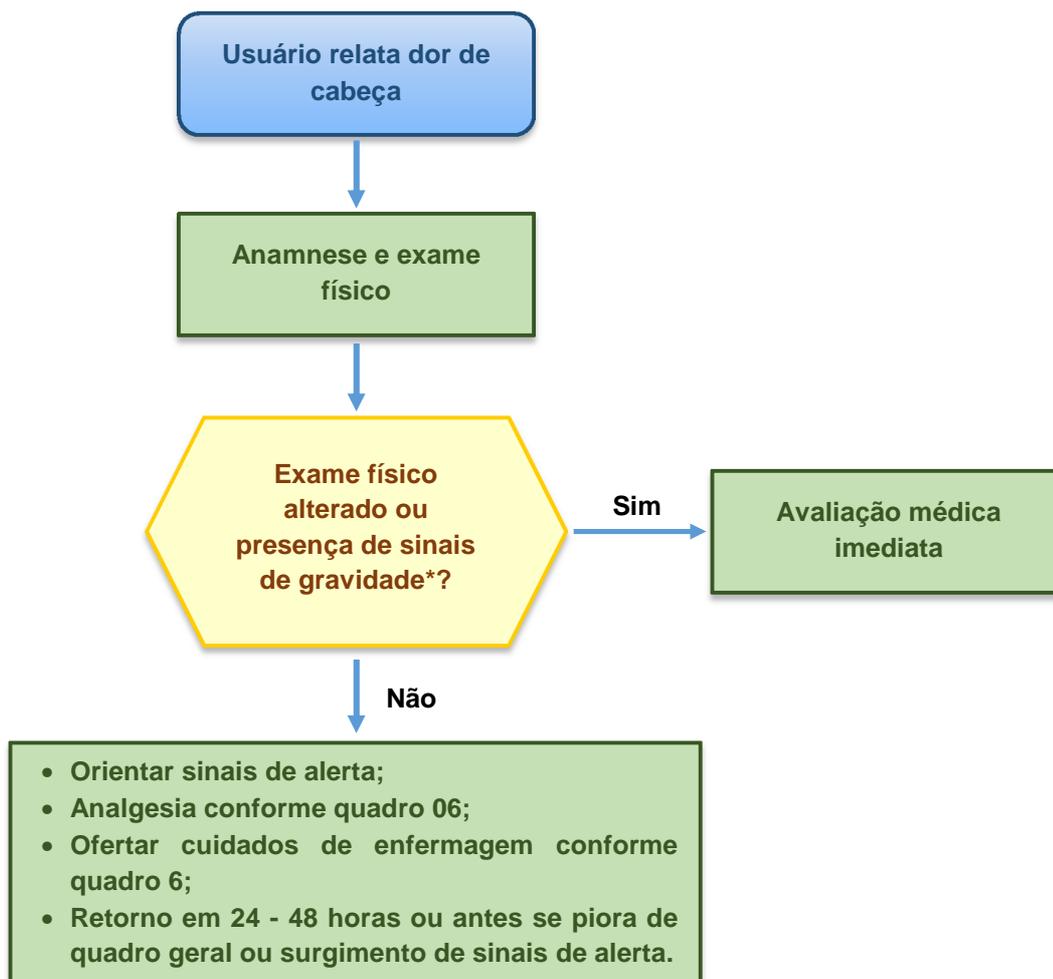
Quadro 06 – Condutas de enfermagem na presença de dor de cabeça⁴

TIPO DE CONDUTA	CONDUTAS
Condutas não farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Conversar sobre possíveis fatores estressores;• Instruir o usuário a evitar ambientes agitados, orientar repouso, quarto escuro;• Avaliar a intensidade e características da dor (mensuração da mesma – escala da dor);• Avaliar sinais vitais;• Instruir o usuário a fazer compressão das artérias temporais (acima do arco zigomático por pelo menos 10 minutos – região popularmente conhecido como “fonte”);¹⁷• Estimular a ingestão hídrica e alimentação em horários adequados;• Auriculoterapia pode ser útil para tratamento e prevenção das crises (realização por profissionais treinados);• Orientar sobre higiene do sono – anexo I;• Orientar a construção do mapa da dor – anexo II;• Orientar sobre exercícios regulares para prevenir cefaleia tensional;• Aconselhar contra o uso regulares de analgésicos e sugerir diminuição;• Se dores recorrentes, agendar consulta com médico da equipe e solicitar ao usuário a fazer o mapa da dor (anexo II) em casa até a próxima avaliação médica.
Condutas farmacológicas	<p>Caso não haja sucesso com medidas anteriores, prescrever:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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; <p style="text-align: center;">OU</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>Observação:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. Retornar em 24 ou 48 horas se não houver remissão da dor, ou antes de houver surgimento de sinais de gravidade.

- Se PA elevada, mas menor que 180/110 (sinal de gravidade), prescrever analgésico e aguardar na unidade por pelo menos 45 minutos para nova verificação;
- Se gestante com alteração pressórica e/ou alteração visual e/ou edema, encaminhar para avaliação médica imediata.
- Atenção às orientações medicamentosas contidas no Anexo XII.

Fluxograma 02 – CEFALeia/DOR DE CABEÇA



*SINAIS DE GRAVIDADE

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

5 DIARREIA^{12,16}

A diarreia é dividida em aguda e persistente, como mostra o quadro 07 abaixo:

Quadro 07 – Classificação da diarreia segundo a duração dos sintomas³⁷

CLASSIFICAÇÃO	DURAÇÃO	CARACTERÍSTICAS
Diarreia Aguda	Menor que 14 dias	<ul style="list-style-type: none">• Aquosa: secreção ativa de água e eletrólitos sob a estimulação de determinadas substâncias.• Disenteria: agente infeccioso invade a mucosa do cólon. A exsudação de muco, pus, proteínas e sangue é responsável pelas características clínicas dessa síndrome.
Diarreia Persistente	Maior ou igual a 14 dias	Infecção continuada de um agente, danificando as vilosidades, e/ou uma regeneração inadequada dos eritrócitos devido à desnutrição crônica. Pode apresentar-se sob a forma de diarreia aquosa ou disenteria.

Conforme o Caderno de Atenção Básica (CAB) do Ministério da Saúde¹², a principal causa de diarreia aguda é infecciosa, podendo variar entre viral ou bacteriana, devendo o Enfermeiro saber diferenciar os sinais de uma ou outra, por exemplo, a presença de pus ou sangue nas fezes, os quais são sinais de gravidade e devem ser avaliados pelo profissional médico da equipe.

Ainda conforme o referindo CAB¹², o quadro do usuário irá variar conforme o tipo de patógeno e as condições clínicas do hospedeiro. Na diarreia aquosa, ocorre secreção ativa de água e eletrólitos para a luz intestinal, resultando em inúmeras evacuações diárias.

“Noventa por cento são autolimitadas e cessam em até cinco dias. Na história e no exame físico, deve-se procurar distinguir as diarreias potencialmente mais graves[...], como febre e sinais de peritonite”.¹²

“A presença de muco, pus e/ou sangue sugere doença invasiva”¹².

O exame físico é importante para avaliar a presença de desidratação e instituição do cuidado adequado, tendo duas funções essenciais: buscar condições de comorbidades e estimar os níveis de desidratação.¹² Abaixo observa-se no quadro 08 a classificação dos graus de desidratação:

Quadro 08 – Graus de desidratação⁴

	Hidratado	Desidratado	Desidratação Grave
Aspecto geral	Alerta	Irritado, com sede	Deprimido, comatoso
Olhos	Brilhantes com lágrima	Fundos, lágrimas ausentes	Muito fundos, sem lágrimas
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 de peso	0%	≤ 10%	>10%

A anamnese e exame físico que deve ser realizada no adulto com diarreia está detalhada no quadro 09 a seguir:

Quadro 09 – Anamnese e exame físico em casos de diarreia⁴

QUESTIONAR O USUÁRIO	EXAME FÍSICO
<ul style="list-style-type: none"> • O que é “diarreia” para o usuário; • Quando começou (quantos dias)? • Quantidade de episódios? • Febre? • Presença de sangue/muco/pus? • Débito urinário diminuído? • Perda de peso? • Impactação fecal? • Faz uso de algum medicamento? • Fez uso de algum medicamento hoje? • Faz uso de algum medicamento para diabetes? Qual? (Diarreia pode ser efeito adverso de uso de Metformina nas primeiras semanas); • Costuma fazer uso de laxantes comprados na farmácia? 	<ul style="list-style-type: none"> • PA; • FC; • Temperatura; • FR; • Turgor da pele; • Olhos (afundados? Brilhosos?); • Icterícia; • Boca (seca? Rachada?); • Confuso? Sonolento?

<ul style="list-style-type: none"> • Costuma fazer uso de chás? Quais? (Há possibilidade de o usuário utilizar chás de plantas que provoquem irritação da mucosa intestinal); • Possui alergia conhecida a algum medicamento? • Está fazendo uso de algum medicamento antibiótico? Qual? (Diarreia pode ser efeito adverso de uso de antibióticos). 	
--	--

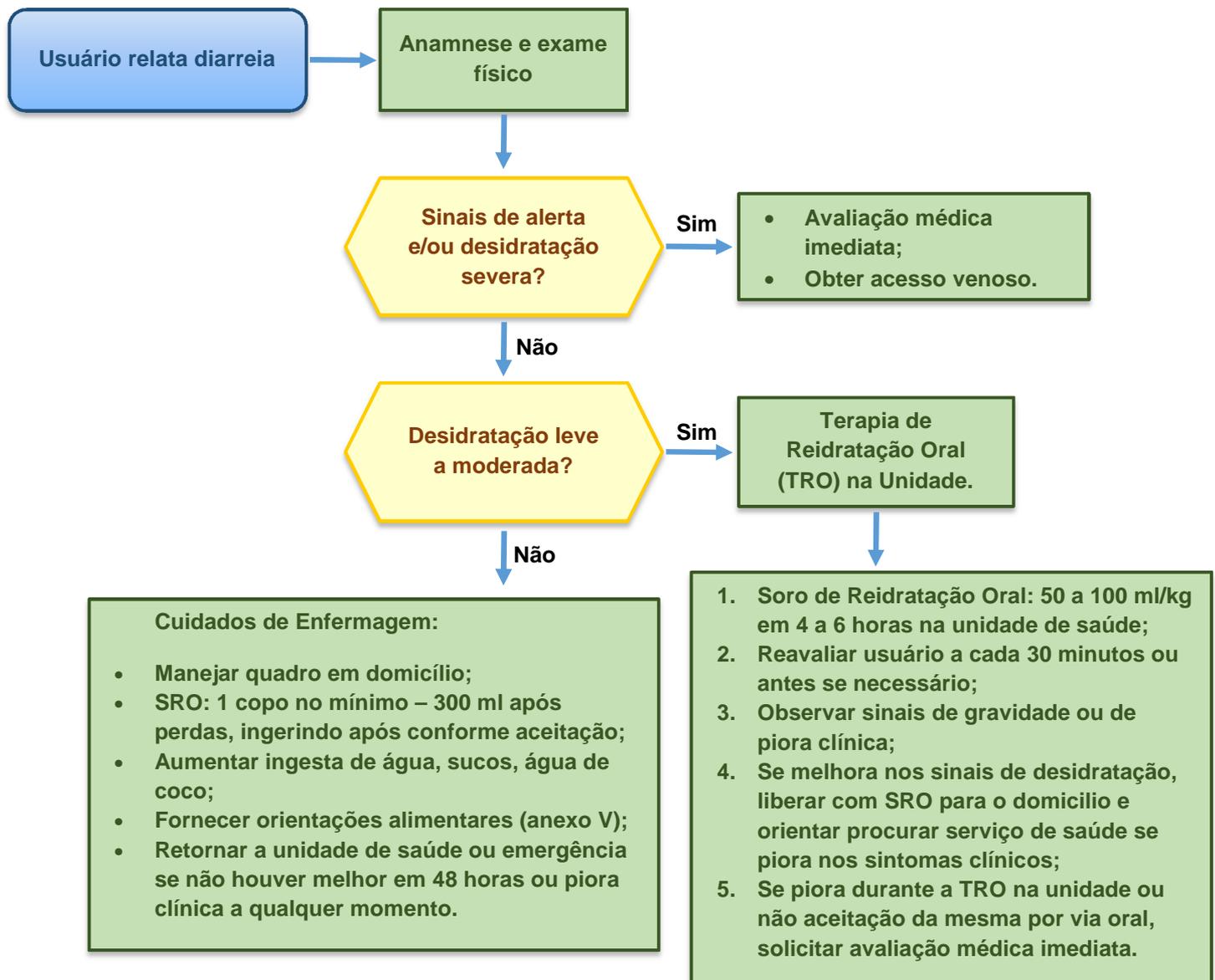
Após avaliação clínica do usuário, estabelece-se qual plano de intervenção será executado. O quadro 10 a seguir, resume os planos de tratamento de desidratação de acordo com a avaliação clínica inicial, a partir da classificação do grau de desidratação descrita no quadro 8:

Quadro 10 – Condutas de enfermagem ao usuário com diarreia⁴

TIPO DE CONDUTA	CONDUTAS
Condutas não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as características da diarreia; • Distinguir as diarreias potencialmente mais graves; • Verificar (questionar) presença de febre, muco, pus e/ou sangue nas fezes; • Instruir o usuário a evitar o seguinte: líquidos quentes ou frios, alimentos contendo gordura e fibras, alimentos temperados, cafeína, alimentos contendo lactose e doces; • Avaliar a presença de desidratação; • Orientar maior oferta líquida; • Recomendar o fracionamento da dieta para poder melhorar a aceitação; • Não consumir medicamentos para reduzir a diarreia, para que o agente etiológico seja expelido. A orientação é apenas reposição de líquidos; • Fornecer orientações alimentares para diarreia (anexo V).
Condutas medicamentosas	<p>Prescrever:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sais para Reidratação Oral (SRO). Usuários com desidratação leve devem receber 50ml/Kg de SRO em um período de quatro horas. 1 envelope dissolvido produz 1 litro de SRO. • <u>Peso kg x 50 ml</u> = número de envelopes a serem prescritos para ingestão em 4 horas dentro na UBS; 1000

- Aqueles com desidratação moderada devem receber 100ml/Kg de SRO mais a reposição de perdas continuadas, em um período de quatro horas (observação na unidade);
- Usuários com sintomas de desidratação grave devem ter iniciado o mais breve possível a hidratação endovenosa (conduta médica).
- Quando o quadro de diarreia for manejado a nível domiciliar, prescrever: **SRO: 1 copo no mínimo – 300 ml após perdas, ingerindo conforme aceitação.** A prescrição deverá ser no máximo de 2 dias. Após este período, retornar à Unidade de Saúde para reavaliação.
- Atenção às orientações medicamentosas contidas no Anexo XII.

Fluxograma 03 – DIARREIA



Sinais de Alerta (Atendimento médico imediato)

- 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 (Quadro 08).

Fonte: Adaptado COREN-SC, 2017⁴.

6 DOR DE GARGANTA EM ADULTOS ^{12,15,18,19}

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

Perante esta queixa a equipe de enfermagem deve avaliar os seguintes aspectos: dificuldade para deglutir, dor de ouvido, tosse, febre, dor nas articulações (febre reumática) e atentar para as doenças de notificação obrigatória (difteria). No exame físico deve ser observado: estado geral, aspecto da mucosa orofaríngea, presença de gânglios em região submandibular e febre. Os sinais de alerta que envolve esta queixa são: febre alta, secreção ou pontos purulentos, pontos necróticos, placas branco-acinzentadas, edema em região cervical e gânglios submandibulares. A anamnese e exame físico que deve ser realizada no adulto com dor de garganta está detalhada no quadro 11 a seguir:

Quadro 11 – Anamnese e exame físico em casos de dor de garganta

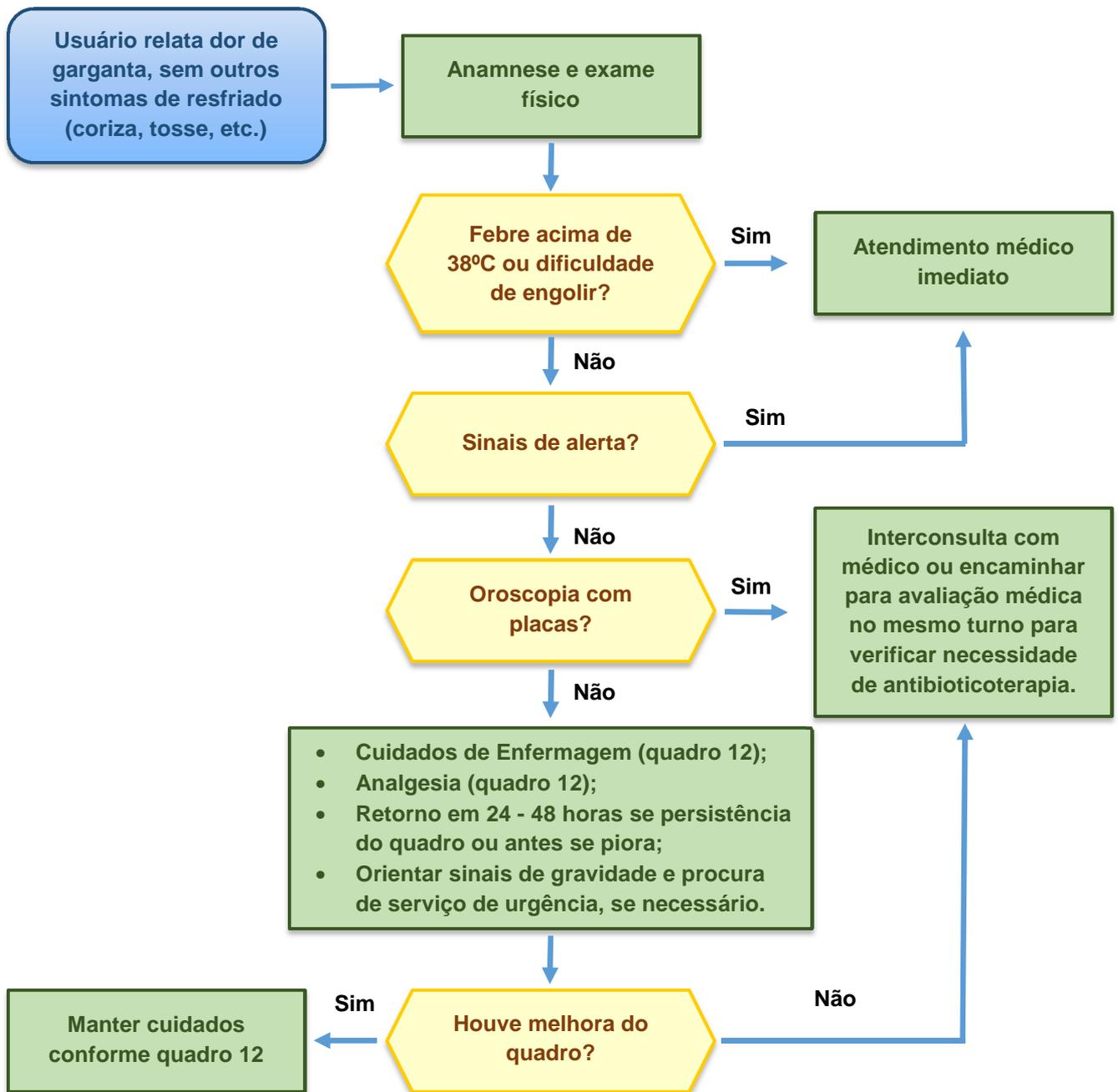
QUESTIONAR O USUÁRIO	EXAME FÍSICO
<ul style="list-style-type: none">• Possui dificuldade para deglutir?• Dificuldade para abrir a boca?• Tosse?• Febre?• Dor nas articulações (febre reumática)?• Faz uso de algum medicamento?• Fez uso de algum medicamento hoje?• Possui alergia conhecida a algum medicamento?• Atentar para as doenças de notificação obrigatória (difteria).	<ul style="list-style-type: none">• Aspecto geral do usuário;• Oroscofia: aspecto da mucosa orofaríngea;• Presença de gânglios em região submandibular;• Temperatura.

As condutas para esta queixa seguem no quadro 12 abaixo:

Quadro 12 – Condutas de enfermagem frente ao quadro de dor de garganta⁴

TIPO DE CONDUTA	CONDUTAS
Condutas não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none">• Prescrever gargarejo com água morna e sal (1 copo de água com 1 colher de cafézinho, rasa, de sal);• Orientar a escovação dos dentes e gengivas, evitar contato com o público e cigarros, fazer repouso da voz;• Encaminhar para consulta médica em caso de sinais de alerta ou agravamento dos sintomas;• Orientar sinais de alerta;• Orientar aumento ingestão da hídrica;• Atentar para sinais de Síndrome Respiratória Aguda Grave, H1N1 ou COVID-19.
Condutas medicamentosas	<p>Caso haja demanda para aliviar a dor prescrever:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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; <p style="text-align: center;">OU</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>Observação:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. Acompanhar tratamento.• Atenção às orientações medicamentosas contidas no Anexo XII.

Fluxograma 04 – DOR DE GARGANTA EM ADULTOS



SINAIS DE ALERTA (atendimento médico imediato)

- Dificuldade de abrir a boca (trismo);
- Totalmente incapaz de engolir;
- Dificuldade respiratória e febre (suspeitar de H1N1 ou COVID-19 - anexo XI);
- Presença de sinais de abscesso de tonsilas à oroscopia;
- Febre maior que 39°C.

Fonte: Adaptado COREN-SC, 2017⁴.

7 AZIA (PIROSE)^{12,15}

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

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

A consulta de Enfermagem deve conter os seguintes questionamentos: tempo de evolução, hábitos alimentares, gravidez, estado emocional, tabagismo, episódio único ou repetitivo, uso de medicação (analgésicos, anti-inflamatório, antibióticos, etc.), doenças associadas. A anamnese e exame físico que deve ser realizada no adulto com pirose está detalhada no quadro 13 a seguir:

Quadro 13 – Anamnese e exame físico em casos de pirose

QUESTIONAR O USUÁRIO	EXAME FÍSICO
<ul style="list-style-type: none">• Quando iniciou?• Momento em que o desconforto é mais intenso;• DUM? Gravidez?• Vômito?• Febre?• Constipação?• Perda de peso?• Ingesta de álcool? Tabagismo?• Hábitos alimentares?• Estado emocional?• Faz uso de algum medicamento?• Fez uso de algum medicamento hoje?• Possui alergia conhecida a algum medicamento?	<ul style="list-style-type: none">• PA;• Temperatura;• FR;• FC;• IMC;• Circunferência abdominal;• Inspeção/ausculta/palpação abdominal.

A conduta para esta queixa segue no quadro 14 a seguir:

Quadro 14 – Condutas de enfermagem frente aos sintomas de azia/pirose⁴

TIPO DE CONDUTA	CONDUTAS
Condutas não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none">• Reeducação de hábitos alimentares (evitar alimentos condimentados, temperos ácidos, frituras, bebidas alcoólicas ou gaseificadas, cafés, chás escuros, chimarrão, chocolates, sucos artificiais, cessação de tabagismo e no consumo de álcool, fracionar refeições, evitando ingerir grande quantidade de alimento em cada refeição);• Ainda que não haja forte evidência, a ingestão de 1 colher de sopa de batata inglesa (batatinha) crua, ralada ou bem mastigada nos momentos de crise pode oferecer conforto pelo pH alcalino do alimento;• Para usuários com Doença Refluxo Gastroesofágico (DRGE) já diagnosticado, orientar repouso em decúbito elevado, dietas fracionadas, evitar deitar-se logo após a ingestão de alimentos;• Fornecer orientações alimentares para azia - Anexo VI.
Condutas medicamentosas	<ul style="list-style-type: none">• Prescrever hidróxido de alumínio 61,5 mg/ml, 5 ml (uma colher de chá) VO até 3x/dia (uma hora após as refeições e/ou antes de deitar-se), atentando para possível efeito rebote e evitando uso rotineiro já que a medicação não promove alívio a médio prazo, orientar a utilização por no máximo 14 dias;• Realizar interconsulta médica ou avaliação médica em conjunto, a fim de determinar conduta medicamentosa mais adequada;• Caso o usuário retorne com os mesmos sintomas, encaminhar para avaliação médica;• Não prescreva este medicamento caso o usuário tenha doença nos rins ou dor abdominal aguda.• Atenção às orientações medicamentosas contidas no Anexo XII.

7.1 Interação medicamentosa: quais os efeitos de tomar Hidróxido de Alumínio com outros medicamentos? ³¹

O aumento do PH gástrico, em decorrência da administração de antiácidos, interfere nas características farmacocinéticas e farmacodinâmicas de vários medicamentos. Desta forma ocorre a diminuição na absorção de fármacos fracamente ácidos, como por exemplo digoxina, fenitoína, clorpromazina e isoniazida, com possibilidade de redução dos efeitos destes medicamentos.

Ocorre também o aumento da absorção de fármacos fracamente básicos, tais como pseudoefedrina e levodopa, o que pode resultar no aumento da toxicidade.

Hidróxido de Alumínio não deve ser administrado concomitantemente aos antibióticos que contêm tetraciclina (ou qualquer um dos seus sais), e de drogas como: antagonistas H₂, benzodiazepínicos, fenotiazinas, diflunisal, digoxina, cetoconazol, fluorquinolonas, propanolol, penicilaminas, neurolépticos fenotiazínicos, metoprolol, atenolol, captopril, ranitidina, sais de lítio, sais de ferro, cefdinir, cefpodoxima, cloroquina, ciclinas, bifosfonato, etambutol, fluoreto de sódio, glicocorticóides, indometacina, isoniazida, levotiroxina, lincosamidas, rosuvastatina ou ácido acetilsalicílico, pois pode haver diminuição da absorção destes medicamentos. Também deve ser evitado o uso concomitante com levodopa, pois a absorção deste medicamento pode estar aumentada.

Pode-se muitas vezes, evitar interações medicamentosas indesejáveis desses medicamentos com Hidróxido de Alumínio, administrando-os em intervalos mínimos de 2 horas (4 horas para a fluorquinolonas).

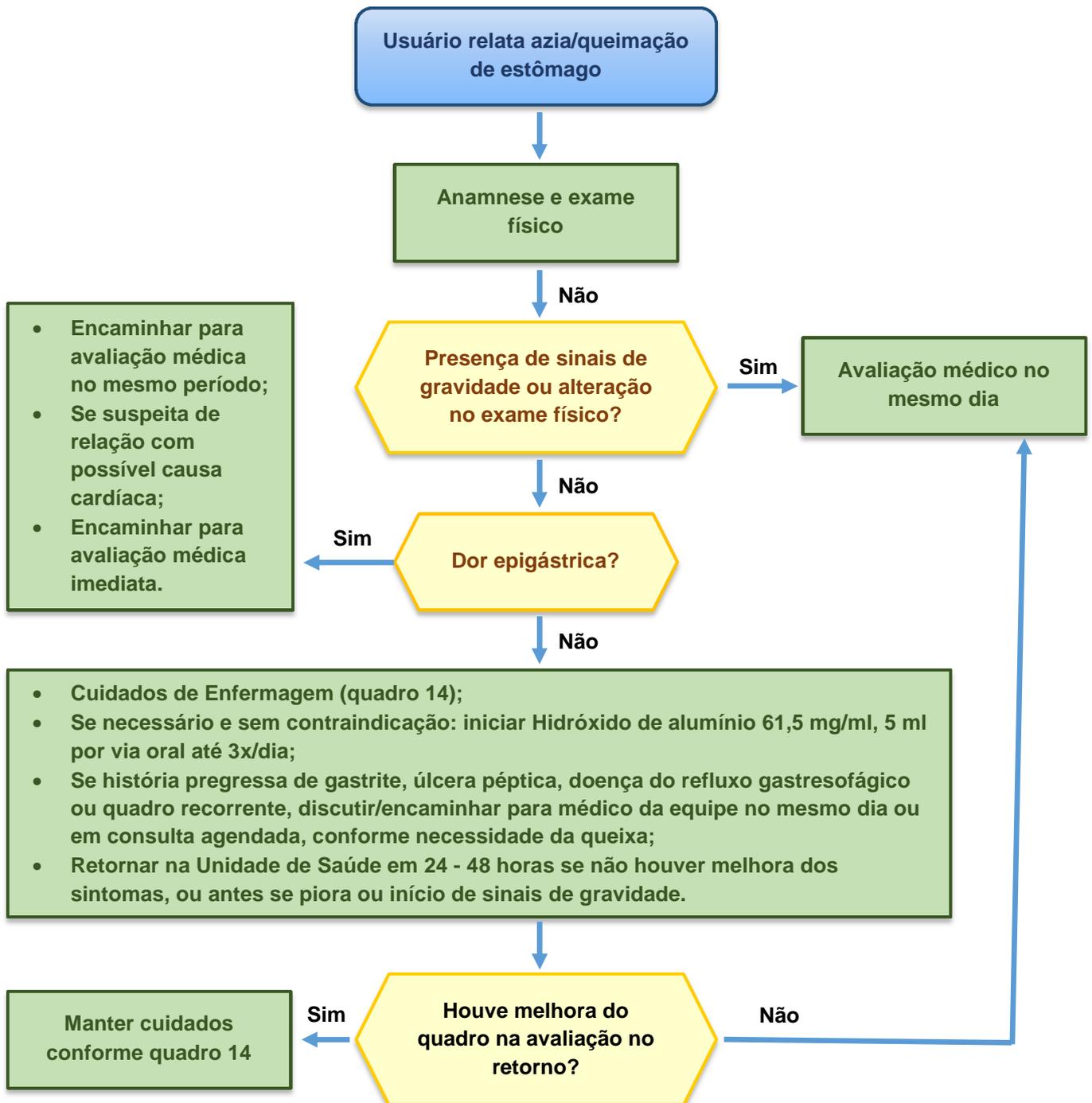
O uso de Hidróxido de Alumínio e citrato podem resultar em níveis aumentados de alumínio, especialmente em usuários que apresentam disfunção renal.

A absorção de Hidróxido de Alumínio pode estar aumentada se for administrado concomitantemente com ácido ascórbico em altas doses.

Recomenda-se cautela quando usado concomitantemente com poliestirenosulfonato devido aos riscos de diminuição da eficácia da resina na ligação de potássio, de alcalose metabólica em usuários com insuficiência renal e obstrução intestinal. Evitar o uso do medicamento com bebidas alcoólicas.

As interações medicamentosas devem ser avaliadas pelo Enfermeiro, conforme os medicamentos já usados pelo usuário. Neste caso, se houver alguma interação, deve-se avaliar o custo *versus* benefício da prescrição de hidróxido de alumínio, e na dúvida, encaminhar para avaliação médica.

Fluxograma 05 – AZIA/PIROSE



- *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).

8 CONSTIPAÇÃO INTESTINAL ^{12,15,34,35,36}

A constipação intestinal faz parte das doenças funcionais que acometem o intestino. É considerada uma das queixas mais frequentes nos consultórios, acometendo cerca de 20% da população mundial. É mais comum entre mulheres e idosos. A constipação intestinal tem-se estabelecido mais frequentemente em mulheres, principalmente aquelas com inatividade física diária, uso de alguns medicamentos, estados depressivos, baixo consumo de líquidos e alimentos ricos em fibra. Considera-se normal a frequência de evacuação de, no mínimo, três vezes por semana.

Bharucha e Drossman citam que uma forma padronizada internacionalmente para diagnosticar constipação funcional baseia-se nos critérios de Roma III, para constipação funcional, composto por seis sintomas: menos de três evacuações por semana, esforço ao evacuar, presença de fezes endurecidas ou fragmentadas, sensação de evacuação incompleta, sensação de obstrução ou interrupção da evacuação e manobras manuais para facilitar a evacuação. São considerados constipados aqueles que apresentam dois ou mais desses sintomas, no mínimo em um quarto das evacuações, referidos por pelo menos três meses no último ano. A anamnese e exame físico que deve ser realizada no adulto com constipação intestinal está detalhada no quadro 15 a seguir.

Quadro 15 - Anamnese e exame físico em casos de constipação intestinal

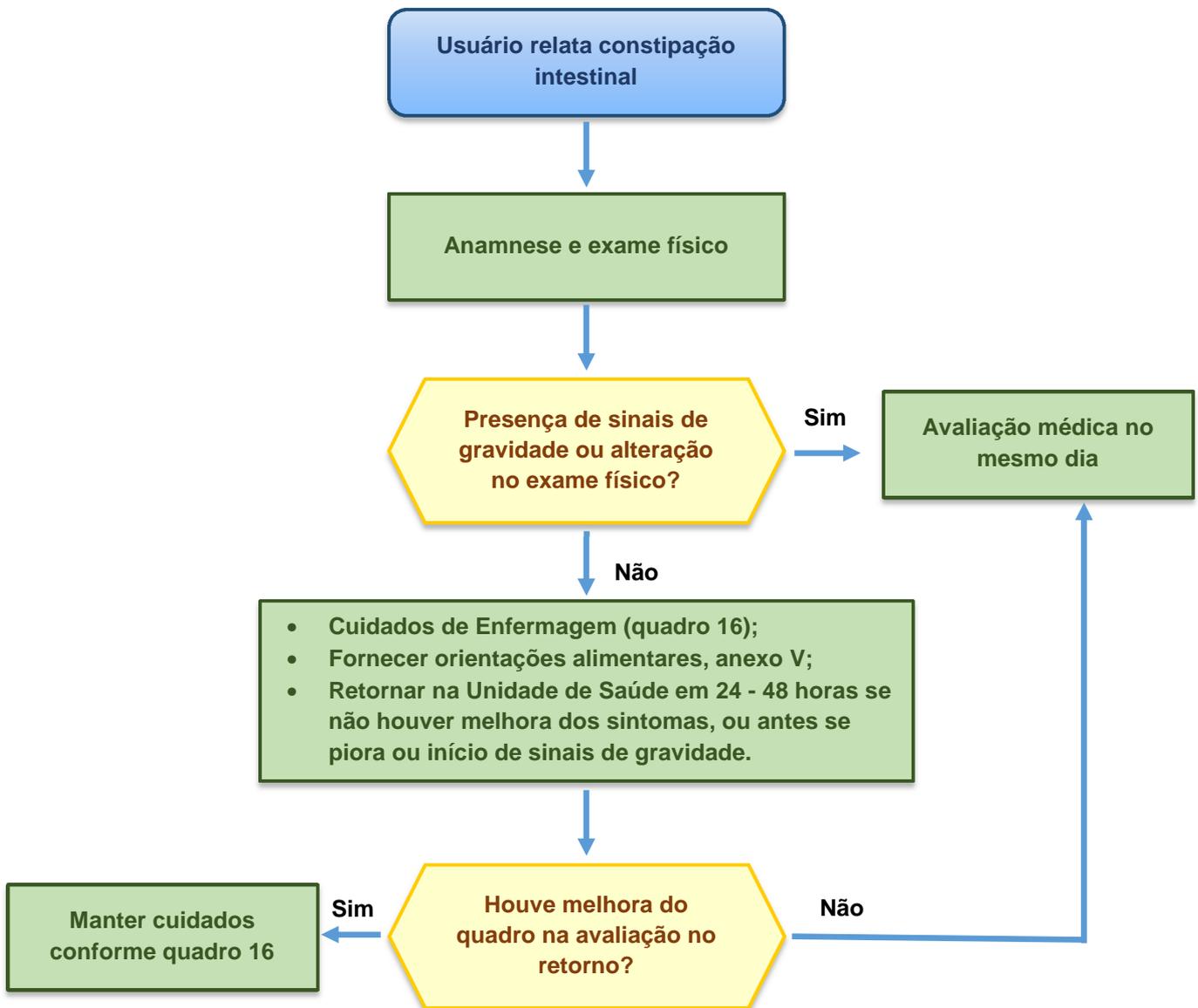
QUESTIONAR O USUÁRIO	EXAME FÍSICO
<ul style="list-style-type: none">• Quando iniciou?• A condição apresentada é recorrente ou pontual?• Consistência e aspecto das fezes?• Ingesta de líquidos?• Apresenta desconforto abdominal?• Hábitos alimentares?• Flatulência nas últimas 24 horas?• Vômito?• Hemorroidas, fissuras ou sangramentos por esforço ao evacuar?• Perda de peso?• Estado emocional?• Faz uso de algum medicamento? (amitriptilina, metadona, codeína, morfina e antipsicóticos causam constipação);• Fez uso de algum medicamento hoje?• Uso frequente de medicamentos laxativos?• Possui alergia conhecida a algum medicamento?	<ul style="list-style-type: none">• Temperatura;• Dor na descompressão abdominal?• Inspeção/ ausculta/ palpação abdominal.

A conduta para esta queixa segue no quadro 16 a seguir:

Quadro 16 – Condutas de enfermagem na queixa de constipação intestinal⁴

TIPO DE CONDUTA	CONDUTAS
Condutas não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none">• Aumentar a ingesta hídrica;• Avaliação alimentar com orientações de aumento de alimentos ricos em fibras (verduras, feijão, aveia, milho cozido, brócolis, couve-flor, rabanete, quiabo, ervilha, vagem, abacate, mamão, laranja com bagaço, melancia, uva, azeite e biomassa de banana verde). Evitar alimentos como, batata, banana maçã, arroz em grande quantidade e bolachas).• Incentivar atividade física regular;• Fornecer orientações alimentares para constipação – Anexo VII;• Orientar o uso de azeite de oliva 15 ml à noite e outra dosagem no dia seguinte ao despertar. Caso não obtenha êxito, aumente a dosagem para 30 ml (2 colheres de sopa) à noite e 15 ml pela manhã.

Fluxograma 06 – CONSTIPAÇÃO INTESTINAL



*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.

9 PARASITOSE INTESTINAL/VERMINOSE ^{4,12,15,18,41}

As parasitoses no Brasil são um problema de Saúde Pública, visto que, em média um terço da população vive em condições que proporcionam esta ocorrência. As precárias condições de habitação e de saneamento básico favorecem as infecções, inclusive as parasitárias.

Diante disso, as práticas de medidas preventivas tornam-se fundamentais no contexto familiar, no que se refere à manipulação, armazenamento e preparo de alimentos, conduta com a água a ser consumida, higienização das mãos, como também, o conhecimento acerca desse tipo de agravo à saúde, preferencialmente adquirido mediante um processo educativo, o qual estimule o indivíduo a mudar comportamentos para a promoção de sua saúde.

Durante a avaliação do Enfermeiro, importante realizar uma detalhada anamnese, abordando as condições de higiene, moradia e condição social do usuário, sintomas apresentados como: dor abdominal, cólicas, náuseas, vômitos, diarreias, perda de peso, anemia, febre até sintomas respiratórios. O diagnóstico se dá pela clínica ou através do relato pessoal do usuário e ainda por exame de pesquisa de ovos e cistos de parasitas nas fezes, porém de acordo com os sintomas e anamnese pode-se prescrever tratamento inicial sem a necessidade do exame, sendo este solicitado apenas quando o usuário não apresenta melhora do quadro. A anamnese e exame físico que deve ser realizada no adulto com suspeita de parasitose intestinal está detalhada no quadro 17 a seguir:

Quadro 17 - Anamnese e exame físico em casos de parasitose intestinal

QUESTIONAR O USUÁRIO	EXAME FÍSICO
<ul style="list-style-type: none">• Prurido anal? (má higiene, depilação);• Eliminação de vermes ou ovos nas fezes?• Eliminação de vermes pela cavidade nasal/ oral?• Diarreia?• Constipação?• Dor abdominal?• Local de residência/moradia?• Hábitos alimentares e de higiene?• Está gestante ou há possibilidade de estar?• Está amamentando?• Possui algum problema no rim ou volume reduzido de urina (especialmente para idosos)?• Possui algum problema ou doença no fígado?• Faz uso de algum medicamento?	<ul style="list-style-type: none">• Temperatura;• Inspeção/ ausculta/ palpação abdominal;• Inspeção anal se necessário.

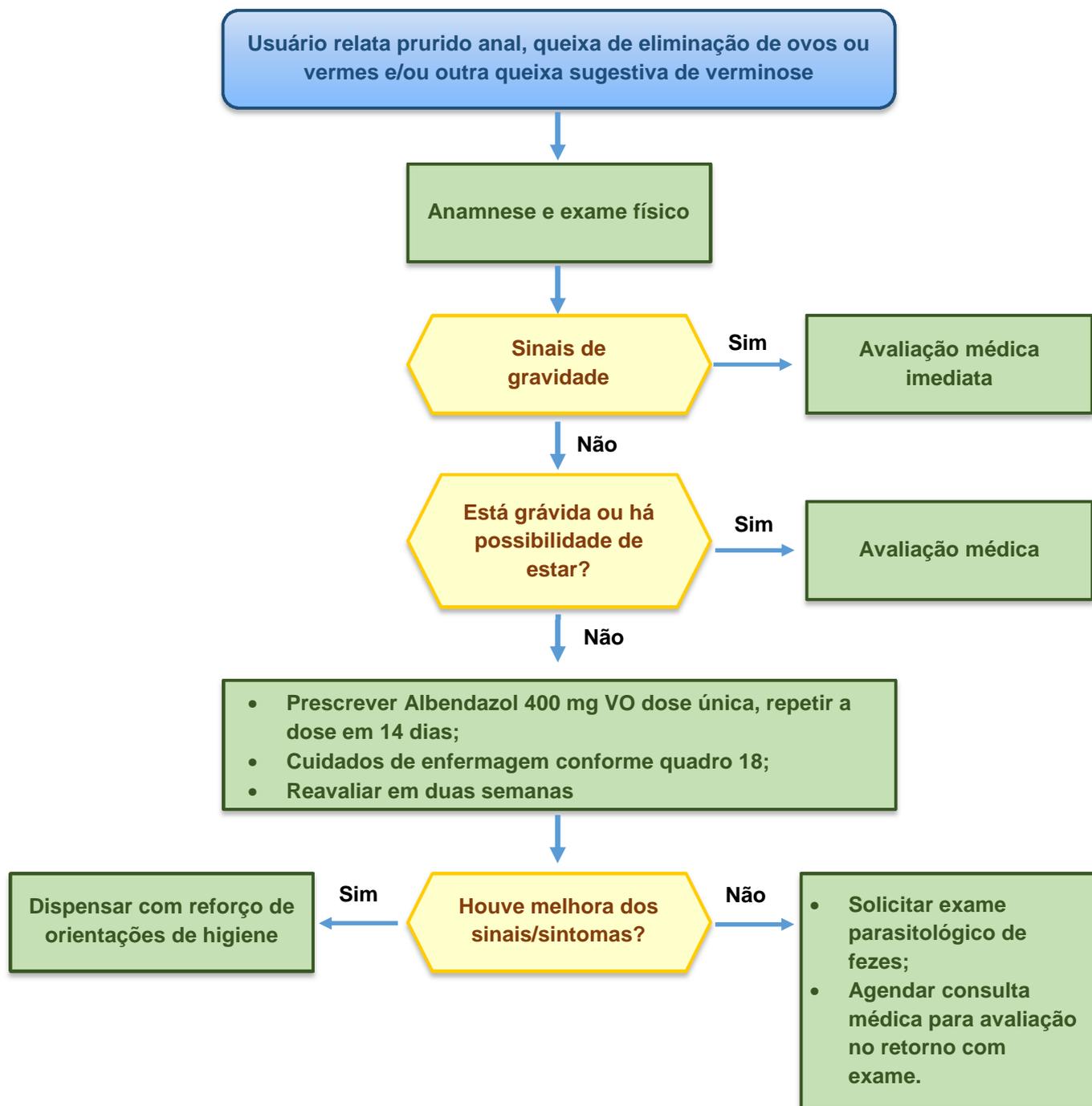
- Fez uso de algum medicamento hoje?
- Possui alergia conhecida a algum medicamento?

A conduta para esta queixa segue no quadro 18 a seguir:

Quadro 18 – Conduta de enfermagem na parasitose intestinal^{4,18}

TIPO DE CONDUTA	CONDUTAS
<p>Condutas não medicamentosas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar lavar bem os alimentos antes de ingeri-los, deixando alimentos a serem consumidos crus (principalmente folhosos) em solução contendo 10 ml de hipoclorito (1 colher de chá) de sódio para cada litro de água, respeitando o tempo de imersão de 10 a 25 minutos. Higienizar em água corrente, para retirada da solução colocada. Processo de secagem natural, em local refrigerado. • Orientar higiene das mãos sempre antes das refeições e após usar o banheiro. • Limpeza de utensílios de cozinha com água limpa e detergente; • Evitar contato intradomiciliar com animais, sobretudo nos ambientes onde são consumidos alimentos, lavando sempre as mãos após contato com os animais; • Em locais onde não se possa garantir a qualidade de água, utilizar sempre água filtrada ou fervida; • Manter as unhas curtas, principalmente em crianças.
<p>Condutas medicamentosas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prescrever Albendazol* 400 mg por via oral dose única, repetir a dose em 14 dias; • Solicitar a presença dos contatos intradomiciliares para avaliação. Se menor de 18 anos, encaminhar para avaliação médica; • Se a mulher estiver grávida, suspeitar que possa estar grávida ou estiver amamentando, não prescreva o medicamento e encaminhe para consulta médica. • Atenção às orientações medicamentosas contidas no Anexo XII. <p>* Deve ser usado com precaução em usuários com insuficiência hepática e com insuficiência renal.</p>

Fluxograma 07 – PARASITOSE INTESTINAL/VERMINOSE



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.

Fonte: Adaptado COREN-SC, 2017⁴.

10 DOR LOMBAR/DOR NAS COSTAS ^{12,20}

A dor lombar ou lombalgia é ainda uma das principais causas de procura pelo acolhimento da APS.²⁰

Neste sentido, o papel da enfermagem é de extrema relevância no que tange a abordagem e no manejo da mesma, seja com medidas não farmacológicas e mudanças posturais e de estilo de vida, seja na identificação de sinais de gravidade e referenciamento imediato ao médico da equipe ou mesmo na prescrição de medicamentos de primeira linha, os quais possuem uma boa efetividade com poucos efeitos colaterais e auxiliam no conforto do usuário.

Conforme o Ministério da Saúde até 70% das pessoas com mais de 40 anos apresentam algum problema de coluna e esse número sobe para 80% a 90% na população acima de 50 anos¹² A lombalgia inespecífica aguda tem uma evolução favorável na maior parte das vezes, mas em cerca de 30% casos, pode ocorrer novo episódio em até 1 ano ou se tornar crônica, quando dura mais de 3 meses⁴³.

O fluxograma 8 e o quadro 20 apresentam orientações que auxiliarão o Enfermeiro na tomada de decisão e nortearão o mesmo na discussão de caso com o médico da equipe, a fim da melhor escolha de conduta clínica, seja ela através da interconsulta ou da própria tomada de decisão do Enfermeiro. Observar sempre a presença das bandeiras vermelhas (Quadro 20), que se assemelham aos sinais de gravidade do fluxograma 8, mas que apresentam algumas situações adicionais a serem consideradas. A presença de apenas uma bandeira não indica necessariamente uma condição grave. Deve-se estar atento a uma associação dessas bandeiras, como por exemplo um idoso com história prévia de carcinoma, que pode indicar um carcinoma vertebral. Às vezes, uma bandeira isolada também exige atenção maior, como o emagrecimento sem causa aparente. A anamnese e exame físico que deve ser realizada no adulto com dor lombar está detalhada no quadro 19 a seguir:

Quadro 19 – Anamnese e exame físico em casos de dor lombar

QUESTIONAR O USUÁRIO	EXAME FÍSICO
<ul style="list-style-type: none">• Quando e como começou a dor?• O que faz piorar a dor?• Trauma local?• Localização da dor?• Sintomas urinários?• Possui comorbidades?• Faz uso de algum medicamento?• Fez uso de algum medicamento hoje?	<ul style="list-style-type: none">• PA;• Observar a deambulação;• Realizar exame de Giordano e manobra de Lasègue conforme descrito no item 10.1 e 10.2.

- Possui alergia conhecida a algum medicamento?

Quadro 20 – Bandeiras vermelhas na dor lombar ^{11,44}

BANDEIRAS VERMELHAS (Red Flags) – Indicadores de possível doença grave
<ul style="list-style-type: none"> • Idade menor que 18 e maior que 55 anos • Trauma recente • Perda de peso ou febre sem motivo aparente • História prévia de câncer • Dor noturna • Déficits neurológicos (incluindo fraqueza muscular e déficit de sensibilidade) • Déficit de controle vesical • Imunossupressão • Uso de drogas • Uso prolongado de corticoesteróides e/ou osteoporose

A conduta para esta queixa segue no quadro 21 a seguir:

Quadro 21 – Condutas de enfermagem frente a queixas de dor lombar⁴

TIPO DE CONDUTA	CONDUTAS
Condutas não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"> • Orientações por escrito para lombalgia aguda (anexo VIII); • Orientações por escrito para lombalgia crônica (anexo IX) • Orientar cuidados com postura e atividades (anexo X); • Em caso de dor aguda, evitar repouso prolongado, retornar às atividades o mais cedo possível • Explicar ao usuário que manter-se ativo em caso de dor crônica não relacionada a problemas graves é a medida mais importante • Acompanhar o tratamento; • Compressas mornas locais; • Acupuntura e auriculoterapia podem ser úteis, principalmente nos casos em que há cronificação (para profissionais treinados).

Conduas medicamentosas

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:

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.

- Atenção às orientações medicamentosas contidas no Anexo XII.

É importante ressaltar que os usuários com dor lombar crônica devem ser incentivados a manterem-se ativos fisicamente, e crenças negativas devem ser desencorajadas. Podemos observar crenças negativas principalmente em usuários com bandeiras amarelas (quadro 22).

Pode-se exemplificar algumas crenças negativas: (1) acreditar que exames de imagem resolverão o problema (achados como degeneração são comuns mesmo em quem não tem dor e não são necessariamente a causa) (2) acreditar que deve-se ficar em repouso por períodos prolongados (no máximo dois dias em casos agudos, deve-se retornar às atividades o mais breve possível) (3) acreditar que atividades do dia-a-dia serão malélicas (o usuário deve desenvolver força para estas atividades, e não evitá-las) (4) acreditar que os profissionais da saúde são responsáveis pela melhora do quadro (o usuário deve ser adequadamente orientado e deve aprender a autogerenciar seus sintomas)⁴⁵

Supervalorização dos achados comuns em exames de imagem (como artrose, por exemplo) por parte do profissional da saúde também pode reforçar as crenças negativas. É importante explicar que algumas alterações são comuns na população em geral e não necessariamente são a causa principal da dor⁴⁶.

Quadro 22 – Bandeiras amarelas na dor lombar ^{11,44}

BANDEIRAS AMARELAS

(Fatores psicossociais que podem indicar a tendência de cronificação da dor)

- Crença de que a dor e a manutenção da atividade são lesivas
- Humor deprimido ou negativo
- Comportamento inadequado (insistência em repouso por longos períodos)
- História de abuso de atestado médico
- Problemas no trabalho e insatisfação no emprego
- Superproteção ou pouco suporte familiar
- Inadequação a diversos tratamentos prévios
- Atitude passiva em relação ao tratamento

10.1 Manobra de Lasègue²¹

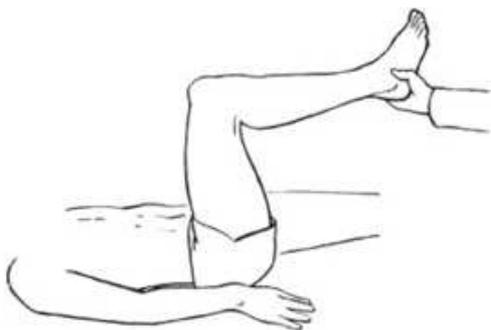
O teste de Lasègue é um teste de tensão neural e pode ser positivo em caso de uma compressão do nervo ciático, como nas extrusões discais de L5-S1. Consiste na elevação do membro inferior com o joelho estendido, tendo como objetivo demonstrar a tensão do nervo ciático, que será positivo em caso de dor no trajeto do nervo entre 30-60° de flexão do quadril (Figura 01). Deve-se tomar o cuidado de não confundir a tensão ciática com o encurtamento da musculatura posterior da coxa, que ocorre principalmente acima dos 60° de flexão do quadril.

Figura 01 – Teste de Lasègue



A seguir, pode-se fletir o quadril com o joelho fletido (Figura 02), com o intuito de diferenciar a dor ciática da dor da articulação coxo-femoral. ²¹

Figura 02 – Manobra de Flexão do quadril com o joelho fletido (complementar do teste de Lasègue)



10.2 Sinal de Giordano³²

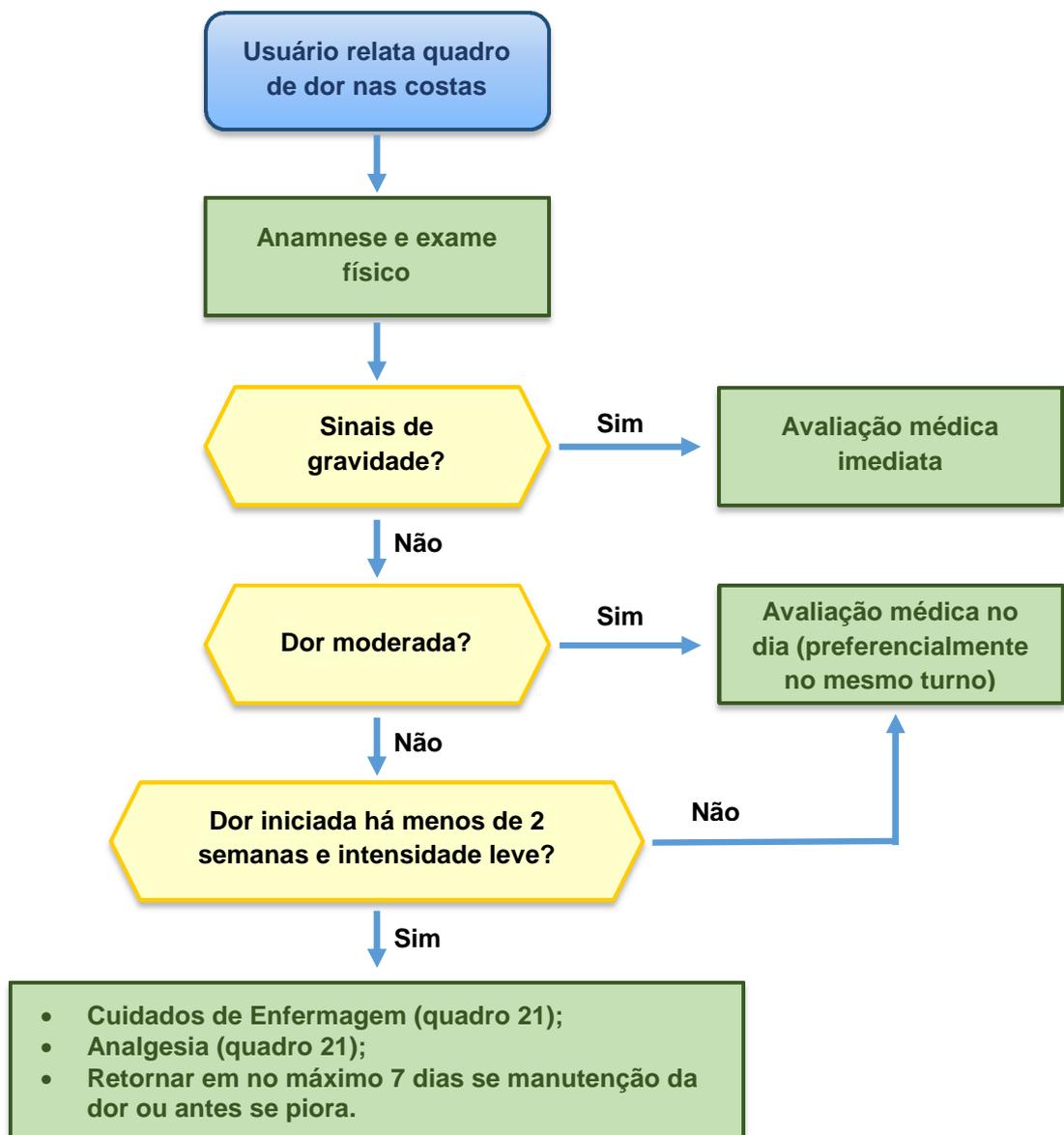
O Sinal de Giordano é pesquisado durante o exame físico através de uma manobra como Giordano.

A manobra é realizada pelo médico ou pelo Enfermeiro com o usuário estando sentado e inclinado para a frente. Para realizar a manobra o profissional faz uma súbita punho-percussão, com a borda ulnar da mão, na região da fossa lombar do usuário, mais especificamente, na altura da loja renal (flancos). Se a manobra evidenciar sinal de dor aguda, em pontada, no usuário, o sinal de Giordano é positivo, o que indica grande probabilidade doença renal (litíase e pielonefrite aguda).

Figura 03 – Sinal de Giordano



Fluxograma 08 – DOR LOMBAR



*SINAIS DE GRAVIDADE (atendimento médico imediato)

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

11 RESFRIADO COMUM ^{4,12,15,40}

O resfriado comum é a doença infecciosa de vias aéreas superiores mais comuns, e é apontada como uma das principais procuras a atendimentos em serviços de saúde.

Os sinais e sintomas dos resfriados aparecem dois ou três dias após a exposição ao vírus. Os mais comuns são: coriza (secreção nasal em geral transparente), leve cansaço, espirros, tosse, dor ou coceira na garganta, olhos lacrimejantes, dor no corpo, febre baixa e de curta duração.

Não existe nenhum remédio que cure um resfriado. O tratamento é apenas sintomático, isto é, ajuda a aliviar os sintomas. Analgésicos e antitérmicos, como o paracetamol e a dipirona, são úteis para baixar a febre e aliviar outros sintomas. Repouso, beber bastante líquido e lavar as narinas com soro fisiológico também são medidas que auxiliam a aliviar estes sintomas.

Sem sinais de gravidade, pode ser manejado inicialmente pelos profissionais de enfermagem, principalmente na prescrição de cuidados para alívio dos sintomas. Se durante a avaliação o Enfermeiro observar algum sinal de gravidades, este pode encaminhar prontamente para avaliação médica, ou na falta deste, serem referenciados a emergência hospitalar ou acionados o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). Na suspeita de gravidade, observar o descrito no anexo X. A anamnese e exame físico que deve ser realizada no adulto com dor lombar está detalhada no quadro 23 a seguir:

Quadro 23 - Anamnese e exame físico em casos de resfriado comum

QUESTIONAR O USUÁRIO	EXAME FÍSICO
<ul style="list-style-type: none">• Possui dificuldade para deglutir?• Dificuldade para abrir a boca?• Dificuldade para respirar?• Tosse?• Febre?• Faz uso de algum medicamento?• Fez uso de algum medicamento hoje?• Possui alergia conhecida a algum medicamento?	<ul style="list-style-type: none">• Aspecto geral do usuário;• Oroscopia: aspecto da mucosa orofaríngea;• Presença de gânglios em região submandibular;• Temperatura;• FR;• Ausculta pulmonar.

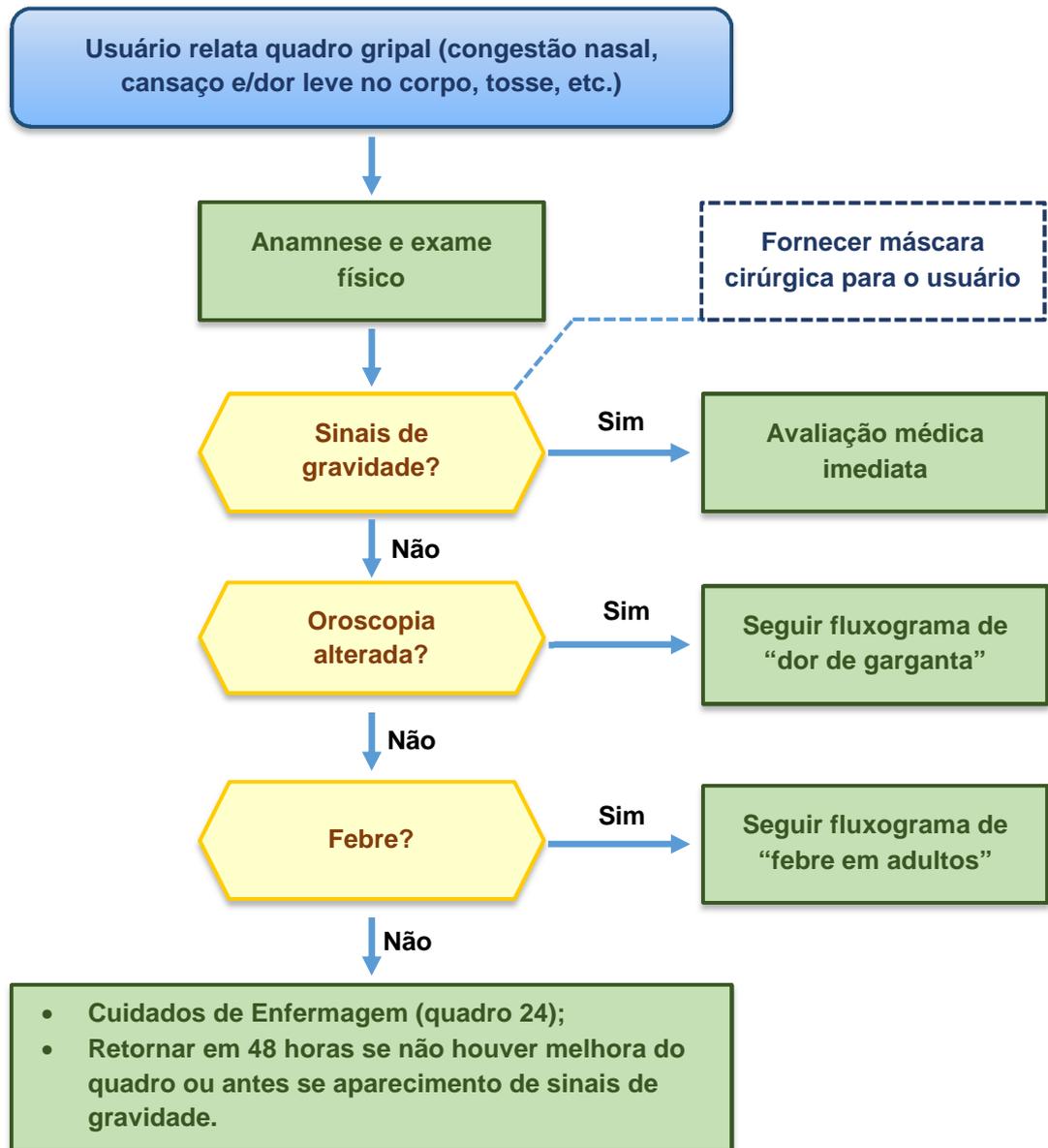
A conduta para esta queixa segue no quadro 24 a seguir:

Quadro 24 – Condutas de enfermagem frente a queixas de resfriado comum⁴

TIPO DE CONDUTA	CONDUTAS
Condutas não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none">• Realizar cuidados a fim de evitar a propagação, (Higiene da tosse anexo XII);• Aumentar a ingestão de líquidos (água, sucos, chás, sopas);• Aumentar a ingestão de alimentos ricos em vitamina C, como laranja, limão, bergamota, abacaxi, acerola, entre outros;• Orientar repouso.• Se tosse produtiva persistente por mais de 3 semanas, solicitar baciloscopia de escarro;• Orientar vacinação de influenza (quando campanha) conforme faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde e comorbidades delimitantes;• Atentar para sinais de Síndrome Respiratória Aguda Grave, 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 gravidade.
Condutas medicamentosas	<p>Prescrever:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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; <p style="text-align: center;">OU</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>Observação:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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;

- Prescrever Solução Nasal 0,9% gotas, indicando pingar 4 gotas em cada narina 4x/dia, o que promove melhora. 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.
- Atenção às orientações medicamentosas contidas no Anexo XII.

Fluxograma 09 – RESFRIADO COMUM



*SINAIS DE GRAVIDADE (Atendimento médico imediato)

- Dispneia ou FR alterada;
- Febre acima de 39°C aferida no momento;
- Tosse persistente e/ou muito produtiva;
- Secreção nasal ou tosse amarelo-esverdeado em grande quantidade;
- Sinais de H1N1, COVID-19, Síndrome Respiratória Aguda Grave.

FATORES DE RISCO

(Exigem avaliação médica em conjunto)

- Gestação e puerpério;
- População Idosa (acima de 60 anos);
- População indígena;
- Cardiopatias;
- Imunossupressão;
- Nefropatias;
- Diabetes de difícil controle;
- Distúrbios hematológicos;
- Transtornos neurológicos;
- Obesidade;
- História de asma.

Fonte: Adaptado COREN-SC, 2017⁴.

12 OLHO VERMELHO ^{4,12,15}

Sintoma muito comum na prática da clínica de enfermagem da atenção primária, o olho vermelho geralmente é um sinal claro de conjuntivite a qual pode ser de etiologia viral ou bacteriana.

Este, geralmente, é um problema localizado o qual apresenta uma solução de fácil manejo, mas que deve ser trabalhada principalmente quanto aos aspectos de contágio, pois tanto o processo de natureza viral quanto bacteriana são muito fáceis de disseminarem. A anamnese e exame físico que deve ser realizada no adulto com olho vermelho está detalhada no quadro 25 a seguir:

Quadro 25 - Anamnese e exame físico em casos de olho vermelho

QUESTIONAR O USUÁRIO	EXAME FÍSICO
<ul style="list-style-type: none">• Trauma ocular recente?• Secreção do olho?• Pálpebras “grudadas” ao acordar?• Contato recente com pessoas com olho vermelho?• Recente infecção respiratória superior;• Sensação de corpo estranho ou sensação de ardência?• Episódio anterior de conjuntivite?• Coceira e sintomas que se encaixam uma síndrome atópica?• Doenças crônicas?• Uso de cosméticos?• Lentes de contato e a higiene/manutenção das mesmas?• História oftálmica; tratamento recente com laser ou cirurgia ocular?• Faz uso de algum medicamento?• Fez uso de algum medicamento hoje?• Possui alergia conhecida a algum medicamento?	<ul style="list-style-type: none">• Sintomas de alarme: dor, diminuição da visão, fotofobia?• Inspeccionar as pálpebras;• Observar a presença de secreções;• Observar a localização e natureza da vermelhidão;• Córnea: Quando há sensação de corpo estranho e um olho vermelho sem motivo óbvio: inspecionar a parte posterior das pálpebras (na superior depois de virá-la).

Figura 04 – Tipos de Conjuntivite



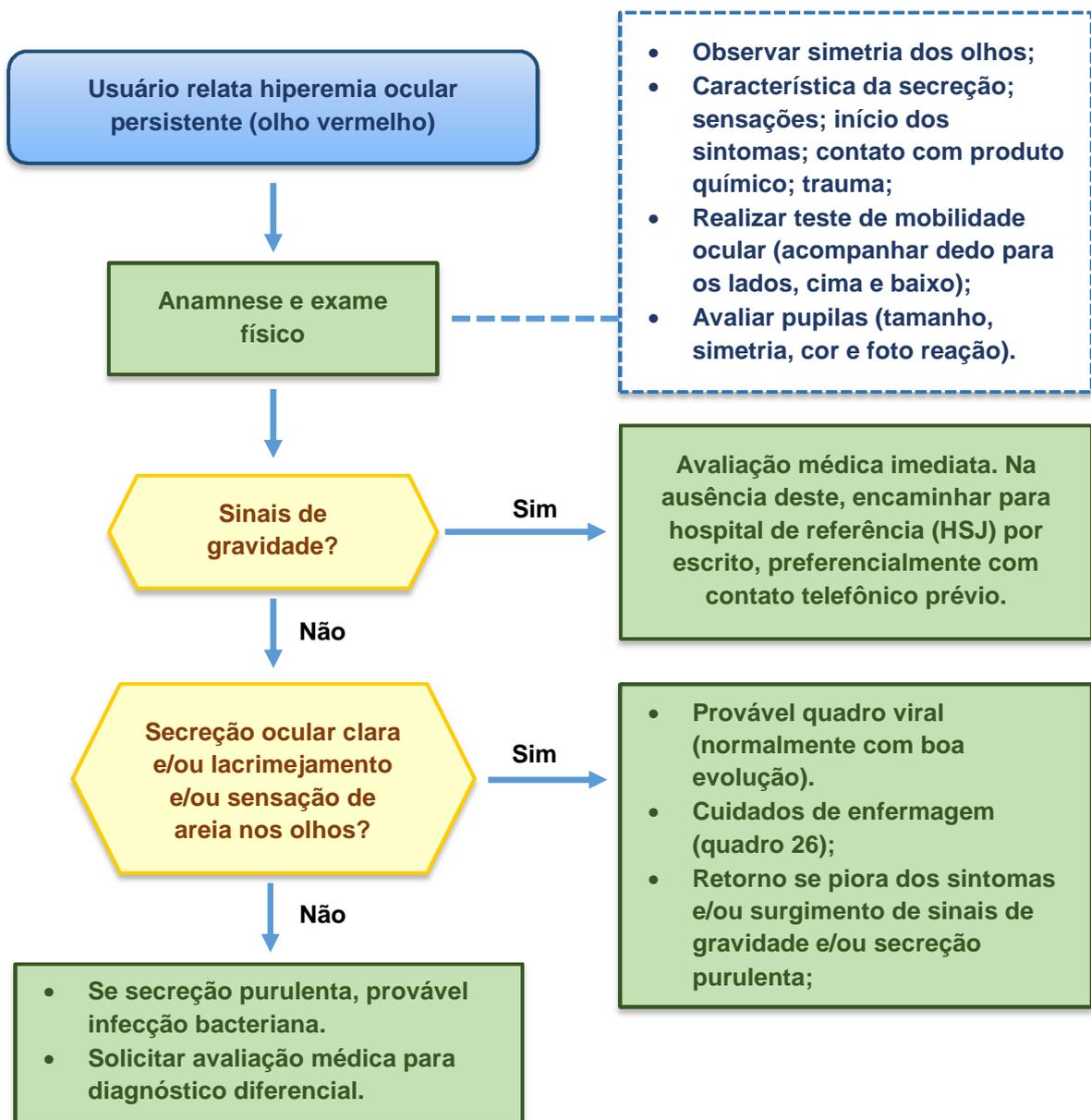
Fonte: <https://oparana.com.br/noticia/se-a-gripe-chega-antes-a-conjuntivite-vem-junto/>

O quadro 26 abaixo, apresenta os aspectos de manejo pela equipe de enfermagem:

Quadro 26 - Condutas de enfermagem frente a queixas de olho vermelho/conjuntivite⁴

TIPO DE CONDUTA	CONDUTAS
Condutas não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos seguidamente e sempre após o contato com os olhos; • Utilizar toalhas e roupas de cama próprias; • Limpar/secar os olhos com lenços de papel e desprezar em seguida os mesmos; • Arejar o ambiente, bem como tentar limpar as superfícies que entraram em contato com as mãos contaminadas com álcool (exemplo: maçanetas, corrimãos, etc); • Realizar compressas frias com Soro fisiológico 0,9% várias vezes ao dia; • Orientar a utilizar óculos escuros quando exposto a claridade do sol; • Orientar afastamento de atividade laborais (atestado a critério médico) e contato íntimo com outras pessoas.

Fluxograma 10 – OLHO VERMELHO



*SINAIS DE GRAVIDADE (Atendimento médico imediato)

- Diminuição da acuidade visual repentina, sobretudo monocular;
- Glaucoma primário de ângulo estreito;
- Corpo estranho conjuntival ou corneano;
- Queimadura física – radiação ultravioleta;
- Queimadura química;
- Trauma contuso com queixa de baixa acuidade visual.

13 PROBLEMAS DA PELE MAIS COMUNS NO ADULTO NA APS

A pele é considerada o maior órgão ou sistema do corpo humano, sendo assim uma das regiões mais relevantes e mais suscetíveis a infecções sejam elas bacterianas, fúngicas ou determinadas por outros agentes etiológicos.²⁴

Considerada uma barreira importante entre nosso organismo e o meio exterior, é capaz de despertar sensações e expressa significativo número de sinais e sintomas, que são de auxílio fundamental na identificação de doenças. As doenças que acometem a pele podem estar restritas a ela ou, por vezes a pele expressa sinais e sintomas como a primeira manifestação, ou manifestação tardia de doenças sistêmicas. Não menos importante é lembrar que o exame físico da pele deve ser feito sob iluminação adequada, preferentemente sob luz natural e quando não for possível sob luz fluorescente. Deve-se valorizar sinais com alteração da cor (acromia, hipocromia, hiperpigmentação, eritema), com alteração da espessura (atrofia, hiperqueratose), a presença ou ausência de sintomas como prurido, dor e ardor. Todos são elementos auxiliares no diagnóstico e consequente instituição da terapêutica adequada.²⁴

Abaixo exporemos as principais afecções de pele as quais o Enfermeiro poderá realizar abordagem clínica e farmacológica, sendo importante o registro e determinação de tempo de cada sinal ou sintoma e, caso haja dúvidas encaminhar para avaliação médica, a qual pode ser eletiva ou de urgência dependendo a situação. ⁴

<p>13.2 PEDICULOSE (Piolho) ^{15,24,25}</p> <p>Agente etiológico: <i>Pediculus capiti</i></p>  	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de parasitas (vulgo piolho) ou ovos do parasita em couro cabeludo; • Atentar para presença de feridas em couro cabeludo e cuidar com sinais de infecção secundária, a qual na presença deve ser manejada com uso de antibióticos conforme conduta do médico da equipe (interconsulta/consulta conjunta). 	<p>Como tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Passar frequentemente o pente fino no mínimo uma vez ao dia e lavar o mesmo com água corrente, sabão e se possível álcool; • Retirar todas as lêndeas; • Ferver os objetos pessoais, tais como: pente, boné, lençol e roupas. 	<p>Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem</p>
<p>13.2 TUNGÍASE (Bicho-do-pé) ^{15,24,25}</p> <p>Agente etiológico: <i>Tunga penetrans</i></p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Pápulas amareladas com ponto central preto, medindo mais ou menos 0,5 cm de diâmetro 	<p>Como tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpeza local e antissepsia local; • Avaliar imunização dT e se em atraso ou ausente iniciar/completar esquema vacinal; 	<p>Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Exérese ou retirada da tunga com uso de agulha estéril ou bisturi, procurando remover o parasita de dentro da bolsa. Caso rompa a mesma, garantir a retirada integral desta; 	<p>Enfermeiro</p>

Questionar sobre alergias medicamentosas

		<ul style="list-style-type: none"> • Se presença de infecção secundária, solicitar avaliação médica; usuários imunossuprimidos e/ou portadores de diabetes não - compensada, deve ser avaliado em conjunto com o médico, avaliando risco-benefício do procedimento. 	
<p>13.4 MIIASE FURUNCULÓIDE (Berne)</p> <p>Agente etiológico: <i>Dermatobia hominis</i> ou <i>Callitroga americana</i>.^{15,24,25}</p>  	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão nodular que surge com o desenvolvimento da larva, apresentando orifício central com secreção serosa. A lesão é dolorosa e o usuário sente a sensação de “ferroada/mordida”. • Observar sinais infecciosos e na presença dos mesmos, encaminhar para avaliação médica (consulta conjunta ou interconsulta). 	<p>Como tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oclusão do orifício com esparadrapo é a principal conduta; • Encaminhar para imunização da dT ou completar esquema vacinal se necessário; • Orientar retorno em até 24 horas, com o orifício ocluído a fim da retirada da larva. • A larva não deve ser removida à força através do ponto central antes da oclusão pois a sua forma cônica com fileiras de espinhos e ganchos evitam a extrusão simples. Além disso, deve-se tomar cuidado para evitar laceração da larva, pois as partes larvares retidas podem causar infecção. <p>Retirada da larva com pinça, tomando o cuidado para não romper a mesma.</p> <p>Prescrever:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; <p style="text-align: center;">OU</p>	<p style="text-align: center;">Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem</p> <p style="text-align: center;">Enfermeiro</p> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; background-color: #4a86e8; color: white; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>Questionar sobre alergias medicamentosas</p> </div>

		<ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Observação: 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.</p>	
<p>13.5 LARVA MIGRANS (Bicho Geográfico) ^{15,24,25}</p> <p>Atentes etiológicos: <i>Ancylostomacaniun</i>, <i>Ancylostoma Brasiliensis</i> e <i>Strongiloidesstercoralis</i>.</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Erupção linear, serpiginosa, eritematosa, discretamente elevada e muito pruriginosa. 	<p>Como tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Orientar compressas frias no local com gelo (alívio de sintomas); Orientar medidas de controle, evitar áreas arenosas, sombreadas ou úmidas; 	<p>Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem</p>
		<p>Prescrever:</p> <ul style="list-style-type: none"> Albendazol 400 mg ao dia por 3 dias. <p>NÃO PODE SER UTILIZADO EM GESTANTE E EM MULHERES QUE AMAMENTAM.</p>	<p>Enfermeiro</p> <p>Questionar sobre alergias medicamentosas Amamentação e gestação</p>

14. QUEIMADURAS ^{26,27,28,29}

14.1 Conceitos/características das queimaduras

São feridas traumáticas normalmente causadas por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos, que podem destruir parcialmente ou totalmente a pele e seus anexos. A maioria das queimaduras acontece nas residências das vítimas e quase metade das ocorrências possui a participação de crianças e idosos. Podem ser:

- **Elétrica:** causada por exposição à voltagem baixa, intermediária e alta, produzindo lesões locais e sistêmicas;
- **Química:** são lesões causadas por exposição aos produtos químicos industriais ou domésticos;
- **Radioativa:** causadas por radioatividade, ou seja, pela energia que é gerada através da emissão de partículas ou radiações de núcleos de átomos;
- **Térmica:** causadas por calor, líquidos quentes, chama, ou ainda por contato com objetos quentes.

Quadro 28 - Características e grau de profundidade das queimaduras⁴

GRAU DE PROFUNDIDADE	CARACTERÍSTICAS
Primeiro Grau	<ul style="list-style-type: none">• Envolvem apenas a epiderme (espessura superficial). Apresenta dor, eritema e rubor. São secas, não formam flictena (bolhas) e descamam dentro de 5 a 6 dias. São autorregeneráveis. Típica de queimadura solar.
Segundo Grau Superficial	<ul style="list-style-type: none">• Envolvem a epiderme e a derme superior (espessura parcial). Apresentam dor, eritema e formam flictenas (bolhas). A base da bolha é rósea, úmida e dolorosa. São autorregeneráveis, com perda de características e com processo mais prolongado. Geralmente existe epitelização sem sequelas. Restauração das lesões entre 7 e 21 dias. Típica lesão por escaldadura.
Segundo Grau Profunda	<ul style="list-style-type: none">• Envolvem a epiderme e a derme profunda (espessura parcial), apresentam dor e formam flictenas (bolhas). A base da bolha é branca, seca e indolor. A epitelização depende de diversos fatores. Há possibilidade de sequelas. As vezes há necessidade de enxertia. Típica lesão por escaldadura.

Terceiro Grau	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver a epiderme, derme e lesões nos apêndices (espessura total). Não apresentam nem flictenas. A pele geralmente é esbranquiçada, castanha ou escura dependendo do agente causal. A cicatrização depende de diversos fatores. Dificil reepitelização podem necessitar de enxertia. Sequelas frequentes e prováveis, típicas de lesão pôr fogo ou contato.
Quarto Grau	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver o tecido subcutâneo subjacente, tendões e ossos. Típicas de lesão elétrica de alta voltagem.

14.2 Cuidados de enfermagem urgentes em queimaduras

É importante destacar as situações que necessitam de atendimento ou encaminhamento urgente. Nestes casos, realizar atendimento inicial e interconsulta com o médico da unidade. Situações que necessitam de atendimento urgente:

- Superfície Corporal Queimada (SCQ) maior que 15%;
- Queimadura em face/pescoço/tórax superior;
- Queimadura Inalatória (se tosse, dificuldade para respirar ou voz rouca, saturação de O2 Menor que 90% e sonolência ou confusão);
- Sonolência ou confusão mental;
- Saturação de O2 menor que 90%.

Nesses casos, proceder da seguinte maneira:

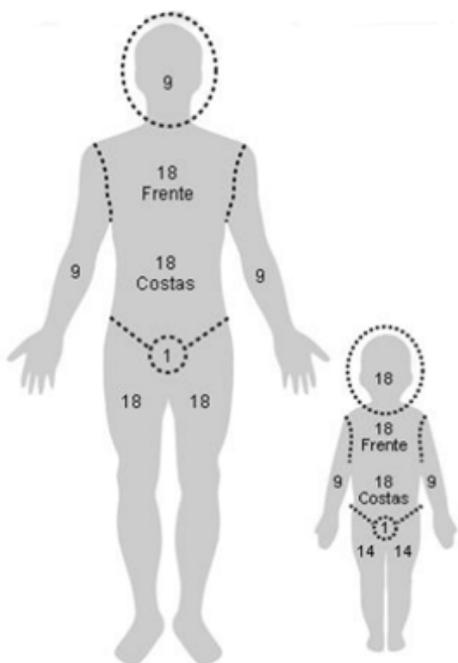
- Aplicar O2 (1-2L / min) via cânula nasal;
- Remover fontes de calor;
- Mergulhar pele queimada em água à temperatura ambiente ou aplica compressas molhadas por 30 min;
- Aquecer a vítima;
- Calcular a SCQ (figura 3);
- Iniciar acesso venoso calibroso em área longe da queimadura, conforme prescrição médica;
- Realizar curativo com material não aderente;
- Monitorar sinais vitais;
- Solicitar atendimento médico conjunto.

Excluídas situações que demandam atendimento urgente, realizar a consulta de enfermagem e, se apresentar alguma condição das abaixo, encaminhar com urgência para o serviço de emergência hospitalar mais próximo:

- Queimaduras de segunda grau profunda, queimaduras de terceiro grau e queimaduras de quarto grau;
- Se a pessoa com queimadura não puder ingerir líquidos;
- Lesão por inalação;
- Lesão por queimadura e pessoas que exigem intervenção social, emocional ou de reabilitação especial;
- Pessoas com queimaduras e trauma concomitante (como fratura) nos quais a lesão por queimadura apresenta grande risco de morbidade ou mortalidade.

Para realizar o cálculo da SCQ em adultos e crianças maiores de 10 anos, usa-se a regra dos nove:

Figura 05 – Superfície Corporal Queimada



Fonte: Protocolo de Enfermagem volume 6 - Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis

Queimaduras dispersas ou irregulares e superfície palmar do usuário contam aproximadamente 1% da SCQ. Áreas como região genital, palma da mão e sola dos pés, mesmo que com porcentagem baixa podem ser consideradas graves.

Caso haja presença de flictenas, seguir orientação do quadro abaixo. O manejo desse tipo de lesão é privativo do Enfermeiro.

Quadro 29 - Característica e orientação na presença de flictenas (bolhas)³³

CARACTERÍSTICAS	ORIENTAÇÃO
Íntegras, sem sinais de infecção, sem risco de rompimento	Manter flictena, protegê-la do trauma, orientar a não a romper.
Íntegras, sem sinais de infecção, e com risco de rompimento	<p>1- Limpeza delicada com SF 0,9% em jato, aspirar flictena na base, com seringa de insulina e agulha 25x8mm e preservar a pele queimada.</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>Desbridar flictena:</p> <p>1- Avaliar presença de sujidades;</p> <p>2- Realizar limpeza com SF0,9% em jato, fazer uso de luvas cirúrgicas, retirar tecido desvitalizado com auxílio do curativo não aderente, trocar a cada 24 horas;</p> <p>3- Utilizar sulfadiazina de prata 1% creme, trocar a cada 24 horas.</p> <p>Não há tempo máximo para aguardar até a realização da drenagem/desbridamento.</p>
Flictenas rompidos	<p>Desbridar flictema:</p> <p>2- Avaliar presença de sujidades;</p> <p>3- Realizar limpeza com SF0,9%;</p> <p>4- Fazer campo cirúrgico (pode ser usado gaze aberta);</p> <p>5- Fazer uso de luvas cirúrgicas. Retirar tecido desvitalizado com auxílio de tesoura ou pinças estéreis;</p> <p>6- Utilizar sulfadiazina de prata 1% creme, trocar a cada 24 horas.</p>

Quadro 30 - Condutas de enfermagem na queimadura³³

TIPO DE CONDUTA	CONDUTAS
Condutas não medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidar da pele cicatrizada (a lesão destrói grande parte da capacidade própria de hidratação / proteção da pele); • Orientar/oferecer cuidados de reabilitação em zonas articulares de modo a limitar/impedir as perdas de mobilidade/elasticidade da pele; • Verificar imunização antitetânica: de última dose maior que 5 anos ou sem registro, vacinar conforme PNI;

	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar/orientar hidratação e a alimentação; • O tratamento de queimaduras está relacionado aos aspectos sistêmicos e locais. Para o tratamento local deve-se realizar a limpeza e cobertura da lesão a fim de auxiliar a prevenção de infecções e restabelecer a integridade do tecido. • Limpar a lesão (seguir “Protocolo de Assistência aos portadores de feridas – Joinville”); • Remover tecido desvitalizado, se necessário; • Em queimaduras de primeiro grau, prescrever Ácidos Graxos Essenciais (AGE); • Aplicar produtos/coberturas que apoiem o processo cicatricial, consoante a fase em que a ferida se encontra, não esquecendo a clínica apresentada conforme orientações do Protocolo de Assistência aos portadores de feridas – Joinville.
<p style="text-align: center;">Condutas medicamentosas</p>	<p>Prescrever:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curativo com sulfadiazina de prata 1% creme, trocar a cada 24 horas. Se disponível, utilizar gaze antiaderente. Orientar para que as trocas de curativo sejam realizadas na Unidade de Saúde. Conforme REMUME, a orientação é entregar este medicamento para realização de curativo em casa apenas para aqueles usuários acamados e/ou com dificuldade de locomoção. Orientamos que a prescrição e dispensação da Sulfadiazina de Prata seja realizada APENAS nestes casos, uma vez que este medicamento também é um antimicrobiano, e “sobras” armazenadas nas residências podem levar a usos indevidos. • 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; <p style="text-align: center;">OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Observação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.

- Reavaliar usuário em 24-48 horas ou antes se piora ou sinais de gravidade.

ANEXO I – Higiene do sono

- Nas três horas antes de dormir não faça refeições pesadas nem beba muito líquido. Uma ceia leve pode ser útil. Evite dormir com fome. Coma algo (fruta, barra de cereais, etc.), se estiver com fome antes de dormir.
- Se você tem regurgitação, evite refeições pesadas ou muito condimentadas durante a noite. Nunca vá para a cama após ter comido muito. Elevar a cabeceira da cama pode ajudar.
- Evite exercícios vigorosos depois das 6 horas da tarde.
- O álcool pode interromper o sono. Evite bebida alcoólica.
- Não fume depois das 7 da noite ou, melhor ainda, pare totalmente com o hábito de fumar. Além de fazer mal à saúde, o fumo é excitante e dificulta o sono.
- Evite qualquer cafeína (café; chá preto, mate ou verde; coca; chocolate; guaraná; energéticos) por uma semana de teste; ou limite a cafeína em três xícaras, no máximo, até às 10hs da manhã.
- Se estiver preocupado com problemas ou providências a serem resolvidos, anote-os numa agenda. Depois disso, relaxe e deixe os seus problemas e os de outras pessoas completamente de lado. No dia seguinte, leia essas anotações e busque verificar quais são os seus limites e possibilidades de atuação, respeitando-os.
- Use a cama para dormir: não trabalhe ou realize outras atividades na cama (TV, por exemplo) que ocasionem um estado de alerta prolongado.
- Mantenha seu quarto escuro, calmo, bem ventilado e com uma temperatura agradável durante a noite. Tampões de ouvido podem ser úteis.
- Certifique-se de que o colchão e o travesseiro oferecem conforto e estão adequados.
- Tenha um ritual antes de ir deitar (banho morno, leitura, leite morno). Tome um banho quente ou uma bebida quente sem cafeína umas duas horas antes de ir dormir, se estiver frio. Tome um banho morno ou uma bebida refrescante sem cafeína, se a temperatura estiver elevada. Verifique o que o ajuda a relaxar e desligar dos problemas e repita nas noites seguintes.
- Não fique na cama caso não esteja conseguindo dormir (ou voltar a dormir). Evite ficar conferindo as horas no relógio. Levante-se e faça algo que já percebeu (através de experiências anteriores) que o faz relaxar e ter sono de novo. Só então volte para a cama.
- Se você tiver de se levantar à noite, não se exponha a uma iluminação forte e evite fumar.
- Faça exercícios (caminhada, natação, bicicleta, etc.) regulares todos os dias (ou pelo menos 3 vezes por semana), por no mínimo 30min. É aconselhável terminá-los pelo menos 4hs antes de ir dormir. Faça alongamento antes e após os exercícios e antes de dormir.
- Levante-se sempre no mesmo horário, incluindo os finais de semana.
- Após levantar-se pela manhã, exponha-se à luz (de preferência solar) por pelo menos 30 minutos. Se for ao sol em horários de risco, lembre-se do protetor solar.
- Evite cochilos, exceto por um período de 10-15min, nas 8hs seguintes após ter acordado.
- Evitar uso de estímulos externo antes de dormir, como por exemplo celular e televisão.

ANEXO II – Diário (mapa) da dor⁵

		DATA														
HORÁRIO	MANHÃ															
	TARDE															
	NOITE															
	MADRUGADA															
INTENSIDADE*	FRACA															
	MODERADA															
	FORTE															
TIPO DE DOR	CONTÍNUA															
	PULSANTE															
	PONTADAS															
OUTROS	MEDICAMENTO QUE USO															
	DURAÇÃO															
	LOCAL DA DOR															
	NAUSEAS OU VÔMITOS?															
	LUZ OU SOM INCOMODA?															
	PERÍODO MESNTRUAL?															

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

ESCALA DE COMA DE GLASGOW : Avalie da seguinte forma

GCS | EYES
at 40 | VERBAL
MOTOR

Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde



VERIFIQUE

Fatores que interferem com a comunicação, capacidade de resposta e outras lesões



OBSERVE

A abertura ocular, o conteúdo do discurso e os movimentos dos hemisférios direito e esquerdo



ESTIMULE

Estimulação sonora: ordem em tom de voz normal ou em voz alta
Estimulação física: pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supraorbitária



PONTUE

De acordo com a melhor resposta observada

Abertura ocular

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Olhos abertos previamente à estimulação	✓	Espontânea	4
Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	✓	Ao Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	✓	À pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	✓	Não testável	NT

Resposta Verbal

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	✓	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	✓	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	✓	Palavras	3
Apenas gemidos	✓	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	✓	Não testável	NT

Melhor Resposta Motora

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Cumprimento de ordens com 2 ações	✓	A ordens	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pescoço	✓	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	✓	Flexão normal	4
Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	✓	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	✓	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	✓	Não testável	NT

Locais para estimulação física

Pressão na extremidade dos dedos

Pinçamento do trapézio

Incisura supraorbitária

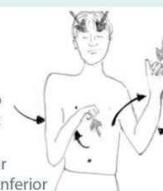


Características da resposta em flexão

Modificado com autorização a partir de Van Der Naalt
2004 Ned Tijdschr Geneeskd

Flexão anormal

Lenta
Estereotipada
Aproximação do braço relativamente ao tórax
Rotação do antebraço
Cerramento do polegar
Extensão do membro inferior



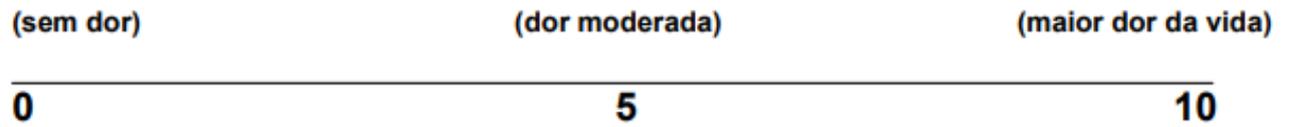
Flexão normal

Rápida
Variável
Afastamento do braço relativamente ao corpo

Para informação adicional e demonstração em vídeo visite www.glasgowcomascale.org

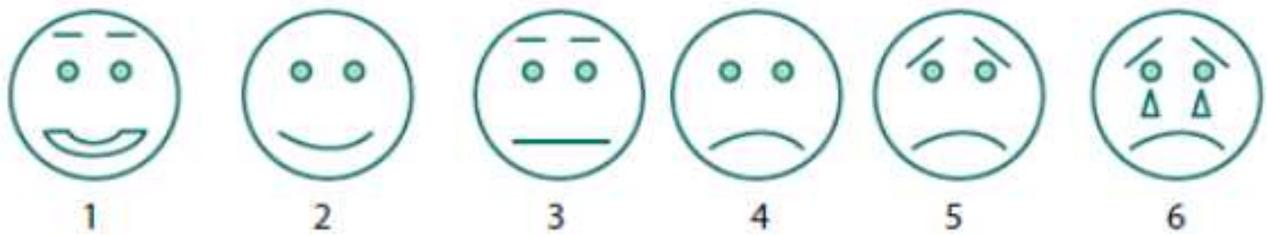
ANEXO IV – Escalas para mensuração da dor

A) Nota da Dor:



Fonte: COREN-SC,2017

B) Escala conforme expressão facial:



Fonte: Caderno de Atenção Básica nº28- BRASIL,2012.

ANEXO V – Orientações alimentares para diarreia

- 1- A diarreia caracteriza-se pela ocorrência de fezes líquidas e frequentes (normalmente acima de 3x/dia), sendo acompanhada pela perda excessiva de líquidos e sais minerais.
- 2- É recomendado utilizar pouco ou nada de açúcar e alimentos doces, pois esses alimentos fermentam no intestino e podem atrapalhar a recuperação. Se for usar alimentos diet e adoçante, é preciso evitar ou usá-los com moderação, pois são alimentos ultra processados.
- 3- Para hidratação durante o período em que estiver com diarreia, é aconselhável a ingestão do soro caseiro: misturar 1 litro de água mineral, filtrada ou fervida (já fria) com 1 colher (do tipo de cafezinho) de sal e 1 colher (do tipo de sopa) de açúcar. Mexer bem e tomar em pequenas colheradas.

Alimentos Indicados	Alimentos a Serem Evitados
<ul style="list-style-type: none"> • Chá preto e chá verde (deixar em infusão por 5 a 10 minutos); • Chás de camomila, erva doce, broto, fucus ou folha de goiabeira; • Água de coco; • Sucos “coados e naturais” de caju, goiaba ou maracujá (pode adicionar limão nos sucos); • Leites com baixo teor ou isentos de lactose, em casos de diarreia crônica; • Bolacha água e sal ou cream craker*; • Torrada industrializada* ou caseira; • Arroz; • Macarrão (exceto o instantâneo); • Banana, pera e goiaba sem casca ou cozidos, maçã com casca (a casca contém pectina); • Batata, cenoura, chuchu, abóbora, abobrinha; • Carne magra cozida ou assada sem tempero; • Frango sem pele e sem gordura cozido ou assado; • Peixe magro cozido ou assado; • Temperos suaves: salsinha, cebolinha e sal (use com moderação) 	<ul style="list-style-type: none"> • Açúcar, mel, melado e doce em geral; • Leite e derivados; • Alimentos crus; • Café; • Refrigerantes e outras bebidas que contenham gás ou açúcar; • Alimentos ricos em fibras (cereais integrais); Alimentos fermentativos (couve-flor, couve manteiga, repolho, pimentão, pepino, brócolis, cebola, rabanete, alho, nabo, batata doce, beterraba, feijão, lentilha); • Ovo; • Frituras e alimentos gordurosos; • Temperos em geral.
<p>* Conforme o Guia Alimentar da População Brasileira (2014), alimentos ultraprocessados devem ser evitados. São pobres em nutrientes essenciais e, geralmente, ricos em açúcares, gorduras <i>trans</i> e aditivos químicos (biscoitos, recheados, salgadinhos de pacotes, alimentos congelados prontos e instantâneos, embutidos, refrigerantes, adoçantes, sucos artificiais, temperos prontos, sorvetes, guloseimas etc). Um alimento é considerado ultraprocessado quando, frequentemente, apresenta 5 ou mais ingredientes em sua composição, sendo que, frequentemente são ingredientes com nomes pouco familiares e não usados em preparações culinárias (gordura vegetal hidrogenada, óleos interesterificados, xarope de frutose, emulsificantes, corantes, aromatizantes, realçadores de sabor, etc).</p>	

ANEXO VI – Orientações alimentares para azia

1. A azia ocorre por um desequilíbrio entre fatores que agridem o estômago e os que o protegem, resultando na inflamação, podendo causar dor, queimação, náusea e desconforto no estômago.
2. É importante mastigar bem os alimentos, comendo devagar.
3. Realizar as refeições em locais calmos e tranquilos, separando o ato de comer das outras atividades, como ler e assistir televisão, pois isso auxilia na melhor percepção da quantidade, qualidade e mastigação dos alimentos e, conseqüentemente, melhora a digestão.
4. É recomendado fazer pelo menos três refeições por dia (café da manhã, almoço e jantar) e pelo menos dois pequenos lanches (de preferência, frutas) na parte da manhã e da tarde, intercalando com as principais refeições.
5. O consumo de alguns alimentos tem efeito positivo no caso de gastrite/úlcera, principalmente os ricos em fibras alimentares, como maçã, mamão, banana, feijão, couve, aveia e semente de linhaça.
6. Além de serem ricos em fibras, as frutas, legumes e verduras são ricos em vitaminas e minerais, ajudando na proteção à saúde e por isso devem estar presentes diariamente nas refeições. É recomendado o consumo de frutas nas sobremesas e lanches e os legumes e verduras (saladas variadas) nas refeições principais como almoço e jantar.
7. Importante consumir alimentos com função anti-inflamatória, como atum, sardinha e anchova (ricos em ômega-3), gérmen de trigo e abacate (ricos em vitamina E), suco de couve, e gengibre.
8. Alguns chás têm função digestiva e podem melhorar os sintomas de gastrite/úlcera, como melissa, camomila, erva-cidreira e erva-doce, alecrim, hortelã. Já a espinheira santa tem função comprovada no tratamento de doenças no estômago. É recomendado não substituir a água pelo consumo de chás, procurando profissionais de saúde para prescrição da quantidade e do tempo de uso destas plantas.
9. A água é um alimento indispensável ao funcionamento adequado do corpo. Recomenda-se iniciar o dia com 1 copo de água em jejum e consumir de 1,5l a 2l diariamente, usando água tratada, filtrada ou fervida para beber, preparar refeições ou sucos e outras bebidas. É importante evitar consumir líquidos durante as refeições, preferindo entre as refeições. Dica: Leve sempre uma garrafa de água para o trabalho, a escola ou na prática de atividade física.
10. É recomendado evitar alimentos muito quentes e/ou frios que causem sensação de desconforto, verificando a tolerância individual de cada pessoa aos alimentos. Alimentos que podem causar desconforto são: café preto, chá preto, refrigerante, cebola crua, frutas ácidas, tomate e molhos prontos, panificados embutidos como salame, mortadela, salsicha, presunto e linguiça, alimentos gordurosos como frituras, sorvetes, chocolate, carnes e queijos gordos e alimentos condimentados, como pimenta, mostarda, cominho e temperos industrializados.
11. Bebidas alcoólicas são desaconselhadas, pois além de calóricas, contêm pouco ou nenhum nutriente. Podem causar desconforto e afetam a quantidade de vitaminas do complexo B e vitamina C, prejudicando o estado nutricional do indivíduo que consome.
12. A alimentação saudável e a atividade física regular em conjunto são fundamentais para a manutenção do peso saudável, a diminuição do risco de doenças e a melhoria da qualidade de vida.

ANEXO VII – Orientações alimentares para constipação

1. A constipação intestinal é considerada a frequência das evacuações menor que três vezes na semana e fezes com consistência ressecada e de difícil passagem.
2. É importante comer mais vezes durante o dia, procurando fazer pequenos lanches através da inclusão de frutas nos intervalos das refeições principais.
3. Frutas, legumes e verduras (de preferência crus e, quando possível, consumidos com casca e bagaço) são ricos em vitaminas, minerais e fibras, ajudando na proteção à saúde, diminuindo o risco do aparecimento de várias doenças e auxiliando no funcionamento intestinal e por isso devem estar presentes diariamente nas refeições.
4. A prática de atividade física regular auxilia o bom funcionamento do intestino por estimular seu movimento.
5. A água é um alimento indispensável ao funcionamento adequado do corpo. Recomenda-se iniciar o dia com 1 copo de água em jejum e consumir de 1,5l a 2l diariamente, usando água tratada, filtrada ou fervida para beber, preparar refeições ou sucos e outras bebidas. Dica: Leve sempre uma garrafa de água para o trabalho, a escola ou na prática de atividade física.
6. É importante mastigar bem os alimentos, com calma.
7. Recomenda-se evitar o uso de medicamentos e chás laxativos sem orientação de um profissional.

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

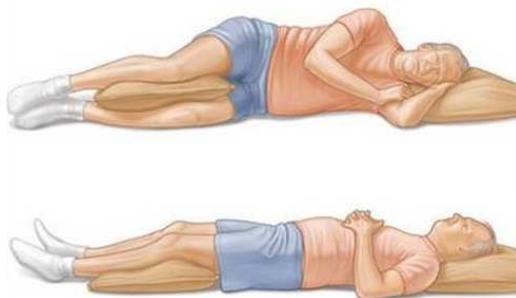
Receita 1	Ameixa seca sem caroço, suco de laranja, mamão, iogurte natural desnatado e aveia/linhaça.
Receita 2	Suco de laranja, ameixa seca sem caroço, levedura de cerveja e gérmen de trigo.
Receita 3	1 colher de sopa de linhaça deixada de molho em 1 copo de água durante a noite.
* Receita 4	3 a 7 ameixas pretas (começar com 3 unidades e aumentar se não tiver resultado) deixadas de molho em 1 copo de água tampado, durante a noite. Beber em jejum a água e comer as ameixas em seguida. Esperar 20 a 30 minutos para a próxima refeição.

Alimentos recomendados	Alimentos a serem evitados
<ul style="list-style-type: none"> • Pão integral, arroz integral, farelos, granola, aveia e linhaça, psyllium; • Hortaliças folhosas; • Frutas cruas com bagaço e casca (principalmente ameixa, laranja, abacaxi e mamão); • Iogurte natural desnatado, coalhada e leite fermentado; • Chá de cáscara sagrada, funcho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pão branco, farinhas e biscoitos refinados (brancos); • Frutas cozidas; • Doces em geral.

Fonte: Florianópolis, 2020⁶; BRASIL, 2014⁴².

ANEXO VIII – Orientações para dor lombar aguda

- A maior parte das lombalgias agudas tem causa relacionada a dor muscular, má postura e inatividade física.
- Geralmente não é necessária a realização de exames de imagem, exceto em casos de trauma.
- Evite ficar muito tempo em repouso. **Procure retomar as atividades normais o mais rápido possível.**
- Se a dor for muito intensa, utilize compressa **morna** no local.
- Para evitar novas crises e prevenir a dor crônica, **pratique exercícios físicos.**
- Posições para dormir na dor lombar aguda (preferencialmente barriga para cima):



- Pratique exercícios conforme a tolerância:

1. Se não tiver dores importantes em joelhos, sentar nos pés alongando o corpo para frente. Manter 1 minuto.



2. Puxar a perna na direção do peito, mantendo 1 minuto cada lado.



3. Com uma faixa ou cinto, alongar a perna mantendo cerca de 1 minuto cada lado (sentindo o alongamento atrás da coxa)



ANEXO IX – Orientações para dor lombar crônica

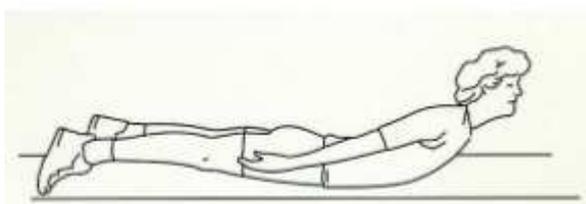
- A maior parte das lombalgias tem causa relacionada a **dor muscular, má postura e inatividade física.**
- **Geralmente não é necessária a realização de exames de imagem**, exceto em casos de trauma. Artrose, "bicos de papagaio" e outras alterações podem estar presentes mesmo em exames de quem não sente dor.
- Não é indicada a realização de repouso. **Procure retomar as atividades normais o mais rápido possível.**
- Os **exercícios são o tratamento mais indicado** nas dores crônicas.
- Mesmo que sinta dor ao realizar alguma atividade, não quer dizer que está fazendo mal. **Reduzir as atividades enfraquece os músculos e piora a dor.**
- Pratique exercícios de alongamento, fortalecimento e também os aeróbicos como caminhada ou bicicleta, que **também ajudarão no humor e bem-estar.**
- Procure outras atividades prazerosas para **desfocar da dor** e reduzir a depressão e ansiedade se for o caso. **Pessoas com crenças e atitudes positivas frente à dor tendem a melhorar mais.**



1. Com uma faixa na ponta do pé, erguer a perna sentindo alongar a coxa. Manter na posição 2 minutos cada lado.



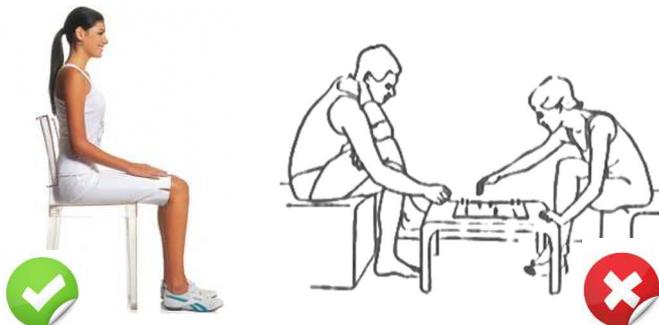
2. Exercício de ponte: com os pés apoiados, erguer o quadril. Puxe o ar na subida e solte na descida repetindo 10x.



3. De barriga para baixo, erguer a frente do corpo, puxando o ar na subida e soltando na descida. Repita 10x.

ANEXO X – Orientações ergonômicas e posturais

Sente-se da forma correta, encaixando o quadril no encosto da cadeira, evite cruzar as pernas ou usar mesas muito baixas. Não fique longos períodos sentado.



Evitar abaixar-se curvando a coluna sem dobrar os joelhos, mantendo a coluna mais ereta o possível.

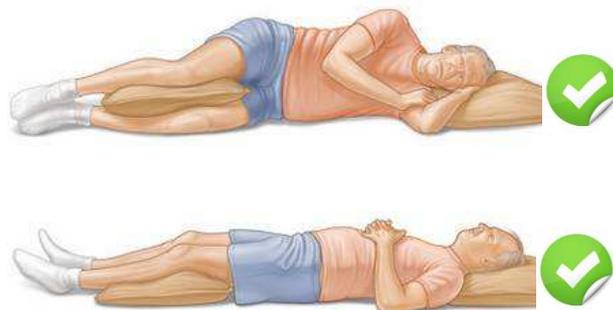


Aumente o comprimento ou compre cabos maiores para vassouras e rodos.

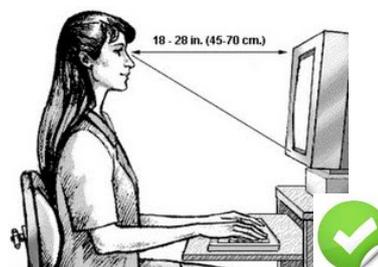


A posição correta para dormir é de lado, com um travesseiro entre as pernas, ou de barriga para cima, com um

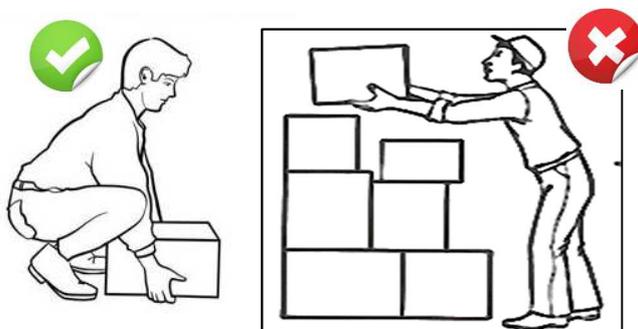
travesseiro embaixo dos joelhos. Evite colchões muito moles ou muito duros.



Ao utilizar o computador por longos períodos, mantenha a tela elevada e o mouse e teclado na altura dos cotovelos.



Pesos devem ser erguidos dobrando os joelhos, e ao transportá-los deve-se mantê-los próximo ao corpo.



MANTENHA-SE ATIVO!

Estes cuidados são importantes, mas não surtem efeito se você estiver muito sedentário. Quanto mais parado, maior é a tendência de sentir dor!

Na maioria dos casos, a dor nas costas não é perigosa – não tenha medo de se movimentar!

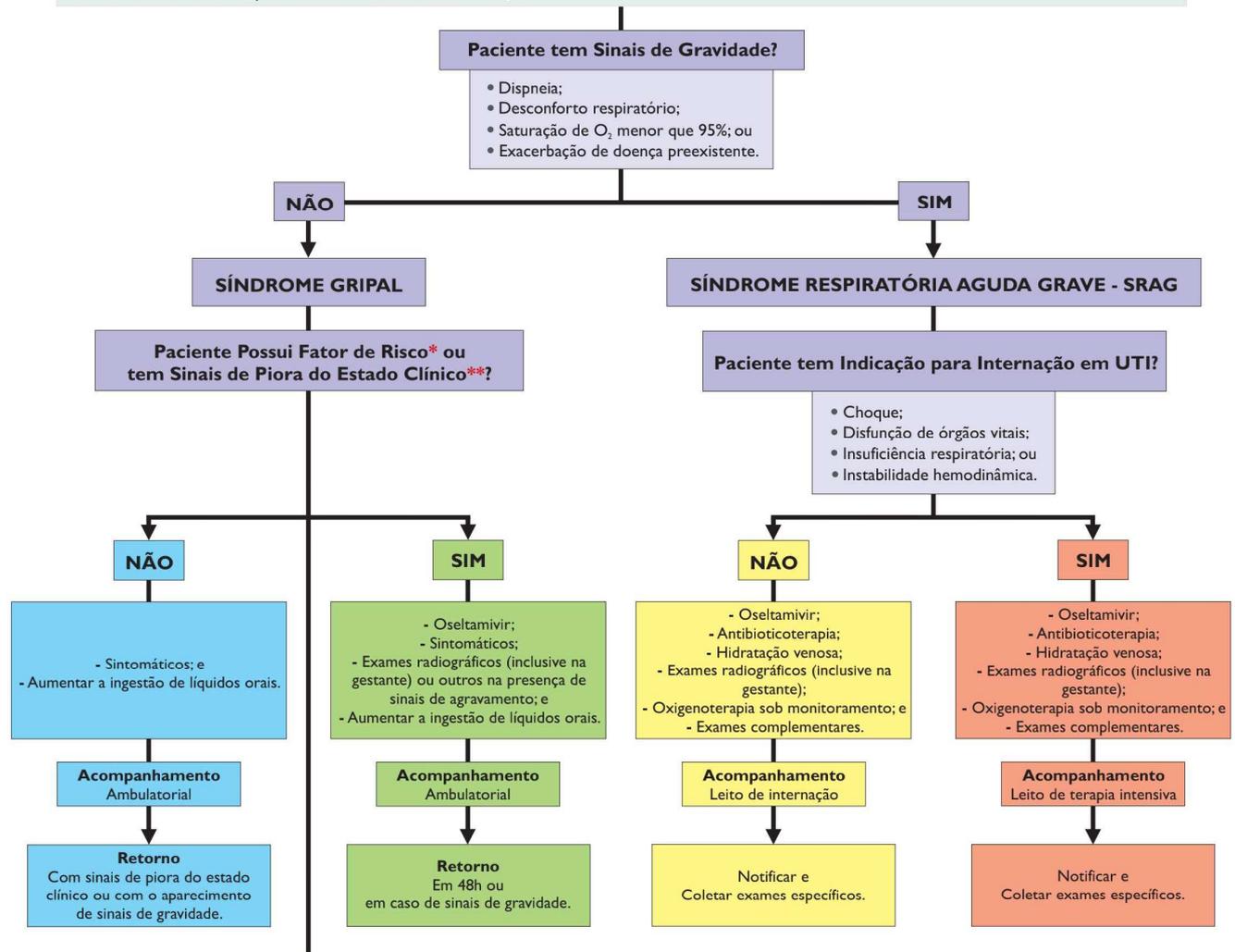
SÍNDROME GRIPAL/SRAG

Classificação de Risco e Manejo do Paciente

Síndrome Gripal

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

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



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

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

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

Quando indicado,
iniciar mesmo na suspeita clínica
GRIPE TEM TRATAMENTO



Ministério da Saúde



HIGIENE RESPIRATÓRIA

ETIQUETA DA TOSSE



ESTÁ GRIPADO? VALE A PENA SEGUIR ESTES CONSELHOS:

- ❑ **Cubra a boca e o nariz com um lenço quando tossir ou espirrar.**
- ❑ **Coloque o lenço usado no lixo.**
- ❑ **Se não dispuser de lenço, tussa ou espirre no seu antebraço, não em suas mãos, que são importantes veículos de contaminação.**
- ❑ **Limpe as mãos depois de tossir ou espirrar, lavando-as imediatamente.**
- ❑ **Lave as mãos com água e sabão frequentemente, secando-as com papel toalha.**
- ❑ **Evite sair de casa enquanto estiver com sintomas de gripe.**
- ❑ **Mantenha-se distante de locais com aglomerações de pessoas.**

São atitudes simples e fáceis de tomar no dia-a-dia que podem evitar a disseminação de vírus, bactérias e a ocorrência de infecções respiratórias.

Secretarias
Municipais de Saúde



Secretaria de
Estado da Saúde



11.01.08

1. INTRODUÇÃO

O presente guia contém informações sobre os medicamentos do Protocolo de Enfermagem: Atenção à Demanda Espontânea Cuidados ao Adulto, sendo os itens a seguir:

- Albendazol 400 mg comprimido;
- Dipirona Sódica, 500 mg/mL solução oral;
- Hidróxido de alumínio, 61,5 mg/ml suspensão oral;
- Ivermectina 6 mg comprimido;
- Paracetamol 500 mg comprimido;
- Permetrina 10 mg/mL (1%) loção;
- Sais para Reidratação Oral pó;
- Sulfadiazina de prata, 1% creme.

Este guia tem como objetivo fornecer informações relevantes de fácil acesso para auxiliar nas condutas dos profissionais, relacionadas ao Protocolo de Enfermagem: Atenção à Demanda Espontânea Cuidados ao Adulto.

2. ORIENTAÇÕES GERAIS

Listam-se as orientações gerais sobre as informações relacionadas aos medicamentos:

TÍTULO – Nome do fármaco que consta na REMUME (Relação Municipal de Medicamentos) em Denominação Comum Brasileira (DCB), e apresentação que consta no Protocolo de Enfermagem: Atenção à Demanda Espontânea Cuidados ao Adulto.

CONTRAINDICAÇÕES – Estão compiladas as contraindicações que constam no Formulário Terapêutico Nacional (2010) e/ou na bula do medicamento de referência.

PRECAUÇÕES – Incluem as contraindicações relativas e informações referentes a grupos de risco presentes no Formulário Terapêutico Nacional (2010) e/ou na bula do medicamento de referência.

EFEITOS ADVERSOS – Foram compilados os efeitos adversos mais frequentes e mais graves, presentes no Formulário Terapêutico Nacional (2010) e/ou na bula do medicamento de referência.

INTERAÇÕES DE MEDICAMENTOS – Foram incluídos efeitos sinérgicos ou antagônicos, incluindo interações contraindicadas, graves e moderadas que constam no Formulário Terapêutico Nacional (2010) e/ou na bula do medicamento de referência.

ORIENTAÇÕES AOS USUÁRIOS – Informações sobre uso do medicamento que os profissionais de saúde devem comunicar ao usuário, as quais constam no Formulário Terapêutico Nacional (2010) e/ou na bula do medicamento de referência.

Observação: Para maiores informações consultar a bula dos medicamentos, que deve estar disponível na farmácia/dispensário.

3. ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE OS MEDICAMENTOS DO PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: ATENÇÃO À DEMANDA ESPONTÂNEA - CUIDADOS AO ADULTO

ALBENDAZOL - Comprimido mastigável 400 mg	
Contraindicação¹	<ul style="list-style-type: none"> Hipersensibilidade a algum dos componentes da formulação. Não deve ser administrado durante a gravidez e nem para mulheres que planejam engravidar.
Precauções²	<ul style="list-style-type: none"> Deve-se assegurar, antes de utilizar o produto, que não há possibilidade de gravidez para mulheres em idade fértil. Recomenda-se a administração de albendazol comprimido mastigável na primeira semana da menstruação ou após o resultado negativo de um teste de gravidez. O tratamento com albendazol pode revelar casos de neurocisticercose preexistente, principalmente em áreas com alta incidência de teníase. Os usuários podem apresentar sintomas neurológicos, como convulsões, aumento da pressão intracraniana e sinais focais resultantes de uma reação inflamatória causada por morte do parasita no interior da massa encefálica.
Efeitos adversos²	<ul style="list-style-type: none"> Reações incomuns (>1/1.000 e <1/100): sintomas relacionados ao trato gastrointestinal superior (como dor epigástrica ou abdominal, náusea e vômito), diarreia, cefaleia e vertigens, leucopenia. Reações raras (≥1/10.000 e 1/1.000): reações de hipersensibilidade, que incluem rash, prurido e urticária; elevações das enzimas hepáticas. Reações muito raras (<1/10.000): eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson.
Interações de medicamentos²	<ul style="list-style-type: none"> Houve relatos de aumento dos níveis plasmáticos do metabólito ativo do albendazol com o uso de cimetidina, praziquantel e dexametasona. O ritonavir, a fenitoína, a carbamazepina e o fenobarbital podem reduzir as concentrações plasmáticas do metabólito ativo do albendazol (sulfóxido de albendazol). A

	relevância clínica é desconhecida, mas pode resultar em diminuição da eficácia, especialmente no tratamento de infecções por helmintos. Para eficácia do tratamento, os usuários devem ser monitorados e pode-se exigir regimes de doses alternativas ou terapias alternativas.
Orientações ao usuário^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> Os comprimidos podem ser mastigados ou tomados com água. Em caso de dificuldade para engolir os comprimidos inteiros, pode-se mastigá-los com um pouco de água. Alternativamente, os comprimidos podem ser triturados. Alertar para não ingerir duas doses ao mesmo tempo.
Referências	<ol style="list-style-type: none"> Formulário Terapêutico Nacional, 2010. Bula do medicamento referência: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp

DIPIRONA - Solução oral gotas 500 mg/mL	
Dose máxima diária para adultos³	<ul style="list-style-type: none"> 40 gotas, 4 vezes ao dia
Contraindicação³	<ul style="list-style-type: none"> Hipersensibilidade à dipirona ou a qualquer um dos componentes da formulação, a outras pirazonas (ex. fenazona, propifenazona) ou a pirazolidinas (ex. fenilbutazona, oxifembutazona) incluindo, por exemplo, experiência prévia de agranulocitose com uma destas substâncias; Função da medula óssea prejudicada (ex. após tratamento citostático) ou doenças do sistema hematopoiético; Usuários que tenham desenvolvido broncoespasmo ou outras reações anafilactoides (ex. urticária, rinite, angioedema) com analgésicos como salicilatos, paracetamol, diclofenaco, ibuprofeno, indometacina, naproxeno. Porfíria hepática aguda intermitente (risco de indução de crises de porfíria); Deficiência congênita da glicose-6-fosfato-desidrogenase (G6PD) (risco de hemólise).
Precauções³	<ul style="list-style-type: none"> Reações anafiláticas/anafilactoides – Constituem grupos de risco para reações anafiláticas graves relacionadas à dipirona: usuário com alergia atópica, reações cutâneas graves, asma brônquica; usuários com urticária crônica; usuários com intolerância a corantes (ex. tartrazina) ou a conservantes (ex. benzoatos); usuários com intolerância ao álcool (por ex. usuários que reagem apresentando sintomas como espirros, lacrimejamento e rubor pronunciado da face). A intolerância ao álcool pode ser indicativa da síndrome de asma analgésica prévia não diagnosticada.

	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade cruzada – Usuários que apresentam reações anafilactoides à dipirona podem apresentar um risco especial para reações semelhantes a outros analgésicos não narcóticos. • Agranulocitose induzida por dipirona é uma casualidade de origem imunoalérgica, durável por pelo menos 1 semana. Embora essa reação seja muito rara, pode ser grave que implique em risco à vida, podendo ser fatal. Não é dose-dependente e pode ocorrer em qualquer momento durante o tratamento. Todos os usuários devem ser advertidos a interromper o uso da medicação e consultar seu médico imediatamente se alguns dos seguintes sinais ou sintomas, possivelmente relacionados a neutropenia, ocorrerem: febre, calafrios, dor de garganta, ulceração na cavidade oral. Em caso de ocorrência de neutropenia (menos de 1500 neutrófilos/mm³), o tratamento deve ser imediatamente descontinuado e a contagem sanguínea completa deve ser urgentemente controlada e monitorada até retornar aos níveis normais. • Pancitopenia: em caso de pancitopenia, o tratamento deve ser imediatamente descontinuado e uma completa monitorização sanguínea deve ser realizada até normalização dos valores. Todos os usuários devem ser aconselhados a procurar atendimento médico imediato se desenvolverem sinais e sintomas sugestivos de discrasias do sangue (mal estar geral, ex., infecção, febre persistente, hematomas, sangramento, palidez) durante o uso de medicamentos contendo dipirona.
<p>Efeitos adversos³</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Distúrbios do sistema imunológico. A dipirona pode causar choque anafilático, reações anafiláticas/anafilactoides que podem se tornar graves com risco à vida e, em alguns casos, serem fatais. Estas reações podem ocorrer mesmo após a dipirona monoidratada ter sido utilizada previamente em muitas ocasiões sem complicações. Estas reações medicamentosas podem desenvolver-se imediatamente após a administração de dipirona ou horas mais tarde; contudo, a tendência normal é que estes eventos ocorram na primeira hora após a administração. Normalmente, reações anafiláticas/anafilactoides leves manifestam-se na forma de sintomas cutâneos ou nas mucosas (como: prurido, ardor, rubor, urticária, edema), dispneia e, menos frequentemente, doenças/queixas gastrintestinais. Estas reações leves podem progredir para formas graves com urticária generalizada, angioedema grave (até mesmo envolvendo a laringe), broncoespasmo grave, arritmias cardíacas, queda da pressão sanguínea (algumas vezes precedida por aumento da pressão sanguínea) e choque circulatório. Em usuários com asma analgésica, reações de intolerância aparecem tipicamente na forma de ataques asmáticos. • Distúrbios da pele e tecido subcutâneo. Além das manifestações de mucosas e cutâneas de reações anafiláticas/anafilactoides mencionadas, podem ocorrer ocasionalmente erupções medicamentosas fixas; raramente exantema, e, em

casos isolados, síndrome de Stevens-Johnson (reação alérgica grave, envolvendo erupção cutânea na pele e mucosas) ou síndrome de Lyell ou Necrólise Epidérmica Tóxica (síndrome bolhosa rara e grave, caracterizada clinicamente por necrose em grandes áreas da epiderme; confere ao usuário aspecto de grande queimadura). Deve-se interromper imediatamente o uso de medicamentos suspeitos.

- Distúrbios do sangue e sistema linfático. Anemia aplástica, agranulocitose e pancitopenia, incluindo casos fatais, leucopenia e trombocitopenia. Estas reações são consideradas imunológicas por natureza. Elas podem ocorrer mesmo após a dipirona monoidratada ter sido utilizada previamente em muitas ocasiões, sem complicações. Os sinais típicos de agranulocitose incluem lesões inflamatórias na mucosa (ex. orofaríngea, anorretal, genital), inflamação na garganta, febre (mesmo inesperadamente persistente ou recorrente). Entretanto, em usuários recebendo terapia com antibiótico, os sinais típicos de agranulocitose podem ser mínimos. A taxa de sedimentação eritrocitária é extensivamente aumentada, enquanto o aumento de nódulos linfáticos é tipicamente leve ou ausente. Os sinais típicos de trombocitopenia incluem uma maior tendência para sangramento e aparecimento de petéquias na pele e membranas mucosas.
- Distúrbios vasculares. Reações hipotensivas isoladas. Podem ocorrer ocasionalmente após a administração, reações hipotensivas transitórias isoladas (possivelmente por mediação farmacológica e não acompanhadas por outros sinais de reações anafiláticas/anafilactoides); em casos raros, estas reações apresentam-se sob a forma de queda crítica da pressão sanguínea.
- Distúrbios renais e urinários. Em casos muito raros, especialmente em usuários com histórico de doença renal, pode ocorrer piora aguda da função renal (insuficiência renal aguda), em alguns casos com oligúria, anúria ou proteinúria. Em casos isolados, pode ocorrer nefrite intersticial aguda. Uma coloração avermelhada pode ser observada algumas vezes na urina. Isso pode ocorrer devido à presença do metabólito ácido rubazônico, em baixas concentrações.
- Distúrbios gastrintestinais. Foram reportados casos de sangramento gastrintestinal.
- Distúrbios cardíacos. Síndrome de Kounis (aparecimento simultâneo de eventos coronarianos agudos e reações alérgicas ou anafilactoides. Engloba conceitos como infarto alérgico e angina alérgica).

Interações de medicamentos³

- Ácido acetilsalicílico: a dipirona pode reduzir o efeito do ácido acetilsalicílico na agregação plaquetária, quando administrados concomitantemente. Portanto, essa combinação deve ser usada com precaução em usuários que tomam baixa dose de ácido acetilsalicílico para proteção cardíaca.

	<ul style="list-style-type: none"> • Bupropiona: a dipirona pode causar a redução na concentração sanguínea de bupropiona. Portanto, recomenda-se cautela quando a dipirona e a bupropiona são administradas concomitantemente. • Ciclosporina: a dipirona pode causar redução dos níveis plasmáticos de ciclosporina. As concentrações da ciclosporina devem, portanto, ser monitoradas quando a dipirona é administrada concomitantemente. • Metotrexato: a administração concomitante da dipirona com metotrexato pode aumentar a hematotoxicidade do metotrexato particularmente em usuários idosos. Portanto, esta combinação deve ser evitada.
Orientações ao usuário	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser administrada pura e em seguida ser tomado água, ou o usuário pode diluir as gotas em um pouco de água e depois tomar água pura.
Referências	<p>3. Bula do medicamento referência. http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp</p>

HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO - Suspensão oral 61,5 mg/mL

Contraindicação⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidade ao alumínio ou a outros componentes da fórmula. <p>Apendicite, hemorragia gastrointestinal ou retal diagnosticada, hipocloridria, hemorróidas, obstrução intestinal e insuficiência renal grave.</p>
Precauções⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar o uso da dose máxima por mais de 2 semanas.
Efeitos adversos⁴	<ul style="list-style-type: none"> • O produto pode causar constipação intestinal, náuseas e vômitos, pela ação adstringente. • O uso prolongado por indivíduos ingerindo uma dieta pobre em fosfato pode provocar osteomalácia em miopatia proximal. • Alguns relatos sugerem que a encefalopatia encontrada em alguns usuários submetidos à hemodiálise pode ter como origem intoxicação pelo alumínio.
Interações de medicamentos⁴	<ul style="list-style-type: none"> • O hidróxido de alumínio não deve ser administrado concomitantemente aos antibióticos contendo tetraciclina, pois interfere na absorção do antibiótico. • O uso simultâneo com digoxina, cetoconazol, benzodiazepínicos, tetraciclínas, fenotiazidas, diflunisal, diminui a absorção destes medicamentos. • O uso com benzodiazepínicos, fenotiazinas, diflunisal, digoxina, cetoconazol, quinolonas, propranolol, atenolol, captopril, ranitidina ou ácido acetilsalicílico diminui a absorção destes medicamentos e deve ser evitado. • O uso com levodopa aumenta a absorção deste fármaco. • O hidróxido de alumínio pode reduzir o efeito terapêutico de sais de lítio.

Orientações ao usuário⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar puro ou diluído em meio copo de leite, uma hora após as refeições e/ou antes de deitar-se. • Evitar o uso rotineiro, já que a medicação não promove alívio a médio prazo. Orientar a utilização por no máximo 14 dias.
Referências	4. Bula do medicamento. https://www.ems.com.br/hidroxido-de-aluminio-615-mg-pepsamar-alivio-de-azia-generico-ems,1448.html

PERMETRINA - Loção 10 mg/mL (1%)	
Contraindicação¹	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidade à permetrina a outras piretrinas, ou a qualquer componente da fórmula.
Precauções¹	<ul style="list-style-type: none"> • Usar com cuidado nos casos de inflamação, ou corte na pele, ou escalpo (pode exacerbar prurido, edema e eritema da lesão). • Evitar contato com olhos e mucosas. • Este medicamento não deve ser aplicado se tiver alguma inflamação, ferimento, queimadura ou outros tipos de lesões no couro cabeludo.
Efeitos adversos¹	<ul style="list-style-type: none"> • Pouco frequentes: prurido, eritema, queimação local. • Raros: exantema, edema.
Interações de medicamentos¹	<ul style="list-style-type: none"> • Não há relatos de interações com o uso deste medicamento.
Orientações ao usuário¹	<ul style="list-style-type: none"> • Somente para uso externo em pele íntegra. • Em caso de contato com os olhos, lavar abundantemente com água corrente. • O usuário deve testar este medicamento em uma pequena área do couro cabeludo para saber se tem hipersensibilidade. Se o usuário apresentar coceira ou vermelhidão ou irritação no couro cabeludo, na área de teste, o produto não deverá ser aplicado. • Após o tratamento da escabiose, o prurido pode permanecer por algumas semanas; isso raramente significa falha no tratamento e não é indicativo para repetição do tratamento. • O usuário não deve usar secador de cabelo enquanto estiver usando este medicamento.
Fonte: Referências	1. Formulário Terapêutico Nacional, 2010.

IVERMECTINA - Comprimido 6 mg	
Dose máxima diária para adultos	<ul style="list-style-type: none"> 6 mg
Contraindicação ^{1,5}	<ul style="list-style-type: none"> Hipersensibilidade ao fármaco ou aos componentes da fórmula. Este medicamento é contraindicado para uso por usuários com meningite ou outras afecções do Sistema Nervoso Central que possam afetar a barreira hematoencefálica, devido aos seus efeitos nos receptores GABA-érgicos do cérebro.^{1,5}
Precauções ¹	<ul style="list-style-type: none"> O tratamento com ivermectina para infecções causadas por <i>Onchocerca volvulus</i> pode causar danos sistêmicos (reação de Mazzotti) e reações oftálmicas.
Efeitos adversos ¹	<ul style="list-style-type: none"> Diarreia, náusea, vômito, dor abdominal. Elevação sérica das enzimas hepáticas. Eosinofilia, Reação de Mazzotti em indivíduos infectados, causada por morte de microfilárias e caracterizada por artralgia ou mialgia, febre, linfadenopatia, prurido, erupções cutâneas, taquicardia, hipotensão e alterações oftálmicas. Relacionadas ao Sistema Nervoso Central: Cefaleia, tontura, desmaios, insônia, tremores, sonolência.
Interações de medicamentos ⁵	<ul style="list-style-type: none"> Não há relatos sobre interações medicamentosas com a ivermectina; no entanto, deve ser administrada com cautela a usuários em uso de fármacos que deprimem o Sistema Nervoso Central.
Orientações ao usuário ¹	<ul style="list-style-type: none"> Orientar para ingerir o medicamento com 250 mL de água e com o estômago vazio. Ingestão com alimento pode aumentar consideravelmente a biodisponibilidade da ivermectina.¹
Referências	<p>1. Formulário Terapêutico Nacional, 2010</p> <p>5. Bula do medicamento referência.</p> <p>http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp</p>

PARACETAMOL - Comprimido 500 mg	
Dose máxima diária para adultos	<ul style="list-style-type: none"> 4.000 mg

Contraindicação¹	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidade ao paracetamol ou componentes da fórmula.
Precauções¹	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência hepática. • Insuficiência renal. • Alcoolismo. • Usuários asmáticos com hipersensibilidade ao ácido acetilsalicílico (risco de hipersensibilidade cruzada). • Lactação. • O paracetamol tem pouco ou nenhum efeito anti-inflamatório ou antirreumático.
Efeitos adversos¹	<ul style="list-style-type: none"> • São raros e geralmente brandos em doses terapêuticas. • Asma, Exantema. • Distúrbios sanguíneos (trombocitopenia, leucopenia, neutropenia, pancitopenia e agranulocitose), hemorragia gástrica, hepatotoxicidade após dose excessiva ou com uso terapêutico prolongado em usuários alcoolistas aumento da bilirrubina e da fosfatase alcalina, nefrotoxicidade por uso prolongado ou excessivo. • Reações de hipersensibilidade, incluindo dispneia, hipotensão, urticária e angioedema.
Interações de medicamentos¹	<ul style="list-style-type: none"> • Anticoagulantes cumarínicos (acenocumarol, varfarina): pode aumentar o risco de sangramento. Usuários que usam varfarina ou outros anticoagulantes cumarínicos devem ser orientados a diminuir o uso de paracetamol. A interação pode ter menor relevância clínica com o uso infrequente ou em baixas doses de paracetamol. • Carbamazepina: pode aumentar o risco de hepatotoxicidade pelo paracetamol. Em doses terapêuticas usuais dos dois fármacos, não é necessário monitoramento especial do usuário. • Etanol: pode aumentar o risco de hepatotoxicidade. Deve-se ter cuidado com usuários que ingerem 3 ou mais doses de bebidas alcoólicas por dia e utilizem paracetamol. Usuários devem ser orientados a não excederem a dose diária de 4.000 mg de paracetamol. Alcoolistas crônicos devem evitar o uso de paracetamol • Fenitoína: pode diminuir a efetividade do paracetamol e aumentar o risco de hepatotoxicidade. Evitar doses elevadas e/ou uso prolongado de paracetamol. Monitorar o usuário para evidências de hepatotoxicidade. Em doses terapêuticas dos dois fármacos, geralmente não é necessário monitoramento do usuário ou ajuste de dose. • Isoniazida: pode aumentar o risco de hepatotoxicidade. O uso de paracetamol deve ser limitado em usuários que utilizam isoniazida.

	<ul style="list-style-type: none"> • Zidovudina: pode resultar em neutropenia ou hepatotoxicidade. Evitar uso prolongado e múltiplas doses de paracetamol em usuários tratados com zidovudina.
Orientações ao usuário¹	<ul style="list-style-type: none"> • Ingerir o medicamento com um copo cheio de água (cerca de 200 mL). • Ingerir com alimento se houver desconforto gástrico. • Não é seguro ingerir dose diária acima de 4.000 mg (4 g). Não exceder a dose diária recomendada pelo risco de hepatotoxicidade. • Muitas associações medicamentosas de venda livre contêm paracetamol. O uso simultâneo de várias preparações pode resultar em dose excessiva do fármaco. • Relatar sinais ou sintomas de hemorragia gastrointestinal, doença hepática (p.ex. pele ou olhos amarelados) ou doença renal. • Evitar ingestão de álcool enquanto estiver utilizando este medicamento. • Não deve ser utilizado para dor por mais que 10 dias em adultos; e nem para dor de garganta (faringite, laringite), em adultos ou crianças, por mais de 2 dias; exceto sob orientação médica, pois dor intensa por longo período ou febre recorrente pode indicar condição patológica que requer avaliação médica.¹
Referências	1. Formulário Terapêutico Nacional, 2010

SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL – PÓ	
Contraindicação¹	<ul style="list-style-type: none"> • Obstrução intestinal, perfuração do intestino, ou vômitos frequentes e ininterruptos.
Precauções¹	<ul style="list-style-type: none"> • Usar com cuidado nos casos de insuficiência renal e hipernatremia (a reidratação deve ser lenta, em cerca de 12 horas). • A reidratação oral não é apropriada nos casos de obstrução gastrointestinal ou quando a terapia de reidratação parenteral é indicada, como em desidratação grave ou vômito intratável.
Efeitos adversos¹	<ul style="list-style-type: none"> • Podem ocorrer vômitos após administração rápida. • A administração de soluções muito concentradas, ou nos portadores de insuficiência renal, pode resultar em hipernatremia e hiperpotassemia.
Interações de medicamentos¹	<ul style="list-style-type: none"> • Não foram descritas interações com outros fármacos.

Orientações ao usuário¹	<ul style="list-style-type: none"> • A solução deve ser preparada somente com água filtrada ou, preferentemente, fervida e fria. • Respeitar o volume total indicado de 1 litro. • Não ferver a solução depois de preparada. • Não misturar a solução com outros ingredientes, como açúcar. • Após a preparação, pode ser armazenada em geladeira, por um período máximo de 24 horas, depois deve ser desprezada se não for consumida.
Referências	1. Formulário Terapêutico Nacional, 2010

SULFADIAZINA DE PRATA - 1% creme	
Contraindicação¹	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidade à prata ou a sulfonamidas.
Precauções¹	<ul style="list-style-type: none"> • Usar com cuidado nos casos de deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD), insuficiência hepática, insuficiência renal, ocorrência de leucopenia após 2 a 3 dias de uso (a alteração é autolimitada; não é necessário suspender o uso da sulfadiazina de prata, mas deve-se fazer contagens sanguíneas). • Evitar uso em áreas extensas. • Suspender o tratamento se surgirem alterações hematológicas e erupções cutâneas.
Efeitos adversos¹	<ul style="list-style-type: none"> • Alteração da estrutura hematopoiética (raro), leucopenia (raro). • Prurido, irritação de pele, exantema; erupções cutâneas (infrequente); eritema multiforme. • Reações alérgicas e argiria (coloração ligeiramente acinzentada ou azulada da pele) (pouco frequentes). • Reação de imuno-hipersensibilidade. • Temperatura corpórea acima do normal, distúrbios eletrolíticos. • Cristalúria, nefrotoxicidade.
Interações de medicamentos^{1,6}	<ul style="list-style-type: none"> • Agentes desbridantes, Papaína: aplicação concomitante de papaína e formulações contendo sais de prata pode resultar na inativação da papaína como debridante enzimático. Evitar o contato da pele com formulações de metais pesados, como a sulfadiazina prata, durante o debridamento químico com a papaína. • Ácido <i>para</i>-aminobenzóico ou compostos relacionados: a prata contida na sulfadiazina de prata pode inativar os agentes enzimáticos desbridantes.

	<ul style="list-style-type: none"> • É relatado risco aumentado de leucopenia em usuários em uso de cimetidina, concomitante ao uso tópico de sulfadiazina de prata.
Orientações ao usuário¹	<ul style="list-style-type: none"> • Deve ser empregado para uso externo e não aplicar ao redor dos olhos. • Deve-se lavar as mãos antes e depois de usar o creme. • A aplicação deve ser feita com luva estéril. • Aplicar uma camada de 1,5 mm, 1 a 2 vezes ao dia.
Referências	<p>1. Formulário Terapêutico Nacional, 2010</p> <p>6. Bula do medicamento referência.</p> <p>http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp</p>

4. ORIENTAÇÕES SOBRE A PRESCRIÇÃO/ENTREGA DE MEDICAMENTOS

A tabela a seguir possui orientações específicas sobre as prescrições e as atividades de entrega/dispensação dos medicamentos que constam no Protocolo de Enfermagem: Atenção à Demanda Espontânea Cuidados ao Adulto.

Tabela- Orientações sobre condutas medicamentosas gerais do Protocolo de Enfermagem: Atenção à Demanda Espontânea Cuidados ao Adulto.

Medicamento	Condutas Medicamentosas descritas	Tipo de prescrição – Quantidade ou Duração máxima do tratamento	Indicação
Albendazol 400 mg comprimido mastigável	1 comprimido dose única Repetir esquema em 14 dias	Receituário simples – 2 comprimidos	Parasitose intestinal/verminose
	1 comprimido por dia, durante 3 dias	Receituário simples – 3 comprimidos	<i>Larva migrans</i> (bicho geográfico)
Dipirona Sódica, 500 mg/mL solução oral	20 a 40 gotas em administração única ou até o máximo de 40 gotas, 4 vezes ao dia	Receituário simples – quantidade para 2 dias (1 frasco)	Cefaleia/ dor de cabeça Dor de garganta Dor nas costas Febre Resfriado comum Míiase furunculóide

Hidróxido de alumínio, 61,5 mg/ml suspensão oral	5 ml (uma colher de chá) VO até 3x/dia (uma hora após as refeições e/ou antes de deitar-se)	Receituário simples –até 2 frascos	Azia (pirose)
Ivermectina 6 mg comprimido	1 a 3 comprimidos em dose única repetindo a dose em 7 -10 dias	Receituário simples – até 6 comprimidos	Escabiose
Paracetamol 500 mg comprimido	1 ou 2 comprimidos a cada 6 horas, se necessário, respeitando a dose máxima de 4g/dia	Receituário simples – quantidade para 2 dias	Cefaleia/ dor de cabeça Dor de garganta Dor nas costas Febre Resfriado comum Miíase furunculóide
Permetrina 10 mg/mL (1%) loção	Aplicar no cabelo conforme orientações e repetir após 7 dias	Receituário simples – até 2 frascos	Pediculose
Sais para Reidratação Oral pó	50mL/Kg a 100 mL/Kg de SRO em um período de 4h, mais perdas, se necessário.	Receituário simples – quantidade de envelopes conforme peso, por 2 dias	Diarreia
Sulfadiazina de prata 1% creme	Orientar que as trocas de curativo sejam realizadas na Unidade de Saúde	Receituário livre – curativo com Sulfadiazina de prata 1% creme	Queimadura

REFERENCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 44, de 26 de outubro de 2010.** Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências. Brasília – DF: 2010.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1).
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Training Modules for the Syndromic Management of Sexually Transmitted Infections.** 2ª edição. Genebra: World Health Organization, 2007. Disponível em: <<http://www.who.int>> Acessado em: 24 ago. 2018.
4. COREN- SC. **Protocolo de Enfermagem.** Volume 4. Atenção à demanda espontânea de cuidados no adulto. Florianópolis – SC. 2016. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Protocolo-de-Enfermagem-Volume-4.pdf> Acesso em: 01/11/2019.
5. PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Protocolo de Enfermagem.** Volume 4. Atenção à demanda espontânea de cuidados no adulto. Florianópolis – SC. 2016. Atualizado em Janeiro de 2020. Disponível [file:///C:/Users/u37452/Desktop/03_01_2020_13.14-.39.af391e91c07a754a5a66bd5cb993849c%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/u37452/Desktop/03_01_2020_13.14-.39.af391e91c07a754a5a66bd5cb993849c%20(1).pdf) em Acesso em: 26/02/2020.
6. PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE. Secretaria Municipal da Saúde. Comissão de Farmácia e Terapêutica. Coordenação de Assistência Farmacêutica. Comissão de Farmacoterapia. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) – Atenção Básica – Orientações para Profissionais de Saúde.** Joinville – SC: 2016.
7. Lowen IMV, Peres AM, Ros C, Poli Neto P, Faoro NT. **Innovation in nursing health care practice: expansion of access in primary health care.** Rev Bras Enferm (internet). 2017; 70 (5): 898-903.
8. MELLO FILHO, J. SILVEIRA, LM. **Consulta Conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde.** Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, 2005.
9. TAVARES. M. **A Prática da Atenção Primária à Saúde.** In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J.. Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, p.104.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).** Portaria GM 2436/2017. Brasília-DF, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudeleg-is/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 26/02/2020.
11. GOMES, L. C. V; RODRIGUES, M. Z. **A Consulta de enfermagem e resolutividade em Atenção Primária À Saúde.** Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção básica. Departamento de atenção básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II. Brasília-DF, 2012. Disponível: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humaniza-cao/biblioteca/documentosnorteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_ii.pdf. Acesso em 26/11/2019.
13. 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.
14. FERNANDES, J. G.; KOWACS, F. Cefaléia. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 11164-1173.
15. FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Pack Brasil Adulto: Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde.** Florianópolis-SC, 2016.
16. FALEIROS, J.J.; MACHADO, A.R.L.. Diarréia. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J.. **Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 1325-1334.

17. CIANCHETTI C. *et al.* **Treatment of migraine attacks by compression of temporal superficial arteries using a device.** In Medical Science Monitor, 2009; 15(4): 185-188. Disponível em <http://www.medscimonit.com/download/index/idArt/869619>. Acesso em 26/11/2019.
18. RIO DE JANEIRO. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. **Protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde.** Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111-921/enfermagem.pdf>. Acesso em: 26/11/2019.
19. SMITH, M. M.; ROSITO, L. P. S.. Dor de garganta. In. ROSA, A. A. A.; SOARES, J. L. M. F.; BARROS, E. **Sintomas e sinais na prática médica: consulta rápida.** Artmed: São Paulo, 2006.
20. LONDRINA. Prefeitura do Município. **Avaliação e Assistência de Enfermagem: protocolo.** Londrina-PR, 2006. Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/ima-ges/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/prot_enfermagem.pdf. Acesso em 26/11/2019.
21. FERNANDEZ, J. S; SERDEIRA A.; ZIEGLER, M. S.; SEVERO, C. M. D.; ZARDO, E. A. **Correlação do sinal de Lasègue e manobra da elevação da perna, retificada com os achados cirúrgicos em usuários com cialgia portadores de hérnia discal lombar.** Coluna/Columna [Internet]. 2012 [cited 2019 Nov 11]; 11(1): 32-34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180818512012000100006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-18512012000100006>. Acesso em 26/11/2019.
22. BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_s-aude_mulher.pdf>. Acesso em 26/11/2019.
23. DUNCAN et al. Medicina Ambulatorial. **Condutas de atenção primária baseadas em evidências.** Artmed. Porto Alegre-RS, 2014.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dermatologia na atenção básica.** Caderno de Atenção básica nº 9. Brasília-DF, 2002.
25. BRITISH MEDICAL JOURNAL. Best Practice. **Scabies:** última atualização em janeiro de 2016. Disponível em: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph-pdf/124.pdf>. Acesso em 26/11/2019.
26. PRASERES, S. J. **Tratamento de feridas:** Teoria e Prática. Porto Alegre: Moriá Editora, 2009.
27. SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. **Queimaduras.** Disponível em: sbqueimaduras.org.br. Acesso em 26/11/2019.
28. AFONSO, C.; AZEVEDO, G. A. M.; ALVES, P. **Prevenção e tratamento de feridas:** da Evidência à prática. Primeira edição, 2014. HARTMANN Portugal, 2014.
29. DUNCAN, M.S.; GOLDRAICH M. A.; CHUEILI, P. S. **Cuidados longitudinais e integrais a pessoas com condições crônicas.** In: DUNCAN, B. B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidência. 4a. ed. POA: Artmed, 2013.
30. CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Instrução Normativa nº 2.** Curitiba: Agosto de 2019. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Instrucao%20Normativa%20n%2002%20Enfermagem.pdf>. Acesso em 09/12/2019.
31. HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO. **Bula.** Disponível em: <https://consultaremedios.com.br/-hidroxido-de-aluminio/bula>. Acesso em 09/12/2019.
32. SINAL DE GIORDANO. Disponível em: <https://www.pontodosconcursos.com.br-artigo/14663/neto-paixao/sinal-de-giordano>. Acesso em 09/12/2019.
33. PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Protocolo de Enfermagem.** Volume 6. Cuidado à pessoa com ferida. Florianópolis – SC. 2019. Disponível http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_06-2019_14.54.48.a094a8bd10cad8fdad4c98021e73821a.pdf. Acesso em: 26/02/2020.
34. ALVES, J. A. **Constipação intertinal.** JBM, março/abril, 2013. V.101 n.2. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2013/v101n2/a3987.pdf>

35. CAMILLERI, M.; BHARUCHA, A.E. *et al.* — Effect of a selective chloride channel activator, Lubiprostone on gastrointestinal transit, gastric sensory, and motor functions in healthy volunteers. *Am. J. Physiol. Gastrointest. Physiol.*, 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16603730>. Acesso em 27/02/2020.
36. DOSH, S. A. — **Evaluation and treatment of constipation.** *J. Fam. Pract.*, 51: 555-9, 2002. Disponível em: <https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA87914478&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=00943509&p=AONE&sw=w>. Acesso em 27/02/2020.
37. DUNCAN, B.; SCHIMIDT, M.; GIUGLIANI, E. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
38. COFEN. **Por quê as anotações de enfermagem são importantes?** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/por-que-as-anotacoes-de-enfermagem-sao-importantes-o-uso-do-carimbo-e-obrigatorio_15619.html. Acesso em 05/03/2020.
39. CANTALE, C.R. **História Clínica Orientada a Problemas.** University of Southern California, 2003.
40. BRASIL. Ministério da Saúde. **Gripe e resfriado.** Biblioteca Virtual da Saúde. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/dicas-em-saude/2074-gripe-e-resfriado>. Acesso em: 05/03/2020.
41. BRASIL. Ministério da Saúde. **Parasitoses Intestinais.** Biblioteca Virtual da Saúde. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/dicas/74parasitoses.html>. Acesso em: 05/03/2020.
42. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar Para a População Brasileira.** 2ª ed, 1ª reimpressão. Brasília-DF, 2014. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 20/05/2020.
43. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde de Santa Catarina. **Memento Fitoterápico para a Prática Clínica na AB.** Florianópolis, 2019. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/13389>. Acesso em 20/05/2020.
44. ALMEIDA, D.C.; KRAYCHETE, D.C. **Dor lombar - uma abordagem diagnóstica.** *Revista Dor*, 18(2), 173-177, 2017.
45. MACEDO, D.D.P. **Lombalgias.** *Cienc. Cult.*, 63(2): 42-44, 2011. Available from: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000967252011000200013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252011000200013>. Acesso em 22/05/2020.
46. FERGUSON, F. **Dor Lombar.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
47. WORLD CONFEDERATION FOR PHYSICAL THERAPY. **Infográficos – Dor Crônica.** Disponível em: <https://www.wcpt.org/wptday-infographicsportuguesebrasilian?fbclid=IwAR3sVjvGJUP385ug95uA3fgV-s5BrB2OQPrw8RksK35USGcpJCBAkOtqWOW4>. Acesso em 21/05/2020.
48. BRINJIKJI, W. *et al.* **Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations.** *AJNR Am J Neuroradiol*, 36(4): 811-816, 2015.
49. BLANCO, P.H.M.B. *et al.* **Análise da confiabilidade do teste de Lasègue e do teste de Slump para verificação da tensão neural.** *Fisioterapia Brasil*, 8(2): 25-30, 2007.