INSTITUTO FEDERAL
Ceará

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO CIÊNCIA
E TECNOLOGIA DO CEARÁ - IFCE
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL - DAE

PROTOCOLOS PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM À COMUNIDADE ACADÊMICA

2026



PROTOCOLOS PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM À COMUNIDADE ACADÊMICA

2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará
Campus Juazeiro do Norte

P967 Protocolos para consulta de enfermagem à comunidade acadêmica/ Itala Keane Rodrigues Dias ... [et al.]. – Fortaleza: IFCE, 2026.

105 p. : il.

Ebook no formato PDF - 1894 KB
ISBN: 978-65-87470-68-9

1. Enfermagem Escolar. 2. Protocolos de Enfermagem. 3. Assistência de Enfermagem. I. Dias, Itala Keane Rodrigues. II. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará. III. Título.

CDD (21. ed.) 610.73

Bibliotecário responsável: João Paulo Correia Ferreira- CRB N° 3/997

AUTORES (GRUPO DE TRABALHO)

Itala Keane Rodrigues Dias
Enfermeira, COREN-CE 416.707
itala.rodrigues@ifce.edu.br

Emanoel Avelar Muniz
Enfermeiro, COREN-CE 309.943
emanoel.muniz@ifce.edu.br

Edmara Teixeira Oliveira
Enfermeira, COREN-CE 275.537
edmara.oliveira@ifce.edu.br

Denise Tomaz Aguiar
Enfermeira, COREN-CE 171.238
denise.tomaz@ifce.edu.br

Sharlene Pereira Alves
Enfermeira, COREN-CE 236.640
sharlene.pereira@ifce.edu.br

Kaline Ribeiro de Freitas
Enfermeira, COREN-CE 271.501
kaline.ribeiro@ifce.edu.br

Paulo César Teles Correia Júnior
Enfermeiro, COREN-CE 280.352
paulo.teles@ifce.edu.br

Débora Sousa Leite Ribeiro
Enfermeira, COREN-CE 397.103
debora.leite@ifce.edu.br

REVISORAS DOS PROTOCOLOS

Carla Lidiany Bezerra Silva Oliveira
Enfermeira, COREN-CE 228.494

Cleane Chaves Maia
Enfermeira, COREN-CE 186923

Fabiani Weiss Pereira
Enfermeira, COREN-CE 252.803

Juliana Alexandra Parente Sa Barreto
Enfermeira, COREN-CE 310.535

Priscila Luz Abraão
Revisora de Textos, SIAPE 1167015

COLABORADORES

Francisca Larícia da Rocha
Técnica em Enfermagem, COREN-CE 132.2589

Quezia Melo Martins
Técnica em Enfermagem, COREN-CE 657.574

Aline Oliveira Rodrigues
Técnica em Enfermagem, COREN-CE 001.048.432

Nathalia da Silva Costa Holanda
Técnica em Enfermagem, COREN-CE 827.625

Francisco de Assis Simões Neto
Diagramador, SIAPE 116023

NÚMEROS NACIONAIS DE ATENDIMENTO 24H - LIGAÇÃO GRATUITA

SAMU – 192

Bombeiros – 193

Disque-Intoxicação – 0800 722 6001

CVV - Apoio emocional – 188

Central de Atendimento à Mulher – 180

Polícia Militar – 190

Polícia Civil – 197

Defesa Civil – 199

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Escala de Cincinnati _____ 32

Figura 2 – Receita de 1 L de soro caseiro _____ 81

Figura 3 – Percentual da superfície corporal queimada no adulto e na criança _____ 96

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação da pressão arterial _____22

Quadro 2 – Identificação do grau de hidratação do paciente _____47

Quadro 3 – Avaliação do quadro de hidratação do paciente _____48

Quadro 4 – Conduta de enfermagem ao paciente com diarreia _____50

Quadro 5 – Sugestões de prescrição de coberturas _____74

Quadro 6 – Parâmetros de desidratação _____79

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 12

INTRODUÇÃO 14

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM ALTERAÇÕES GLICÊMICAS 19

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM ELEVAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL 22

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM CRISE DE ANSIEDADE 26

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM CEFALEIA 31

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM CÓLICAS MENSTRUAIS 35

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PLANEJAMENTO REPRODUTIVO 39

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM DERMATITE 42

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM DIARREIA 46

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM DISÚRIA 52

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM DOR ABDOMINAL 55

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM DOR DE GARGANTA 60

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM SANGRAMENTO NASAL (EPISTAXE) 64

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM FEBRE 67

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM FERIDA 71

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM NÁUSEAS E/OU VÔMITOS 78

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM DOR NO OUVIDO (OTALGIA) 83

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA CASOS DE PICADA POR INSETO 87

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA ACIDENTE COM ANIMAIS TRANSMISSORES DA RAIVA HUMANA 90

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM QUEIMADURA 95

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM TONTURA _____ 102

APRESENTAÇÃO

No Brasil, a enfermagem possui histórica inserção no contexto escolar por meio de campanhas de saúde pública, atividades de educação em saúde e vacinação. Esta atuação foi fortalecida com a criação de políticas e programas que buscam articular as ações dos setores de saúde e educação, com destaque para o Programa Saúde na Escola (PSE) e a Política Nacional de Assistência Estudantil (PNAES).

Esta atuação histórica obteve um importante marco regulatório em âmbito nacional mediante a Resolução COFEN nº 805/2026, que estabelece as competências, atribuições e responsabilidades dos profissionais de enfermagem na assistência à saúde em instituições de ensino públicas e privadas.

Contudo, ainda há escassez de protocolos e diretrizes que orientem os profissionais que atuam especificamente nesta área. Considera-se que, além das atividades de promoção da saúde, há uma grande demanda de atendimentos de queixas de baixa complexidade. Sob este contexto, diante da necessidade de protocolos institucionais, os profissionais de enfermagem do Instituto Federal de Educação do Ceará (IFCE) se articularam para preparar este documento.

De acordo com os registros dos atendimentos dos ambulatórios de enfermagem do IFCE, o perfil das demandas atendidas se delineia por casos de baixa complexidade, contudo há limitações de protocolos institucionais na seara da enfermagem escolar. Por meio de pesquisa bibliográfica, obteve-se apenas um documento desta natureza do Instituto Federal de Educação do Piauí (IFPI) elaborado com apoio do Conselho Regional de Enfermagem do Piauí (IFPI, 2021).

Em fevereiro de 2023, foi constituído um Grupo de Trabalho (GT) no IFCE com o objetivo de construir coletivamente protocolos para consulta de enfermagem à comunidade acadêmica. Essa elaboração se baseou nos protocolos de enfermagem do IFPI e de outras instituições, em evidências científicas e na experiência da prática clínica dos profissionais da enfermagem que atuam no IFCE.

Diversas reuniões foram realizadas durante o ano de 2023 para elaboração, discussão e revisão dos protocolos, utilizando-se como referencial metodológico o Processo de Enfermagem (PE), de acordo com a Resolução COFEN Nº 736/24 e a Classificação

Internacional da Prática de Enfermagem – CIPE® como Sistema de Linguagem Padronizada, para a definição dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

A escolha da CIPE se deu por ser uma taxonomia de abrangência internacional, gratuita, e porque os profissionais de enfermagem do IFCE já possuem conhecimento a respeito, pois receberam formação sobre este sistema de classificação que, inclusive, foi implantado nos prontuários de saúde do Sistema Unificado de Administração Pública – Suap utilizado na instituição.

O Grupo de Trabalho finalizou a minuta dos protocolos em fevereiro de 2024. Foram selecionadas vinte queixas que representam as situações clínicas mais recorrentes atendidas pelos profissionais de enfermagem nos diversos *campi* da instituição. A minuta seguiu para análise e manifestação do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, com a aprovação deste conselho em 28 de abril de 2026, conforme Ofício COREN-CE DEFIS Nº 046/2026 (ANEXO 1).

Os protocolos a seguir representam um avanço na história e nos serviços de enfermagem escolar em âmbito nacional e no IFCE. A partir desta publicação, será possível contribuir com a construção de outros protocolos e aprimorar a qualidade do cuidado de enfermagem realizado em instituições de ensino. Além disso, eles serão um guia para nortear os profissionais que atuam no contexto escolar, sobretudo os novos profissionais que ingressam na instituição, reforçando a autonomia profissional, segurança e resolutividade dos atendimentos por meio de uma rotina unificada e informada por evidências.

Os autores.

INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma categoria profissional comprometida com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade, podendo participar como integrante da equipe de saúde na defesa das políticas públicas. Os seus profissionais atuam com autonomia e baseados em preceitos éticos e legais, conhecimentos técnico-científicos e teórico-filosóficos, tendo como foco a promoção do ser humano na sua integralidade (COFEN, 2017).

A enfermagem escolar é uma área de atuação que se encontra em expansão e desenvolvimento no Brasil. A atuação da enfermagem na assistência à saúde, no âmbito das instituições de ensino públicas e privadas, tem como foco principal a realização de ações de vigilância em saúde, promoção da saúde, proteção e prevenção de agravos, bem como o desenvolvimento de atividades de atenção e cuidado à saúde, dirigidas prioritariamente aos estudantes e, quando necessário, aos demais integrantes da comunidade escolar/acadêmica, em conformidade com a legislação profissional vigente e com as políticas públicas de saúde e educação (COFEN, 2026).

A atenção à saúde na escola é um mecanismo importante para alcançar populações vulneráveis, especialmente adolescentes e jovens, e vem demonstrando resultados positivos de saúde para este público (NASN, 2018; NORTH; DOOLEY, 2020).

Pesquisas realizadas internacionalmente mostram que os enfermeiros escolares intervêm junto aos estudantes, pais e funcionários da escola para promover a saúde e o sucesso acadêmico dos estudantes. As atividades de enfermeiros escolares podem ser classificadas em quatro áreas principais: (a) promoção da saúde e prevenção de doenças, (b) triagem e tratamento de questões agudas, (c) manejo das condições crônicas e (d) apoio/suporte psicossocial (BEST; OPPEWAL; TRAVERS, 2018; LINEBERRY; ICKES, 2015).

No Brasil, um campo de atuação da enfermagem escolar é a participação de enfermeiros e técnicos de enfermagem nas equipes multiprofissionais de assistência estudantil presentes nas universidades e institutos federais de educação, inseridos na Política Nacional de Assistência Estudantil (PNAES) instituída pela Lei nº 14.914/2024. A PNAES foi organizada para ampliar e garantir as condições de permanência e o êxito dos estudantes matriculados nas instituições federais de educação superior e de educação profissional e

tecnológica, com especial atenção aos estudantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica (BRASIL, 2024).

O Instituto Federal de Educação do Ceará (IFCE) dispõe, desde 2015, de uma Política de Assistência Estudantil que tem como um de seus objetivos promover o acesso universal à saúde aos estudantes, ancorada no princípio da integralidade, reunindo ações e serviços conforme a realidade local, de modo a fortalecer a educação em saúde (IFCE, 2015). De acordo com os *"Referenciais de Atuação dos Profissionais da Assistência Estudantil do IFCE"*, os profissionais de enfermagem atuam na promoção, prevenção, assistência e vigilância à saúde de forma individual e coletiva, colaborando com o processo de ensino-aprendizagem (IFCE, 2025).

A Resolução COFEN nº 736/2024 estabelece o Processo de Enfermagem (PE) como ferramenta fundamental para organização e sistematização do cuidado em todos os contextos socioambientais, inclusive em escolas e outras instituições de ensino. Assim, o enfermeiro, ao realizar a consulta de enfermagem, deve organizá-la e registrá-la conforme as cinco etapas do Processo de Enfermagem que são, inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas, a saber: 1) Avaliação de Enfermagem; 2) Diagnóstico de Enfermagem; 3) Planejamento de Enfermagem; 4) Implementação de Enfermagem; e 5) Evolução de Enfermagem.

Os diagnósticos, os resultados e os indicadores, as intervenções e ações/atividades de enfermagem podem ser apoiados nos Sistemas de Linguagem Padronizada de Enfermagem (SLPE), em protocolos institucionais e com os melhores níveis de evidências científicas (COFEN, 2024). Dentre os SLPE existentes, destaca-se a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem - CIPE®, como uma terminologia padronizada, ampla e complexa, que representa o domínio da prática de enfermagem no âmbito mundial. É considerada, também, uma tecnologia de informação que proporciona a coleta, o armazenamento e a análise de dados de enfermagem em uma variedade de cenários, linguagens e regiões geográficas (GARCIA, 2018).

O Modelo de Sete Eixos da CIPE® é constituído pelos conceitos: foco, julgamento, ação, localização, meios, tempo e cliente que facilita a composição de afirmativas, que podem ser organizadas de modo a se ter acesso rápido a agrupamentos de "enunciados preestabelecidos de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem". Outra possibilidade são os Catálogos CIPE®, direcionados a clientelas (indivíduo, família e

comunidade), a prioridades de saúde (relacionadas a condições específicas de saúde, ambientes ou especialidades de cuidado) ou a fenômenos de enfermagem (Garcia, 2018).

Nesse sentido, pesquisa realizada em 2020, durante a pandemia da covid-19, com os jovens estudantes do IFCE, no que se refere aos aspectos de saúde: 40,1% percebiam seu estado de saúde como bom; 35,1% regular; 14,5% ótimo; 8,5% ruim; e 1,8, péssimo; 27,3% dos alunos informaram possuir algum problema de saúde, e, destes, 46,7%, dois ou mais. No que se refere aos problemas de saúde mais frequentes, os estudantes relataram ansiedade, asma, escoliose, gastrite, depressão e enxaqueca. Já em relação aos principais motivos para atendimento com os profissionais de enfermagem no IFCE citaram cefaleia, ansiedade, mal-estar e cólica menstrual (MUNIZ, 2022).

Considerando que no Brasil o escopo de práticas do enfermeiro no ambiente escolar não se encontra regulamentado e que há uma escassez de protocolos clínicos nesta área, profissionais da enfermagem do IFCE tomaram a decisão de construir coletivamente este documento com protocolos que irão nortear a consulta de enfermagem na instituição para os atendimentos das principais queixas dos atendimentos ambulatoriais. Destaca-se que nas intervenções referentes à prescrição de medicamentos por enfermeiro deve-se observar a Resolução COFEN nº 801/2026.

Além disso, são diversas as vantagens apontadas para o uso de protocolos de assistência: maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos. Ainda como vantagens, os protocolos facilitam o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado (COREN, 2017).

Espera-se que estes protocolos ajudem a nortear e qualificar a prática dos profissionais de enfermagem do IFCE, principalmente no atendimento às queixas clínicas mais comuns no atendimento à demanda espontânea, reforçando a autonomia e resolutividade dos profissionais, e contribuindo para tornar o ambiente escolar mais saudável e produtivo.

REFERÊNCIAS

BEST, N.C.; OPPEWAL, S.; TRAVERS, D. Exploring School Nurse Interventions and Health and Education Outcomes: An Integrative Review. **The Journal of School Nursing**, Silver Spring, v. 34, n.1, p. 14-27, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1177/1059840517745359. Acesso em: 06 jan. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 94.406/87**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 08 jun. 1987. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html. Acesso em: 08 mai. 2023.

BRASIL. **Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-dejunho-de-1986_4161.html. Acesso em: 08 mai. 2023.

BRASIL. **Lei nº 14.914, de 3 de julho de 2024**. Institui a Política Nacional de Assistência Estudantil (PNAES). Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.914-de-3-de-julho-de-2024-569928638 Acesso em 18 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 805 de 24 de março de 2026**. Estabelece diretrizes para a atuação dos Profissionais de Enfermagem no âmbito das instituições de ensino públicas e privadas que disponibilizem assistência à saúde, definindo competências, atribuições e responsabilidades dos profissionais de Enfermagem. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-805-de-24-de-marco-de-2026/ Acesso em 10 jul. 2026.

_____. **Resolução COFEN nº 736 de 17 de janeiro de 2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. 2024. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/ Acesso em: 02 fev. 2024.

_____. **Resolução COFEN nº 564/2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 08 mai. 2023.

_____. **Resolução COFEN Nº 801 de 14 de janeiro de 2026.** Estabelece diretrizes para a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro, e dá outras providências. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-801-de-14-de-janeiro-de-2026/

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem.** São Paulo COREN-SP 2017. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf. Acesso em 22 fev. 2024

INSTITUTO FEDERAL DO CEARÁ. Diretoria de Assuntos Estudantis – DAE. **Referenciais de atuação dos Profissionais da Assistência Estudantil.** v.2. Fortaleza: IFCE, 2025. Disponível em: https://portal.ifce.edu.br/documents/6026/Referenciais_de_Atua%C3%A7%C3%A3o_dos_Profissionais_da_Assist%C3%AAncia_Estudantil_-_Volume_0_qTudotO.pdf Acesso em 18 ago. 2025

_____. Diretoria de Assuntos Estudantis – DAE. **Regulamento da Política de Assistência Estudantil do IFCE.** Fortaleza: IFCE, 2015. Disponível em: https://ifce.edu.br/espaco-estudante/assistencia-estudantil/politica-de-assistencia-estudantil-do-ifce/regulamento-da-politica-de-assistencia-estudantil-do-ifce.pdf/view. Acesso em 08 mai. 2023

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Protocolo de enfermagem para atendimento de baixa complexidade no âmbito do Instituto Federal do Piauí (IFPI)**. Teresina: IFPI, 2021. Disponível em: https://www.ifpi.edu.br/noticias/profissionais-de-enfermagem-do-ifpi-discutem-novo-modelo-assistencial-da-area/protocolo. Acesso em: 08 mai. 2023.

GARCIA, T. R. (Org.). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)®**: versão 2017. Porto Alegre: Artmed, 2018.

LINEBERRY, M.J.; ICKES, M.J. The Role and Impact of Nurses in American Elementary Schools: A Systematic Review of the Research. **The Journal of School Nursing**, Silver Spring, v. 31, n.1, p. 22-33, 2015. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1177/1059840514540940. Acesso em: 27 dez. 2018.

MUNIZ, E.A. **Desenvolvimento e validação de um guia de enfermagem escolar**: estratégias de promoção da saúde com jovens estudantes. 2022. 219 f.: il. Tese (Doutorado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2022.

NACIONAL ASSOCIATION OF SCHOOL NURSES. **Position Statements, Position Briefs, Joint Statements**. Silver Spring: NASN, 2018.

NORTH, S.; DOOLEY, D.G. School-Based Health Care. **Primary Care**: Clinics in Office Practice, Maryland Heights, v.47, n.2, p. 231–240, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.pop.2020.02.003. Acesso em: 24 dez. 2021.

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM ALTERAÇÕES GLICÊMICAS

Elaboração	**Revisão**	**Aprovação**
Emanoel Avelar Muniz Enfermeiro, COREN-CE 309.943	Grupo de Trabalho Carla Lidiany Bezerra Silva Oliveira Enfermeira, COREN-CE 228.494	Grupo de Trabalho

DEFINIÇÃO

Suscetibilidade à variação dos níveis séricos de glicose em relação à faixa normal que pode comprometer a saúde.

Sinais e Sintomas comuns na alteração glicêmica:

- Poliúria
- Polidipsia
- Perda inexplicada de peso
- Polifagia
- Fadiga, fraqueza e letargia
- Visão turva
- Prurido vulvar ou cutâneo

Principais fatores de risco:

- Tabagismo
- Alcoolismo
- Obesidade;
- Dislipidemia
- Sedentarismo
- Fatores genéticos

Outra condição associada:

- Gravidez

Tabela 1: Valores de referência de glicemia capilar, de acordo com o Ministério da Saúde, 2013.

Categoria	Glicemia de jejum*	TTG: duas horas após 75 g de glicose	Glicemia casual**	Hemoglobina glicada (HbA1C)
Glicemia normal	<110	<140	<200	
Glicemia alterada	>110 e <126			
Tolerância diminuída à glicose		≥140 e <200		
Diabetes mellitus	<126	≥ 200	200 (com sintomas clássicos***)	>6,5%

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Identificar o paciente (socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade, lazer, religião, rede familiar, vulnerabilidades)
- Investigar os antecedentes familiares e pessoais de comorbidades/doenças
- Identificar as queixas atuais
- Investigar hábitos de vida
- Avaliar altura, peso, circunferência abdominal e IMC
- Aferir a pressão arterial com a pessoa sentada e deitada
- Avaliar as alterações da visão
- Examinar a cavidade oral, com atenção para a presença de gengivite, problemas odontológicos e candidíase
- Avaliar a frequência cardíaca e respiratória e ausculta cardiopulmonar
- Realizar avaliação da pele quanto a sua integridade, turgor, coloração e manchas
- Avaliar os membros inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIPE

- Hiperglicemia
- Hipoglicemia
- Capaz de executar o autocuidado
- Capaz de manejar (controlar) o regime medicamentos

INTERVENÇÕES - CIPE

- Gerenciar glicose sanguínea
- Gerenciar hiperglicemia
- Gerenciar hipoglicemia
- Medir (ou verificar) glicose sanguínea
- Encaminhar para serviço de emergência
- Arranjar (organizar) serviço de transporte
- Monitorar condição neurológica
- Monitorar glicose sanguínea
- Relatar condição a membro da família
- Obter dados sobre ingestão de alimentos

- Prover (proporcionar, fornecer) alimento
- Obter dados sobre comportamento de exercício físico
- Orientar sobre medicação
- Orientar paciente
- Orientar sobre dieta
- Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre medicação
- Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre nutrição
- Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde
- Encaminhar para nutricionista
- Administrar medicação

Outras intervenções

- Encaminhar o paciente para consulta odontológica de acordo com o resultado da avaliação da cavidade oral

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

- Nível de glicose sanguínea nos limites normais

REFERÊNCIAS

Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020 [recurso eletrônico] /[NANDA International]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 2019 Português do Brasil. Disponível em [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%Aas%20do%20Brasil.pdf] . Acesso em: 28 fev. 2024.

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM ELEVAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Elaboração	**Revisão**	**Aprovação**
Sharlene Pereira Alves Enfermeira, COREN-CE 236.640	Grupo de Trabalho	Grupo de Trabalho

DEFINIÇÃO

Quadro caracterizado pela suscetibilidade a forças flutuantes de sangue fluindo através dos vasos arteriais, o que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco para elevação da pressão arterial:

Obesidade, histórico familiar, hábito de fumar, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estresse, consumo exagerado de sal, níveis altos de colesterol, sedentarismo e uso de medicamentos.

Quadro 1 - Classificação da Pressão Arterial

Classificação	**Pressão Sistólica**	**Pressão Diastólica**
Pressão normal ótima	abaixo de 120 mmHg	abaixo de 80 mmHg
Pressão normal	120 a 129 mmHg	80 a 84 mmHg
Pré-hipertensão	130 - 139 mmHg	85 - 89 mmHg
Hipertensão estágio 1	140 a 159 mmHg	90 a 99 mmHg
Hipertensão estágio 2	maior ou igual a 160 mmHg	maior ou igual a 100 mmHg

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020).

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Identificar o paciente (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade, lazer, religião, rede familiar, vulnerabilidades e potencial para o autocuidado)
- Investigar antecedentes familiares e pessoais (agravos à saúde)
- Investigar queixas atuais, principalmente as indicativas de lesão de órgão-alvo, tais como: tontura, cefaleia, alterações visuais, dor precordial, dispneia, paresia, parestesias, edema e lesões de membros inferiores
- Investigar medicações e suplementações em uso e presença de efeitos colaterais
- Investigar os hábitos de vida: alimentação; sono e repouso; atividade física;

higiene; funções fisiológicas

- Identificar fatores de risco (hipertensão arterial sistêmica, diabetes, tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo e estresse)
- Verificar altura, peso, circunferência abdominal e IMC
- Verificar a pressão arterial com a pessoa sentada e deitada
- Verificar sinais vitais a frequência cardíaca e respiratória
- Verificar pulso radial e carotídeo
- Investigar alterações da visão
- Avaliar a pele quanto a integridade, turgor, coloração e manchas
- Fazer avaliação da cavidade oral (dentes, prótese, queixas, dores, desconfortos, data do último exame odontológico)
- Examinar o tórax (ausculta cardiopulmonar) e abdômen
- Examinar os membros superiores e inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas); pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIPE

- Pressão arterial alterada

INTERVENÇÕES - CIPE

- Avaliação da aceitação do estado de saúde
- Avaliação do autocuidado
- Avaliação do sistema circulatório
- Avaliação do estado nutricional
- Avaliação do estado fisiológico
- Avaliação do sono
- Avaliação do nível de estresse
- Avaliação da adesão ao regime terapêutico
- Medir a pressão arterial
- Medir a respiração
- Monitorar a pressão arterial

- Exame físico
- Monitorar sinais vitais
- Avaliação do estado neurológico
- Encaminhar para serviço de saúde/UBS
- Encaminhar hospital
- Encaminhar ao médico
- Encaminhar ao nutricionista
- Encaminhar ao odontólogo
- Orientação educacional
- Obter dados sobre comportamento de exercício físico
- Obter dados sobre nível de estresse
- Obter dados sobre tabagismo
- Orientar sobre medicação
- Orientar sobre abandono de tabagismo
- Orientar sobre abuso de álcool
- Orientar sobre abuso de drogas
- Orientar sobre dieta
- Orientar sobre efeitos colaterais da medicação
- Orientar sobre exercício físico
- Encaminhar para Serviço de Emergência
- Administrar medicação

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

- Verificar evolução dos sinais e sintomas apresentados no início do quadro (tontura, vômito, cefaleia, dor epigástrica)
- Avaliar controle da pressão arterial
- Encaminhar para serviço de saúde em caso de persistência e/ou agravamento dos sintomas

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Brasil: Ministério da Saúde, 2014. 128 p.

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 2019 Português do Brasil. Disponível em [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%Aas%20do%20Brasil.pdf]. Acesso em: 28 fev. 2024.

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM CRISE DE ANSIEDADE

Elaboração	**Revisão**	**Aprovação**
Edmara Teixeira Oliveira. Enfermeira. COREN-CE 275.537	Grupo de Trabalho	Grupo de Trabalho

DEFINIÇÃO

Uma resposta emocional a uma ameaça difusa em que o indivíduo antecipa perigo iminente não específico, catástrofe ou infortúnio. O paciente pode apresentar sinais e sintomas comportamentais/emocionais; fisiológicos e cognitivos a saber:

1. Comportamentais/Emocionais:

- Choro fácil
- Diminuição da produtividade
- Expressa angústia
- Expressa ansiedade sobre eventos de vida alterados
- Expressa insegurança
- Expressa pavor intenso
- Desamparo
- Maior cautela
- Insônia
- Humor irritável
- Nervosismo
- Agitação psicomotora
- Redução do contato visual
- Comportamento de escaneamento (caracterizado por movimentos da face e da cabeça que indicam o escaneamento ambiental para a localização de possíveis ameaças)
- Comportamento autocentrado

2. Fisiológicas:

- Padrão respiratório alterado (dispneia, taquipneia, hiperventilação)
- cefaleia, tonturas e parestesia
- Anorexia/inapetência
- Reflexos rápidos

- Aperto no peito
- Extremidades frias
- Diarreia
- Boca seca
- Expressa dor abdominal
- Expressa sensação de desmaio
- Expressa fraqueza muscular
- Expressa tensão
- Aumento da pressão arterial
- Aumento da frequência cardíaca
- Aumento da transpiração
- Náusea
- Dilatação da pupila
- Voz trêmula
- Relata o ciclo de sono-vigília alterado
- Relata palpitações cardíacas
- Relata formigamento nas extremidades
- Vasoconstrição superficial
- Tremores
- Hesitação urinária
- Urgência urinária
- Sinais vitais alterados

3. Cognitivas:

- Atenção alterada
- Confusão
- Diminuição do campo perceptual
- Déficit de atenção
- Déficit de memória a curto, médio e longo prazos
- Expressa esquecimento
- Expressa preocupação
- Relato de bloqueio de pensamentos

- Pensamentos catastróficos
- Hipervigilância
- Medo de perder o controle
- Ruminação

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Observar/investigar sinais e sintomas comportamentais/emocionais; fisiológicos e cognitivos apresentados e direcionar as intervenções a partir desta investigação

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIPE

- Ansiedade

INTERVENÇÕES - CIPE

- Obter dados sobre ansiedade
- Avaliar uso do tabaco
- Avaliar abstinência
- Avaliar abuso de substâncias
- Avaliar aceitação do estado de saúde
- Avaliar adesão ao regime terapêutico
- Avaliar a ansiedade
- Avaliar autocuidado
- Avaliar medo
- Avaliar cognição
- Avaliar conhecimento sobre a doença
- Avaliar equilíbrio
- Avaliar humor
- Avaliar sinais de desconforto
- Avaliar sono
- Avaliar *status* fisiológico
- Avaliar *status* psicológico

- Avaliar *status* respiratório
- Avaliar tontura
- Aconselhar sobre medos
- Demonstrar técnica de relaxamento
- Encorajar afirmações positivas
- Ensinar sobre técnica de respiração
- Facilitar capacidade para comunicar sentimentos
- Gerenciar ansiedade
- Gestão da crise
- Monitorizar sinais vitais
- Promover apoio da família
- Promover autoeficácia
- Promover autogestão de sintomas
- Promover esperança
- Referenciar para profissional de saúde
- Referenciar para serviço de emergência
- Implementar precauções ao suícidio
- Promover exercícios
- Terapia acupressiva (se o profissional possuir formação na área)

Outras intervenções:

- Identificar quando os sintomas da ansiedade se devem a situações estressoras racionais orientando quanto à naturalidade dos sentimentos ansiosos em algumas situações
- Identificar quando os sintomas da ansiedade se devem a situações estressoras irracionais ou medos. Oferecer informações exatas e encorajar a falar sobre o significado dos eventos para o paciente
- Intervir quando possível para remover a fonte de ansiedade
- Usar técnicas de toque terapêutico e toque de cura
- Ensinar ao paciente/família como identificar os sintomas da ansiedade
- Promover práticas integrativas complementares tais como: Reiki, aromaterapia, auriculoterapia, imaginação guiada, meditação, etc

- Encaminhar ao psicólogo do campus quando houver
- Encaminhar para os serviços de assistência de saúde mental
- Identificar a presença de sintomas depressivos
- Investigar ocorrência de automutilação, pensamento suicida ou tentatativa de suicídio
- Fazer notificação dos casos de automutilação e tentativa de suicídio conforme determinado pelo Ofício-Circular nº 20/2020/DAE/REITORIA-IFCE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

- Identificar e verbalizar os sintomas de ansiedade
- Identificar, verbalizar e demonstrar técnicas para controlar a ansiedade
- Verbalizar a ausência ou redução na angústia subjetiva
- Obter sinais vitais basais ou que reflitam diminuição na estimulação simpática
- Obter posturas, expressões faciais, gestos e níveis de atividade que reflitam diminuição da ansiedade
- Demonstrar melhora na concentração e exatidão de pensamentos
- Identificar e verbalizar precipitantes da ansiedade, conflitos e ameaças
- Demonstrar retorno de aptidões básicas em solucionar problemas
- Demonstrar aumento no foco externo
- Demonstrar capacidade de confiar em si mesmo
- Mostra boa adesão ao tratamento
- Ansiedade, Reduzida

REFERÊNCIAS

Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2021-2023. Porto Alegre: Artmed. Acesso em: 02 out. 2023.

LADWIG, Gail B.; ACKLEY, Betty J.. **Guia de Diagnóstico de Enfermagem**: Mosby. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 928 p.

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 2019 Português do Brasil. Disponível em [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%Aas%20do%20Brasil.pdf]. Acesso em: 28 fev. 2024.

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM CEFALEIA

Elaboração: Débora Sousa Leite Ribeiro Enfermeira, COREN 397.103	**Revisão:** Grupo de Trabalho	**Aprovação:** Grupo de Trabalho

DEFINIÇÃO

A cefaleia, popularmente conhecida como dor de cabeça, é um sintoma que precisa ser considerado como sinal de alerta, uma vez que sua ocorrência pode estar relacionada a problemas de maior gravidade. Pode ser episódica ou contínua, envolvendo ou não estruturas orgânicas na etiologia da dor (SANVITO; MONZILLO, 1997).

Algo muito importante ao manejar um caso de cefaleia no primeiro contato é realizar a diferenciação entre cefaleia primária e secundária.

- **Cefaleia primária**: é aquela em que os sintomas não podem ser ligados a uma etiologia definida, sendo estas as mais prevalentes, como a enxaqueca (migrânea) e a cefaleia tensional.
- **Cefaleia secundárias**: são aquelas que possuem algum outro problema associado e que seja possível 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.

Outras causas que podem resultar em cefaleia:

- Exposição excessiva à telas
- Sono insuficiente
- Doenças crônicas
- Uso de medicação
- Estresse
- Dificuldade para enxergar/problemas na visão

Sinais de alerta do paciente com queixa de cefaleia:

- Início abrupto de forte intensidade
- Febre, rigidez de nuca, convulsões
- Dor hemicraniana, sempre ocorrendo no mesmo lado da cabeça
- Anormalidades identificadas no exame físico neurológico (difusas ou focais)

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Identificar o paciente
- Investigar as características da cefaleia (intervalo entre as crises, pródromos - sensação de que a enxaqueca/cefaleia está começando)
- Investigar a dor (instalação, características, localização e irradiação/projeção, duração, frequência, horário, periodicidade, sintomas iniciais e associados, fatores desencadeantes - fatores de melhora e piora
- Investigar antecedentes pessoais e hereditários de comorbidades/doença, uso de medicamentos, eventos adversos e reações alérgicas, alterações no sono e exposição às telas
- Mensurar a dor de acordo com a escala analógica de 1 a 10
- Verificar sinais vitais
- Examinar cabeça e pescoço
- Verificar acuidade visual
- Realizar exame clínico neurológico
- Em caso de cefaleia associado à tontura, solicitar ao paciente que se levante da posição sentada sem apoio; solicitar ao paciente que ande na ponta dos pés e calcanhares; observar a marcha; realizar teste de equilíbrio (Teste de Romberg), que avalia o equilíbrio estático com o paciente em pé e de olhos fechados
- Investigar sinais de irritação meníngea (pesquisar se há rigidez de nuca)
- Investigar a presença de sinais e sintomas de infecções
- Realizar Escala de Cincinnati se suspeita de AVC, conforme Figura 1.

Figura 1: Escala de Cincinnati



Fonte: Brasil, 2013.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIPE

- Dor

INTERVENÇÕES - CIPE

- Estimular a ingestão hídrica
- Oferecer alimento
- Orientar sobre hábitos alimentares (não ficar muito tempo sem alimentação)
- Orientar sobre higiene do sono
- Encaminhar ao hospital
- Encaminhar ao serviço de saúde
- Administrar medicação
- Fornecer medicação
- Orientar uso de medicação
- Entrar em contato com a família
- Comunicar ao setor pedagógico
- Aplicar compressa

Outras intervenções

- Realizar teste de Snellen
- Encaminhar ao médico
- Encaminhar ao psicólogo
- Auriculoterapia
- Instruir o paciente a fazer compressão das artérias temporais (acima do arco zigomático por pelo menos 10 minutos
- Se acuidade visual alterada encaminhar ao oftalmologista
- Observar sinais de gravidade

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

- Dor, Ausente

REFERÊNCIAS

Cavalheiro JT, Ferreira GL, Souza MB, Ferreira AM. Intervenções de enfermagem para pacientes com dor aguda. **Rev. enferm. UFPE on line**; 13(3): 632-639, mar. 2019.

Prefeitura de Catanduva. Secretaria de Saúde. Protocolo de enfermagem à demanda espontânea. 2019. Disponível em: [Protocolo de Enfermagem - Atenção à Demanda Espontânea.pdf (storage.googleapis.com)]. Acesso em 29 Fev. 2024

Universidade Federal de Santa Catarina. Eventos agudos na atenção básica - cefaleia. Florianópolis UFSC 2013. Disponível em: [www.unasus.ufsc.br.]. Acesso em: 29 Fev. 2024

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Protocolo de enfermagem para atendimento de baixa complexidade no âmbito do Instituto Federal do Piauí (IFPI)**. Teresina: IFPI, 2021. Disponível em: https://www.ifpi.edu.br/noticias/profissionais-de-enfermagem-do-ifpi-discutem-novo-modelo-assistencial-da-area/protocolo. Acesso em: 13 jun. 2023.

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 2019 Português do Brasil. Disponível em: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%Aas%20do%20Brasil.pdf]. Acesso em: 28 fev. 2024.

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM CÓLICAS MENSTRUAIS

Elaboração:	**Revisão:**	**Aprovação:**
Edmara Teixeira Oliveira. Enfermeira, COREN-CE 275.537	Grupo de Trabalho Carla Lidiany Bezerra Silva Oliveira	Grupo de Trabalho

DEFINIÇÃO

Também chamada de dismenorreia, a cólica menstrual é caracterizada por dor no baixo ventre durante a menstruação. A dor pode ocorrer com a menstruação ou precedê-la em 1 a 3 dias. A dor tende a alcançar a intensidade máxima 24 horas após o início da menstruação e diminuir após 2 a 3 dias. Normalmente é lancinante, mas pode ser dor em cólica, latejante ou vaga e constante; pode irradiar-se para as pernas.

A dismenorreia pode ser:

- **Primária** (mais comum): Não é possível explicar os sintomas da dismenorreia por doenças ginecológicas estruturais. Admite-se que a dor resulte de isquemia e contrações uterinas, provavelmente mediadas por prostaglandinas (p. ex., prostaglandina F2-alfa, um potente estimulante e vasoconstritor do miométrio) e outros mediadores inflamatórios produzidos no endométrio secretor e, possivelmente, associadas a contrações uterinas prolongadas e à diminuição do fluxo sanguíneo para o miométrio.
- **Secundária** (decorrente de alterações pélvicas): Os sintomas da dismenorreia secundária são decorrentes de anomalias pélvicas. Quase qualquer anormalidade ou processo que pode afetar as vísceras pélvicas pode causar dismenorréia. Pode estar associada a problemas como malformações uterinas, endometriose, miomas, uso de dispositivo intrauterino (DIU), doença inflamatória pélvica, dentre outros.

A anamnese e o exame físico são suficientes para diagnóstico de dismenorreia primária, que se inicia de 6 a 12 meses após a menarca, com o início dos ciclos ovulatórios. Sintomas sistêmicos ocorrem em cerca de 50% das vezes e podem estar associados, tais como cefaleia (60%), dor lombar, náuseas e vômitos (80%), diarreia (50%), irritabilidade (30%) e adinamia (fraqueza)(45%) (MARJORIBANKS *et al*, 2010).

A revisão dos sistemas deve incluir os sintomas concomitantes como náuseas cíclicas,

vômitos, distensão abdominal, diarreia e fadiga. A história clínica deve identificar causas estabelecidas, envolvendo endometriose, adenomiose uterina ou mioma. Deve-se questionar sobre os métodos de contracepção, perguntando, especificamente, sobre o uso de DIU. A história cirúrgica anterior deve identificar procedimentos que aumentem o risco de dismenorreia, como conização cervical e ablação endometrial.
A história sexual deve incluir história antiga ou recente de abuso sexual ou outros eventos traumáticos.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Investigar idade de início da menstruação, duração e a magnitude do fluxo, o período entre as menstruações, variabilidade do período e a relação das menstruações com os sintomas, idade em que os sintomas começaram; natureza e gravidade
- Identificar fatores que aliviam ou pioram os sintomas (incluindo os efeitos dos contraceptivos); grau de perturbação da vida diária; efeito sobre a atividade sexual
- Investigar presença de dor pélvica não relacionada à menstruação
- Verificar resposta a paracetamol ou anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)
- Investigar alergias a medicamentos

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIPE

- Dor aguda

INTERVENÇÕES - CIPE

- Administrar medicação
- Administrar medicação para dor
- Aplicar compressa quente
- Avaliar a dor
- Avaliar controle da dor
- Avaliar hiperalgesia
- Avaliar náusea
- Avaliar risco de violência

- Avaliar sinais e sintomas de infecção
- Avaliar uso de contraceptivo
- Ensinar sobre comportamento de busca de saúde
- Ensinar sobre comportamento sexual
- Ensinar sobre cuidados pré-natais
- Exame físico
- Gerir sintomas
- Identificar atitude face à dor
- Implementar cuidados de conforto.
- Monitorizar sinais e sintomas de infecção
- Monitorizar sinais vitais
- Promover exercícios
- Referenciar para serviço de emergência
- Terapia acupressiva se possuir formação na área
- Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

- Identificar e verbalizar os sintomas das cólicas menstruais
- Verbalizar a ausência ou redução na dor/desconforto
- Obter sinais vitais estáveis
- Obter posturas, expressões faciais, gestos e níveis de atividade que reflitam diminuição da dor/desconforto
- Identificar a compreensão da prescrição medicamentosa
- Investigar adesão ao tratamento

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

Pinkerton, JV. **Dismenorreia.** 2023. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/anormalidades-menstruais/dismenorreia. Acesso em: 05 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

Goiás, Governo do Estado de (org.). 2019. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/biblioteca/7589-dismenorreia. Acesso em: 05 out. 2023.

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 2019 Português do Brasil. Disponível em [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%Aas%20do%20Brasil.pdf]. Acesso em: 28 fev. 2024.

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Elaboração	**Revisão**	**Aprovação**
Ítala Keane Rodrigues Dias Enfermeira, COREN-CE 416.707	Grupo de Trabalho	Grupo de Trabalho

DEFINIÇÃO

Todas as pessoas, com ênfase nos adolescentes, têm o direito de receber atendimento no planejamento reprodutivo sem qualquer forma de ameaça ou discriminação, com garantia de consentimento informado e esclarecido, de privacidade e de sigilo. Podem ser atendidas mesmo quando desacompanhadas, ou se assim desejarem. Os serviços de saúde devem fornecer atendimento integral baseado nas melhores evidências científicas, antes mesmo do início da atividade sexual e reprodutiva, a fim de auxiliá-las na abordagem positiva e responsável de sua sexualidade, incentivando comportamentos de prevenção e de autocuidado.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Identificar o paciente
- Avaliar criteriosamente a possibilidade de gravidez. A gestação deverá ser questionada e descartada, por meio do questionamento da Data da Última Menstruação (DUM) e da oferta de teste rápido de gravidez, se necessário, quando disponível no ambulatório
- Verificar a data em que ocorreu a relação sexual sem uso de anticoncepcional
- Identificar os dias de esquecimento do uso do contraceptivo de rotina e as datas que ocorreram relações sexuais
- Investigar se ocorreu algum tipo de violência sexual
- Investigar a presença de sinais e sintomas de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), a exemplo de corrimento, feridas, verrugas, entre outras
- Realizar inspeção local na presença de queixas de sinais e sintomas sugestivos de ISTs

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIPE

- Risco de gravidez indesejada

- Risco de infecção
- Vítima de agressão sexual (ou estupro)

INTERVENÇÕES - CIPE

- Obter dados sobre comportamento sexual
- Obter dados sobre uso de contraceptivo
- Orientar sobre planejamento familiar
- Encaminhar para Serviço de Planejamento Familiar
- Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde
- Orientar sobre uso de contraceptivo
- Prevenção de gestação (gravidez)
- Orientar sobre comportamento sexual
- Aconselhar sobre comportamento sexual
- Prover (proporcionar, fornecer) caixa de pílulas anticoncepcionais
- Orientar sobre efeitos colaterais da medicação
- Orientar sobre medicação
- Administrar medicação
- Teste Diagnóstico
- Relatar resultado de teste
- Avaliar condição de imunização
- Orientar sobre vacina

Outras intervenções

- Fornecer preservativos (conforme disponibilidade no ambulatório)
- Estimular o uso de 2 (dois) métodos contraceptivos: preservativo junto de outro método hormonal de escolha
- Realizar testes rápidos de HIV, sífilis, hepatite B e C, gravidez, quando disponíveis, ou encaminhar para os serviços de referência
- Encaminhar para imunização de vacina contra HPV vítimas de violência sexual
- Encaminhar para imunização de vacina contra hepatite e imunogloulina humana anti-hepatite B pessoas suscetíveis (não vacinadas) expostas a portadores conhecidos ou potenciais do vírus da hepatite B (VHB) por agressão sexual, o mais

precocemente possível, no máximo até 14 dias após a exposição

- Denunciar a violência sexual através do disque 100 ou 180, do Conselho Tutelar ou das delegacias de proteção à infância e adolescência ou da mulher
- Encaminhar para psicólogo, se necessário.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

- Prevenção de gestação (gravidez)
- Adesão ao regime terapêutico

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 300 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Anticoncepção de Emergência:** perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno3_saude_mulher.pdf>. acesso em 08 de março de 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos** Especiais [recurso eletrônico]. 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

_____. Ministério da Saúde**.Instrução normativa que instrui o calendário nacional de vacinação - 2023**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/arquivos/instrucao-normativa-calendario-nacional-de-vacinacao-2023>. Acesso em 18 de novembro de 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Coordenação-Geral de Articulação do Cuidado Integral. Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente NOTA TÉCNICA Nº 2/2024-CACRIAD/CGACI/DGCI/SAPS/MS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-2-2024.pdf>

Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul. Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Ministério da Saúde. Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros. Distrito sanitário especial indígena – Mato Grosso do Sul. **Protocolo de Enfermagem em Saúde da Mulher na Atenção Primária à Saúde.** Disponível em: <http://ms.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/11/PROTOCOLO-DE-ENFERMAGEM-EM-SA%C3%9ADE-DA-MULHER-NA-ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%C3%9ADE.pdf>Acesso em: 22 de setembro de 2023.

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 2019 Português do Brasil. Disponível em [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%Aas%20do%20Brasil.pdf]. Acesso em: 28 fev. 2024.

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM DERMATITE

Elaboração: Denise Tomaz Aguiar Enfermeira, COREN-CE 171.238	**Revisão:** Grupo de Trabalho	**Aprovação:** Grupo de Trabalho

DEFINIÇÃO

Dermatite é uma inflamação cutânea que acomete várias áreas do corpo, a qualquer idade. Em geral, causa prurido (coceira), bolhas, vermelhidão, ardência, queimação, inchaço e, muitas vezes, exsudação, crostas e descamação.

As dermatites podem ser causadas por alergias, efeitos colaterais de medicamentos, fatores genéticos, banhos quentes e agentes externos, como: tecidos sintéticos, plantas, metais, produtos químicos, produtos de limpeza e cosméticos.

Existem diferentes tipos de dermatite: dermatite de contato, dermatite alérgica, dermatite atópica, dermatite seborreica, dermatite herpetiforme e dermatite ocre. Os sintomas e as causas dependem do tipo da dermatite.

- **Dermatite de contato/alérgica:** é causada por um agente externo que causa irritação e/ou alergia quando entra em contato com a pele, geralmente nas mãos ou na face; apresenta coceira, vermelhidão, erupção cutânea, descamação da pele e inchaço.
- **Dermatite atópica:** causada por fatores genéticos, imunológicos e ambientais; apresenta lesões vermelhas que coçam, formam crostas e podem ou não descamar; é a doença crônica mais comum nas crianças.
- **Dermatite seborreica:** afeta principalmente o couro cabeludo e regiões mais oleosas, como laterais do nariz, orelhas, pálpebras e sobrancelhas, mas também tem como sintoma vermelhidão, aparecimento de manchas e descamação; tem causa desconhecida mas sabe-se que está relacionada a alterações nas glândulas sebáceas e componentes imunológicos.
- **Dermatite herpetiforme:** sem causa definida, no entanto sabe-se que a piora dos sintomas está relacionada à intolerância ao glúten; provoca o aparecimento de bolhas que coçam muito e apresentam queimação intensa.
- **Dermatite ocre:** acontece em regiões do corpo que apresentam distúrbio na circulação do sangue; apresenta manchas arroxeadas ou marrons por causa do acúmulo de sangue.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Identificar o paciente.
- Investigar história pessoal ou familiar de atopia/alergia
- Investigar tipos de exposição ocupacional, exposição prolongada ao sol ou outras formas de radiação
- Investigar doenças sistêmicas (diabetes, hepatite C).
- Investigar uso de fármacos
- Investigar história de viagens
- Investigar história de lesões cutâneas incluindo tempo e localização inicial do aparecimento, disseminação, alteração na aparência e fatores desencadeantes
- Avaliar lesões existentes: tipo de lesão, textura, localização, distribuição e cor
- Avaliar a recorrência dos sintomas

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIPE

- Integridade da pele, prejudicada
- Risco de integridade da pele, prejudicada
- Dor cutânea
- Pele, Seca
- Lesão
- Risco de lesão
- Infecção
- Risco de infecção

INTERVENÇÕES - CIPE

- Cuidados com a pele
- Implementar regime de cuidados com a pele
- Manter integridade da pele
- Obter dados sobre a pele
- Obter dados sobre autocuidado com a pele
- Obter dados sobre autoestima
- Obter dados sobre autoimagem

- Obter dados sobre integridade da pele
- Orientar sobre autocuidado com a pele
- Tratar condição da pele
- Obter dados sobre lesão
- Prevenir lesão mecânica
- Prevenir lesão química
- Tratar lesão
- Realizar curativo
- Trocar curativo
- Orientar troca de curativo
- Encaminhar ao médico
- Administrar medicação
- Fornecer medicação
- Orientar sobre uso de medicação/adesão ao tratamento
- Contato com familiar

Outras intervenções

- Orientar sobre prevenção e cuidados com a pele, como:
- Evitar mudanças bruscas de temperatura
- Evitar roupas apertadas, usar roupas de algodão ou de tecidos macios
- Hidratar a pele todos os dias
- Evitar desencadeadores (alérgenos e substâncias irritantes)
- Identificar os fatores que provocam os sintomas para evitá-los
- Limitar a frequência e a duração das lavagens e banhos
- Limitar a temperatura da água dos banhos a morno
- Evitar a fricção excessiva ao secar a pele depois do banho, secar a pele com movimentos suaves
- Aplicar pomadas ou cremes – produtos à base de ceramida
- Reduzir estresse emocional a fim de ajudar a interromper o ciclo de prurido-coçar
- Aplicar compressas frias em casos de lesões por contato
- Aplicar curativos secos a úmidos para que possam eliminar a exsudação, secar a pele

e promover a cura, a depender das lesões

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

- Avaliar resposta ao tratamento
- Avaliar reações da pele aos cuidados preventivos
- Integridade da Pele, Eficaz
- Integridade da Pele, Melhorada

REFERÊNCIAS

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 2019 Português do Brasil. Disponível em [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%Aas%20do%20Brasil.pdf]. Acesso em: 28 fev. 2024.

Sociedade Brasileira de Dermatologia. Dermatite de contato. 2023. Disponivel em: [https://www.sbd.org.br/doencas/dermatite-de-contato/] Acesso em 05 jun. 2023.

MANUAL MSD – versão para profissionais de saúde. Disponível em: [https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-dermatol%C3%B3gicos/dermatite/dermatite-at%C3%B3pica-eczema] Acesso em: 16 mar. 2023.

MANUAL MSD – versão para profissionais de saúde. Disponível em: [https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-dermatol%C3%B3gicos/abordagem-ao-paciente-dermatol%C3%B3gico/descri%C3%A7%C3%A3o-das-les%C3%B5es-cut%C3%A2neas] Acesso em: 18./07/.2023.

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM DIARREIA

Elaboração: Kaline Ribeiro de Freitas Enfermeira, COREN-CE 271.501	**Revisão:** Grupo de Trabalho	**Aprovação:** Grupo de Trabalho

DEFINIÇÃO

Defecação, Prejudicada: Passagem de fezes soltas, líquidas e não formadas; aumento da frequência de eliminação, acompanhado por aumento dos ruídos intestinais, cólicas e urgência de defecação. podendo estar relacionada com hipertensão arterial sistêmica, diabetes, doenças cardíacas, doenças hepáticas, doenças pulmonares crônicas, insuficiência renal, alergia ou intolerância alimentar, ser portador de HIV/Aids, ser intolerante a algum alimento, medicações. Outras causas podem iniciar o quadro de diarreia como alergia ao leite de vaca, deficiência de lactase, apendicite aguda, uso de laxantes e antibióticos, intoxicação por metais pesados.

A diarreia infecciosa pode ser transmitida de forma direta - por contato de pessoa a pessoa, ou de forma indireta - por água e alimentos. Diversos agentes etiológicos patogênicos podem ocasionar a diarreia, como bactérias, vírus, fungos, parasitos intestinais oportunistas como *Giardia lamblia, Entamoeba histolytica,* entre outros. A investigação etiológica da diarreia não é obrigatória em todos os casos, devendo apenas ser realizada nos casos graves e em pacientes hospitalizados.

De acordo com o Ministério da Saúde (2021), Doenças Diarreicas Agudas (DDAs) fazem parte de um grupo de doenças infecciosas gastrointestinais, autolimitadas, com duração de até 14 dias, com as seguintes características:

- Ocorrência de, no mínimo, 3 episódios em 24 horas, podendo ser acompanhada por náuseas, vômito, febre e dor abdominal;
- Em alguns casos, há presença de muco e sangue, denominado de disenteria;
- Pode ocasionar quadros leves a graves de desidratação e distúrbios hidroeletrolíticos.

A Organização Mundial da Saúde (2005) classifica a doença diarreica em 3 categorias:

- **Diarreia aguda aquosa:** Com duração até 14 dias, com perda de grande volume de fluido podendo causar desidratação. A desnutrição pode ocorrer, caso a alimentação não tenha sido mantida. Pode ser causada por bactérias e vírus.
- **Diarreia aguda com sangue (disenteria):** Presença de sangue nas fezes (representando lesão na mucosa intestinal). Bactérias do gênero Shigella são as principais causadoras.

- **Diarreia persistente:** Quando se estender por 14 dias ou mais, podendo ocasionar desidratação e desnutrição. Elevada gravidade e letalidade.

Sinais de alerta:

- Piora da diarreia (ex.: aumento da frequência ou do volume)
- Vômitos repetidos
- Sangue nas fezes
- Diminuição da diurese
- Muita sede
- Recusa de alimentos

Desidratação:

É resultante do volume de líquido diminuído, ou perda de líquidos corporais. Pode ser ocasionado por diarreia, vômitos, exposição ao calor, uso de diuréticos, diminuição da ingestão de água, entre outros.

Quadro 2 - Identificação do grau de hidratação do paciente

	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%

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Identificar o paciente (nome completo, idade, endereço de residência)
- Avaliar história de viagem recente a lugares endêmicos ou não endêmicos para doenças infecciosas
- Avaliar história de doença que possa estar relacionada com o quadro clínico ou interferir no manejo da diarreia

- Colher histórico de medicação (qual medicação faz uso)
- Identificar duração da diarreia atual; características das fezes (consistência e presença de sangue ou muco); e frequência e volume das evacuações
- Investigar ocorrência de febre (duração), tenesmo (tentativa dolorosa de evacuar) e cãibras
- Verificar sinais vitais
- Verificar sinais de desidratação (conforme Quadro 2)
- Verificar presença de icterícia
- Identificar nível de consciência (confuso, sonolento)
- Avaliar o quadro de hidratação do paciente para definição do plano de tratamento adequado

Quadro 3: Avaliação do quadro de hidratação do paciente

ETAPAS	**PLANO A (sem desidratação)**	**PLANO B (com desidratação)**	**PLANO C (com desidratação grave)**
Estado geral	Ativo, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico, letárgico ou inconsciente
Olhos	Sem alteração	Fundos	Fundos
Sede	Sem sede	Sedento, bebe rápido e avidamente	Não é capaz de beber
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Boca/língua	Úmida	Seca ou levemente seca	Muito seca
Sinal da prega abdominal	Desaparece imediatamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Cheio	Cheio	Fraco ou ausente

Fonte: BRASIL, 2017a. (adaptado).
PLANO A: Prevenir a desidratação no domicílio;
PLANO B: Tratar a desidratação por via oral no estabelecimento de saúde;
PLANO C: Tratar a desidratação grave por via endovenosa no estabelecimento de saúde/hospital.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIPE

- Diarreia
- Desidratação
- Risco de diarreia
- Risco de desidratação
- Infecção
- Condição Nutricional, Prejudicada

INTERVENÇÕES - CIPE

- Avaliar condição gastrointestinal
- Obter dados sobre diarreia
- Obter dados sobre risco de desidratação
- Obter dados sobre comportamento de ingestão de alimentos ou líquidos
- Colaborar na terapia com líquidos (ou hidratação)
- Gerenciar diarreia
- Gerenciar desidratação
- Orientar sobre manejo (controle) da diarreia
- Orientar sobre desidratação
- Orientar sobre padrão de ingestão de alimentos
- Orientar sobre higiene
- Observar sinais de infecção
- Monitorar sinais vitais
- Monitorar ingestão de líquidos
- Oferecer bebida (ou líquidos)
- Prover (proporcionar, fornecer) alimento
- Administrar medicação
- Encaminhar para nutricionista
- Encaminhar ao Serviço Auxiliar de Saúde
- Encaminhar ao Serviço de Emergência

Outras intervenções

- Em caso em que se identificar desnutrição grave em e o paciente estiver hidratado, encaminhá-lo para tratamento no estabelecimento de saúde. Em caso de desidratação, iniciar imediatamente a reidratação e encaminhá-lo para o estabelecimento de saúde.
- Orientar sobre a importância de medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos).
- Não prescrever anti diarreicos em caso de diarreia de origem infecciosa, pois pode aumentar os sintomas de dor abdominal e mal estar, além de diminuir a motilidade intestinal.

- Na presença de algum sinal de alerta, levar imediatamente a um estabelecimento de saúde para atendimento.

Quadro 4 - Conduta de enfermagem ao paciente com diarreia

PLANO	CONDUTA	OBSERVAÇÃO
A	Prescrever líquidos caseiros (água, chá, suco, água de coco, sopas) ou solução de Sais de Reidratação Oral (SRO) após cada evacuação diarreica e episódio de vômito, em pequenas quantidades e maior frequência; 1 copo no mínimo – 300 ml após perdas, ingerindo conforme aceitação. Caso não ocorra melhora em dois dias e o paciente apresentar qualquer um dos sinais de alerta, encaminhá-lo de imediato ao estabelecimento de saúde.	Orientar o paciente a não tomar refrigerantes, nem adicionar açúcar no chá ou suco e manter a alimentação habitual para prevenir a desnutrição.
B	Em caso de pacientes que se enquadrem nesse plano, será necessário encaminhá-los a um estabelecimento de saúde mais próximo. O SRO será administrado até o desaparecimento dos sintomas de desidratação; A quantidade de SRO oferecida dependerá da sede do paciente; Em caso de vômitos persistentes em adultos e crianças com mais de 10 anos (mais de 30 kg) prescrever/administrar: - 1 comprimido de Cloridrato de Ondansetrona 8 mg via oral. ATENÇÃO: Não utilizar ondansetrona em gestantes.	O paciente deve permanecer no estabelecimento de saúde até a reidratação completa. Caso desapareça os sinais de desidratação, utilizar o PLANO A; Caso o paciente evolua para desidratação grave, seguir o PLANO C.
C	Em caso de pacientes que se enquadrem nesse plano, será necessário encaminhá-los a um estabelecimento de saúde/hospital mais próximo. Administrar reidratação endovenosa no ambiente hospitalar.	Os PLANOS B e C não se aplicam na vivência do enfermeiro escolar.

- Não existindo condições de encaminhar para unidade hospitalar, é necessário orientar sobre a ingesta de SRO e manter a alimentação habitual, a fim de buscar atendimento em unidade de saúde o mais rápido possível. Na presença de algum sinal de alerta, levar imediatamente a um estabelecimento de saúde para atendimento.
  1. Avaliar a hidratação do paciente seguindo o Quadro 3;
  2. Identificar o grau de desidratação do paciente conforme Quadro 2;
  3. Identificar o plano de tratamento ideal conforme Quadro 4;

4. Realizar prescrição de enfermagem de acordo com plano de tratamento.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

- Avaliar resposta à terapia com líquidos (ou hidratação)
- Avaliar resposta ao tratamento
- Controle da diarreia
- Diarreia, Ausente
- Hidratação, Adequada
- Ingestão de Alimentos, Melhorada

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manejo do paciente com diarreia**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf. Acesso em: 27 jun. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde**. Guia de Vigilância em Saúde**: volume único. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf. Acesso em: 30 jun. 2023.

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 2019 Português do Brasil. Disponível em [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%Aas%20do%20Brasil.pdf]. Acesso em: 28 fev. 2024.

DE OLIVEIRA, Rute Filipa da Rocha. Relação entre desidratação nos idosos e o seu estado de cognição. **TC Porto**, 2020. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/128516/2/412093.pdf>. Acesso em: 14 set 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Gastroenterologia. Guia Prático de Atualização. **Diarreia Aguda:** diagnóstico e tratamento. n. 1, 2017. Disponivel em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Guia-Pratico-Diarreia-Aguda.pdf. Acesso em: 04 jul. 2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE. Secretaria Municipal da Saúde. **Atenção à demanda espontânea de cuidado ao adulto.** Protocolo de Enfermagem. Joinville – SC: 2020. Disponível em: https://www.joinville.sc.gov.br/public/portaladm/pdf/jornal/62c9232f98dd9b891e74956f9196480e.pdf. Acesso em: 10 de mar. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Treatment of Diarrhoea** – A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers (WHO/CAH/03.7). Geneva: WHO, 2005. 44p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43209/9241593180.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 03 jul. 2023.

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM DISÚRIA

Elaboração	**Revisão**	**Aprovação**
Sharlene Pereira Alves Enfermeira, COREN-CE 236.640	Grupo de Trabalho	Grupo de Trabalho

DEFINIÇÃO

Sensação de ardência, queimação ou desconforto ao urinar, podendo vir ou não acompanhada de outros sintomas, tais como:

- **Polaciúria:** aumento na frequência de urinar, sem que necessariamente ocorra alteração no volume urinário;
- **Urgência miccional:** forte impulso para urinar, podendo acompanhar ou não a polaciúria;
- **Hematúria:** presença de sangue na urina, que pode ser microscópica (percebida no exame bioquímico) ou macroscópica (visualizada por meio da observação a olho nu da urina, com alteração da cor e/ou turvação).

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Identificar o paciente
- Investigar a presença de sintomas gerais (febre, mal-estar, dor lombar ou nas articulações) relacionados à ocorrência de traumas, manipulação prévia do canal urinário e/ou presença de lesões de pele
- Investigar queixas de ISTs (corrimentos uretrais e vaginais) ou outras doenças concomitantes
- Investigar antecedentes pessoais de alterações no sistema urinário
- Avaliar o início dos sintomas, duração e histórico anterior da queixa.

OBS: Sintomas importantes que acompanham a disúria: febre, dor lombar, corrimento uretral ou vaginal e sintomas de irritação vesical (frequência, urgência) ou obstrução (hesitância, gotejamento terminal)

- Investigar características da urina (sanguinolenta, turva ou com mau cheiro)
- Investigar características do corrimento (fino, líquido, espesso, purulento)
- Investigar o comportamento sexual (com proteção, sem proteção, utilização de irritantes potenciais ao períneo)

- Perguntar se realizou algum procedimentos recentemente (cistoscopia, sondagem, cirurgia, hospitalização recente)
- Confirmar a possibilidade de grávidez
- Investigar o uso de medicamentos, ingestão de alimentos ou bebidas que podem causar os sintomas
- Verificar sinais vitais
- Realizar inspeção e palpação abdominal. Observar a presença ou não do sinal de Giordano (percussão com a mão em forma de punho no dorso do paciente no nível da 11° e 12° costela)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIPE

- Micção, Prejudicada
- Dor
- Infecção
- Risco de infecção urinária
- Infecção do trato urinário

INTERVENÇÕES - CIPE

- Obter dados sobre micção
- Avaliar condição geniturinária
- Obter dados sobre condição urinária
- Obter dados sobre sinais e sintomas de infecção
- Orientar sobre infecção
- Monitorar sinais vitais
- Orientar sobre prevenção de infecção cruzada
- Prevenir infecção
- Administrar medicação
- Encaminhar para serviço comunitário
- Gerenciar terapia com líquidos (ou hidratação)
- Orientar sobre terapia com líquidos (ou hidratação)
- Terapia com líquidos (ou hidratação)

Outras intervenções

- Encaminhamento para consulta médica diante da ocorrência de sinais e sintomas de infecção no trato urinário

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

- Avaliar a resposta ao tratamento
- Micção, Eficaz
- Avaliar resposta ao tratamento

REFERÊNCIAS

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

KAYLIE, D.M. **Disúria**. Manual MSD - versão para Profissionais da Saúde. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-do-ouvido,-nariz-e-garganta/abordagem-ao-paciente-com-doen%C3%A7a-otol%C3%B3gica/tontura-e-vertigem Acesso em: 22 de março de 2023.

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 2019 Português do Brasil. Disponível em [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%Aas%20do%20Brasil.pdf]. Acesso em: 28 fev. 2024.

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM DOR ABDOMINAL

Elaboração: Ítala Keane Rodrigues Dias Enfermeira, COREN-CE 416.707	**Revisão:** Grupo de Trabalho	**Aprovação:** Grupo de Trabalho

DEFINIÇÃO

A definição de dor abdominal aguda é bastante arbitrária, já que não está estabelecida uma duração específica para ela. Quadros que duram poucos dias, com piora recente, configuram claramente uma dor abdominal aguda; quadros com instalação por meses ou anos configuram dor abdominal crônica.

A dor abdominal aguda há combinação de lesão tecidual, dor e ansiedade. Pacientes com dor abdominal crônica podem apresentar exacerbações agudas de uma doença desconhecida ou mesmo de uma doença crônica de base.

O principal objetivo do atendimento é a suspeição de causas agudas graves (que necessitam de encaminhamento rápido para outros níveis de atenção) e determinar quais pacientes podem ser observados ou tratados sintomaticamente.

Principais causas de dor abdominal aguda não cirúrgica

- Dismenorreia
- Dispepsias
- Cólica renal
- Doença Inflamatória Pélvica (DIP)
- Constipação intestinal

O abdome agudo pode ser classificação, segundo a natureza do processo determinante:

- Inflamatório
- Perfurante
- Obstrutivo
- Hemorrágico
- Vascular

Sinais de gravidade que demandam encaminhamento:

- Dor intensa ou piora brusca com sinais de deterioração
- Defesa abdominal/rigidez
- Distensão abdominal importante

- Trauma importante
- Suspeita de causa cirúrgica
- Dor abdominal aguda sem etiologia evidente

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Identificar o paciente (faixa etária, sexo, ocupação)
- Investigar as características da dor: localização, irradiação, caráter, intensidade, duração, evolução, fatores desencadeantes ou agravantes, fatores de alívio e relação com as funções orgânicas
- Investigar história pregressa (história de IST, cirurgias prévias, fatores de risco para doenças cardiovasculares e viagem recente)
- Investigar história familiar: ênfase a doenças intestinais e comunicantes com quadros agudos
- Investigar uso de medicamentos
- Investigar período do ciclo menstrual e contracepção
- Investigar presença de sinais e sintomas sistêmicos: perda ponderal significativa, febre, adenomegalias, fadiga, ganho de peso, sudorese noturna, adinamia
- Investigar presença de sinais e sintomas digestivos: náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, distensão abdominal, eructações, pirose, plenitude pós-prandial, empachamento (sensação de repleção gástrica), sinais ou sintomas de colestase (icterícia, colúria, acolia (ausência de bile) e prurido), hemorragia digestiva (hematêmese, melena, enterorragia, hematoquezia (fezes com sangue vermelho vivo)), hepato-esplenomegalia
- Investigar presença de sinais e sintomas extradigestivos: artrite/artralgia, dor pleural, urgência miccional, dispareunia, dismenorreia, dor lombar, dorsalgia, fraqueza dos membros, enxaqueca
- Verificar nível de estresse: palpitações, insônia, fatigabilidade, alteração do apetite, sono e desejo sexual, tristeza, adinamia, preocupação
- Investigar hábitos alimentares e consumo de álcool, drogas e tabaco
- Realizar inspeção abdominal: observar a presença de distensão abdominal, hérnias, cirurgias prévias, exame da pele e conjuntiva (buscando icterícia, sinais de

hepatopatia crônica ou outros, como herpes zoster) e a posição no leito (posições antálgicas). Pacientes que se encontram visivelmente agitados e inquietos podem sugerir cólica renal, enquanto os imóveis, com membros inferiores fletidos, podem sugerir peritonite. Equimose periumbilical (sinal de Cullen) ou em flanco (sinal de Grey-Turner) que podem sugerir pancreatite aguda grave ou hemorragia abdominal

- Realizar ausculta abdominal: avaliar o estado da motilidade intestinal e pesquisar a presença de sopros vasculares. Deve ser efetuada durante dois minutos, em um ou dois pontos de pesquisa. Normalmente os ruídos são escutados de duas a 12 vezes por minuto
- Realizar percussão abdominal: deve ser feita com a técnica habitual, abrangendo todos os quadrantes e, no local em que se suspeite de alterações patológicas, pode ser intensificada. Esta será útil para identificar a presença de líquido ascítico, de massas sólidas, distensão abdominal e os limites hepáticos e esplênicos. Realizar a punho percussão lombar para avaliar os rins (sinal de Giordano)
- Realizar palpação abdominal: pesquisar hérnias, massas e eventuais anormalidades nos órgãos que são identificados. Algumas manobras podem ser importantes para a elucidação diagnóstica, como: descompressão brusca (Sinal de Blumberg, Sinal de Murphy e Sinal de Rlovsn), piparote, palpação de pulsos arteriais. No exame do hipogástrio, atentar para a presença de útero gravídico

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIPE

- Dor, aguda
- Função do Sistema Gastrointestinal, Prejudicada
- Infecção
- Risco de lesão
- Constipação

INTERVENÇÕES - CIPE

- Avaliar condição gastrointestinal
- Avaliar condição geniturinária
- Obter dados sobre dor

- Obter dados sobre efeito colateral da medicação
- Obter dados sobre ingestão de alimentos
- Obter dados sobre comportamento de exercício físico
- Obter dados sobre náusea
- Obter dados sobre nível de estresse
- Obter dados sobre sinais e sintomas de infecção
- Obter dados sobre tabagismo
- Obter dados sobre uso de contraceptivo
- Orientar família sobre manejo (controle) da dor
- Orientar sobre manejo (controle) da dor
- Orientar sobre medicação
- Orientar família sobre doença
- Orientar família sobre regime dietético
- Orientar paciente
- Orientar serviço escolar sobre doença
- Orientar sobre abandono de tabagismo
- Orientar sobre abuso de álcool
- Orientar sobre abuso de drogas
- Orientar sobre autocuidado
- Orientar sobre comportamento sexual
- Orientar sobre cuidados no pré-natal
- Orientar sobre dieta
- Orientar sobre efeitos colaterais da medicação
- Orientar sobre exercício físico
- Orientar sobre higiene vaginal
- Orientar sobre ingestão de líquidos
- Orientar sobre manejo (controle) da dor
- Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde
- Encaminhar para Serviço de Emergência
- Encaminhar para nutricionista
- Administrar medicação

- Terapia com massagem
- Gerenciar regime de exercício físico
- Terapia com líquidos (ou hidratação)
- Encorajar repouso
- Teste Diagnóstico
- Relatar resultado de teste

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

- Dor ausente
- Complicação, Ausente
- Adesão ao regime de exercício físico
- Adesão ao regime de líquidos
- Adesão ao regime dietético
- Adesão ao regime medicamentoso
- Adesão ao regime terapêutico

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea:** queixas mais comuns na Atenção Básica. 1. ed.1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 2019 Português do Brasil. Disponível em [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%Aas%20do%20Brasil.pdf] Acesso em: 28 fev. 2024.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Protocolo de enfermagem para atendimento de baixa complexidade no âmbito do Instituto Federal do Piauí (IFPI)**. Teresina: IFPI, 2021. Disponível em: https://www.ifpi.edu.br/noticias/profissionais-de-enfermagem-do-ifpi-discutem-novo-modelo-assistencial-da-area/protocolo. Acesso em: 13 jun. 2023.

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM DOR DE GARGANTA

Elaboração:	**Revisão:**	**Aprovação:**
Ítala Keane Rodrigues Dias Enfermeira, COREN-CE 416.707	Grupo de Trabalho	Grupo de Trabalho

DEFINIÇÃO

A dor de garganta é causada habitualmente por condições localizadas na faringe ou em estruturas anatômicas adjacentes. Mesmo sem acometer diretamente a faringe, alguns problemas podem provocar dor de garganta, como doenças do esôfago.

A faringite infecciosa aguda é a principal causa de dor de garganta e mais de 50% das faringites são de etiologia viral. Os vírus que comumente causam faringite incluem: vírus influenza, parainfluenza, rinovírus, coronavírus, adenovírus, vírus sincicial respiratório, vírus Epstein-Barr, enterovírus e herpesvírus. A principal causa bacteriana de faringite é o Streptococcus B hemolítico do grupo A (*Streptococcus pyogenes*), cujo reconhecimento precoce e tratamento adequado são primordiais para a prevenção de febre reumática. Outros agentes incluem Streptococcus dos grupos C e G, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Aracnobacterium hemolyticum*, e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Em adolescentes, além da etiologia viral, destaca-se a faringite por Streptococcus B hemolítico do grupo A; e, em adultos, tanto infecção viral como a infecção por bactérias menos invasivas ocorrem com frequência semelhante. Parasitas e fungos podem ser agentes etiológicos em situações menos comuns. Outras causas incluem trauma, irritantes, câncer e outras síndromes de etiologia desconhecida. A idade do paciente, a época do ano, o ambiente onde vive e exposições particulares são dados que podem ajudar a identificar a causa do processo.

- **Faringites virais:** 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. Alguns vírus provocam quadros um pouco mais específicos como conjuntivite e febre alta, lesões vesiculares na orofaringe, fadiga, exantema,

adenomegalias, hepatomegalia etc). O diagnóstico das faringites virais é predominantemente clínico. Algumas condições têm investigação específica. O tratamento é sintomático, semelhante ao do resfriado comum. O gargarejo com soluções salinas pode aliviar a dor de garganta.

- **Faringite estreptocócica:** O agente etiológico é o Streptococcus B hemolítico do grupo A (*Sreptococcus pyogenes*). A faringite estreptocócica acomete principalmente crianças e adolescentes entre 5 e 15 anos. Os sintomas da faringite estreptocócica variam de leve a intensos. A clínica costuma ter início mais abrupto do que a da infecção viral. Há dor de garganta, febre de graus variados, mal-estar geral e cefaleia, dor abdominal, náuseas e vômitos, eritema, edema faríngeos, com ou sem exsudato, estão habitualmente presentes, petéquias no palato, linfonodos cervicais anteriores ficam aumentados e dolorosos, pode ocorrer *rash* cutâneo escarlatiniforme. A amigdalite estreptocócica pode apresentar complicações supurativas (otite média, sinusite e adenites cervicais e as mais temidas são os abscessos peritonsilar e retrofaríngeo) e não supurativa (febre reumática, a complicação mais temida).

Sinais de Alerta

- Dificuldade de abrir a boca (trismo)
- Totalmente incapaz de engolir (disfagia)
- Dificuldade respiratória (dispneia)
- Febre (suspeitar de influenza H1N1)
- Presença de sinais de abscesso de tonsilas à oroscopia
- Febre maior que 39ºC

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Identificar o paciente
- Investigar o início dos sintomas
- Investigar o histórico pessoal e familiar de comorbidades/doenças
- Investigar histórico de alergia medicamentosa
- Investigar sinais de complicações
- Verificar sinais vitais

- Realizar oroscopia e otoscopia e palpação de gânglios do pescoço

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIPE

- Dor
- Inflamação
- Infecção
- Risco de infecção

INTERVENÇÕES - CIPE

- Obter dados sobre sinais e sintomas de infecção
- Obter dados sobre dor
- Orientar paciente
- Monitorar sinais e sintomas de infecção
- Monitorar sinais vitais
- Controle da dor
- Orientar família sobre prevenção de infecção
- Orientar sobre medição (ou verificação) de temperatura corporal
- Administrar medicação

Outras intervenções

- Encaminhar ao serviço de referência para avaliação médica na suspeita de quadro de faringite estreptocócica

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

- Avaliar adesão ao regime terapêutico
- Avaliar resposta à medicação
- Avaliar resposta à termorregulação
- Avaliar resposta ao manejo (controle) da dor
- Avaliar resposta ao tratamento
- Infecção, Ausente
- Temperatura Corporal, nos Limites Normais

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. 1. ed.1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 2019 Português do Brasil. Disponível em [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%Aas%20do%20Brasil.pdf]. Acesso em: 28 fev. 2024.

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

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM SANGRAMENTO NASAL (EPISTAXE)

Elaboração	**Revisão**	**Aprovação**
Emanuel Avelar Muniz Enfermeiro, COREN-CE 309.943	Grupo de Trabalho	Grupo de Trabalho

DEFINIÇÃO

Sangramento nasal ativo, associado ou não às seguintes situações:

- História de trauma de face
- Introdução de corpo estranho em cavidade nasal
- Uso de medicações anticoagulantes ou história de discrasia sanguínea
- Neoplasias
- Modificação da mucosa nasal em consequência à baixa umidade do ar ou inflamação/infecção das vias aéreas superiores (IVAS)

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Identificar o paciente
- Avaliar queixa inicial (intensidade, frequência, apresentação uni ou bilateral do sangramento)
- Avaliar histórico de saúde pregressa (trauma nasal, IVAS recente, uso de medicamentos antiagregantes plaquetários e anticoagulantes)
- Investigar histórico de alergias
- Investigar uso de tabaco e/ou álcool, ou outras drogas

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIPE

- Dor
- Corrimento nasal
- Risco de hemorragia
- Desconforto

INTERVENÇÕES - CIPE

- Identificar risco de hemorragia
- Manter vias aéreas

- Terapia por compressão
- Aplicar compressa fria
- Monitorar sinais vitais
- Implementar cuidados de conforto
- Encorajar repouso
- Relatar condição a membro da família (no caso de adolescentes)
- Administrar medicação e solução (lavagem nasal com solução fisiológica 0,9% em casos de epistaxes inativas)
- Encaminhar para Serviço de Emergência (se necessário)
- Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde (se necessário)

Outras intervenções

- Na grande maioria dos casos, a simples compressão manual da região com uso de compressas ou gaze, por 5 a 10 minutos, é suficiente para controlar o sangramento
- Orientar o paciente a não inclinar a cabeça para trás durante sangramento ativo para evitar broncoaspiração e realizar lavagem nasal com soro fisiológico como forma de prevenção
- Orientar repouso, aplicação de gelo e/ou compressas frias no nariz, evitar banho e alimentos quentes, evitar medicações derivadas do ácido acetilsalicílico e evitar exposição solar
- Se não houver melhora do sangramento e do quadro clínico, encaminhar para avaliação médica
- Prescrever soro fisiológico 0,9%, uso nasal, frasco ou spray, aplicar em cada narina de 2 a 3 vezes ao dia

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

- Avaliar resposta ao tratamento
- Avaliar resposta ao manejo (controle) da dor
- Controle do sangramento
- Ausência de dor
- Sangramento ausente

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192**: serviço de atendimento móvel de urgência. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/samu-192/publicacoes-samu-192/protocolo-de-suporte-basico-de-vida-1-2.pdf/view Acesso em 23 jun. 2023.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Protocolo de enfermagem para atendimento de baixa complexidade no âmbito do Instituto Federal do Piauí (IFPI)**. Teresina: IFPI, 2021. Disponível em: https://www.ifpi.edu.br/noticias/profissionais-de-enfermagem-do-ifpi-discutem-novo-modelo-assistencial-da-area/protocolo. Acesso em: 08 mai. 2023.

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 2019 Português do Brasil. Disponível em [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%Aas%20do%20Brasil.pdf]. Acesso em: 28 fev. 2024.

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM FEBRE

Elaboração: Edmara Teixeira Oliveira. Enfermeira, COREN-CE 275.537	**Revisão:** Grupo de Trabalho	**Aprovação:** Grupo de Trabalho

DEFINIÇÃO

Termorregulação prejudicada. Elevação anormal da temperatura corporal, alteração no ponto de controle do termostato interno. Pode estar associada a aumento da frequência respiratória e da atividade metabólica, taquicardia com pulso cheio ou fraco, inquietação, cefaleia ou confusão. A rápida elevação da febre é acompanhada de calafrios, tremores, sensação de frio, pele seca e pálida. A crise ou queda da febre é acompanhada de sudorese, pele ruborizada e quente.

A temperatura corporal é determinada pelo equilíbrio entre a produção de calor pelos tecidos, particularmente o fígado e os músculos, e a perda de calor da periferia. Geralmente, o centro hipotalâmico de termorregulação mantém a temperatura corporal dos órgãos internos de 37° a 38° C.

Locais de verificação e valores normais:

- Temperatura axilar: 35,5 a 37°C
- Temperatura bucal: 36 a 37,4°C
- Temperatura retal: 36 a 37,5°C

Intensidade da febre:

- Febre leve ou febrícula ou subfebril: até 37,5°C
- Febre moderada : 37,5ºC a 38,5°C
- Febre alta ou elevada: acima de 38,5°C

A febre ocorre quando ocorre o aumento do ponto de equilíbrio hipotalâmico, estimulando o centro vasomotor a iniciar a vasoconstrição, derivando o sangue da periferia a fim de diminuir perda de calor e, algumas vezes, induzindo calafrios, que aumentam a produção de calor. O processo continua até que a temperatura do sangue que banha o hipotálamo alcance um novo ponto de equilíbrio. Diminuindo-se o ponto de equilíbrio hipotalâmico (por exemplo, com fármacos antipiréticos), inicia-se a perda de calor por meio de sudorese e vasodilatação. A capacidade de gerar febre é reduzida em certas pessoas (idosos, aqueles muito jovens ou que têm transtorno por uso de álcool).

Embora muitos pacientes pensem que a febre possa causar algum dano, uma elevação modesta e transitória da temperatura central (isto é, 38 a 40° C) causada principalmente por infecções agudas, é bem tolerada por adultos saudáveis.

No entanto, elevações extremas da temperatura (geralmente > 41° C) podem causar danos. Tais elevações são típicas de hipertermia ambiental grave, mas geralmente resultam da exposição a drogas ilícitas (cocaína, fenciclidina), anestésicos ou fármacos antipsicóticos. Nessa temperatura, a desnaturação das proteínas ocorre e as citocinas inflamatórias que ativam a cascata inflamatória são liberadas. Como resultado, a disfunção celular ocorre, levando ao mau funcionamento e, finalmente, à disfunção dos principais órgãos; a cascata da coagulação também é ativada, ocasionando à Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD).

Como a febre pode aumentar o metabolismo basal em cerca de 10% a 12% para cada aumento de 1° C acima de 37° C, a febre pode estressar fisiologicamente adultos com insuficiência cardíaca ou pulmonar preexistente. A febre também pode piorar o estado mental em pacientes com demência. Febre em crianças saudáveis pode causar convulsões febris.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Avaliar início e duração dos sintomas
- Investigar presença de outros sinais/sintomas de infecção
- Investigar contato de casos confirmados ou suspeitos de doenças infecciosas
- Investigar uso de medicações, álcool e drogas
- Investigar doenças pregressas e tratamento em curso
- Avaliar histórico de reação/alergia a medicamento
- Avaliar adesão ao regime terapêutico

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIPE

- Febre presente
- Infecção

INTERVENÇÕES - CIPE

- Gerenciar febre
- Orientar sobre manejo (controle) da febre
- Monitorar sinais e sintomas de infecção
- Monitorar sinais vitais
- Monitorar temperatura corporal
- Implementar cuidados de conforto
- Realizar compressa fria
- Oferecer líquido
- Encaminhar ao Serviço de Saúde
- Encaminhar ao médico
- Encaminhar ao hospital
- Administrar medicação
- Fornecer/disponibilizar medicação
- Promover comunicação familiar

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

- Manter valores normais de temperatura corporal
- Verbalizar a ausência ou redução no desconforto causado pela febre
- Obter sinais vitais estáveis
- Obter posturas, expressões faciais, gestos e níveis de atividade que indiquem melhora do quadro
- Identificar a compreensão da prescrição medicamentosa
- Conhecer os sinais de alerta em relação à exacerbação da febre

REFERÊNCIAS

Salgado, PO; Silva, LCR; Silva, PMA; Paiva, IRA; Macieira, TGR; Chianca, TCM. **NURSING CARE TO PACIENTS WITH HIGH BODY TEMPERATURE: an integrative review.** Reme: Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte- Mg, v. 19, n. 1, p. 212-219, 2015. Mensal. Universidade Federal de Minas Gerais - Pro-Reitoria de Pesquisa. http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150017.

BUSH, Larry M.. **Febre.** 2022. Disponível em: [https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/biologia-das-doen%C3%A7as-infecciosas/febre#:~:text=A%20febre%20ocorre%20quando%20alguma,aumentam%20a%20produ%C3%A7%C3%A3o%20de%20calor.] Acesso em: 05 out. 2023.

Universidade Federal de Ouro Preto (org.). **Temperatura Corporal.** Disponível em: [https://semiologiamedica.ufop.br/temperatura-corporal.] Acesso em: 05 out. 2023.

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 2019 Português do Brasil. Disponível em [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%Aas%20do%20Brasil.pdf]. Acesso em: 28 fev. 2024.

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM FERIDA

Elaboração	**Revisão**	**Aprovação**
Kaline Ribeiro de Freitas Enfermeira, COREN-CE 271.501	Grupo de trabalho Fabiani Weiss Pereira Enfermeira, COREN-CE 252.803	Grupo de Trabalho

DEFINIÇÃO

Ferida é qualquer dano tecidual que interrompa a continuidade da pele, podendo atingir desde a epiderme até as estruturas mais profundas. São classificadas em cirúrgicas, traumáticas e ulcerativas.

- **Cirúrgicas:** com finalidade terapêutica.
- **Traumáticas**: ruptura inesperada do tecido da superfície corporal, associada a trauma mecânico devido a lesão ou acidente; dano irregular da pele, membranas mucosas ou tecido; tecido inflamado e doloroso; drenagem e perda de soro e sangue, associados a tecido não limpo, sujo e infectado.
- **Ulcerativas**: Feridas isquêmicas que ocorrem em tecidos moles, normalmente em áreas de proeminências ósseas.

Este protocolo abordará o cuidado de enfermagem especificamente com as feridas traumáticas, por serem as lesões mais comuns que ocorrem na instituição (IFCE). As recomendações seguem a Resolução COFEN 567/2018, que regulamenta a atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas.

Terapia tópica: A terapia tópica e o tipo de cobertura variam de acordo com a natureza, localização e tamanho da ferida. A seleção do tipo de curativo é feita com base em suas propriedades físicas e manutenção de medicamentos em contato com a ferida. São classificados em:

- **Semioclusivo:** curativo absorvente, utilizado em feridas cirúrgicas, drenos, feridas exsudativa. Absorve exsudato e o isola da pele saudável adjacente.
- **Oclusivo:** não permite a passagem de ar e/ou fluidos, funciona como barreira mecânica para bactérias, veda a ferida, promove isolamento térmico e de terminações nervosas e impede a formação de crostas.
- **Compressivo:** utilizado para reduzir o fluxo sanguíneo ou promover estase. Auxilia na aproximação das extremidades do ferimento.

- **Aberto:** usados para cortes pequenos ou escoriações, queimaduras de 1º grau.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Identificar o paciente
- Identificar queixa inicial no momento do atendimento, como, por exemplo: dor intensa, hemorragia, fratura exposta, estresse psicológico
- Questionar a causa da ferida
- Verificar sinais vitais
- Registrar o tipo de ferida, a extensão e características da lesão, o horário do ocorrido, como, quando e onde
- Investigar histórico de comorbidades, uso de medicamentos contínuos (principalmente drogas imunossupressoras), alergias e imunização antitetânica
- Realizar exame físico sentido céfalo-caudal, evitando as regiões que possam gerar dor ao toque. Estas devem ser examinadas por último
- Avaliar estado nutricional
- Identificar áreas da pele e anexos com alteração de coloração, temperatura, umidade, hematomas, bolhas, vesículas, máculas, odor; lesões (local, tamanho, profundidade, características do exsudato, características do leito da ferida)
- Avaliar se a sensibilidade é superficial, profunda ou especial (palestésica e barestésica), principalmente em pacientes com neuropatias periféricas, como o pé diabético, por exemplo

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIPE

- Ferida traumática
- Ferida puntiforme
- Ferida por arma de fogo

INTERVENÇÕES - CIPE

- Obter dados de conhecimento sobre condições respiratórias
- Obter dados de conhecimento sobre condições neurológicas
- Obter dados sobre feridas

- Registrar o procedimento realizado na ficha do paciente
- Cuidados com ferida
- Trocar cobertura de ferida (ou curativo)
- Avaliar a lesão
- Orientar sobre troca de cobertura de ferida (ou curativo)
- Avaliar cicatrização da ferida
- Avaliar situação vacinal (antitetânica)
- Administrar medicação
- Cobertura de ferida (ou curativo)
- Agendar consulta de acompanhamento (ou consulta subsequente)
- Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde
- Monitorar cicatrização de ferida
- Orientar sobre cicatrização da ferida
- Orientar sobre cuidados com ferida
- Avaliar condição de imunização
- Orientar sobre vacina

Outras intervenções

- Realizar desbridamento (mecânico, instrumental,enzimático ou autolítico), se necessário
- Avaliar a intensidade da dor visando o controle adequado. Caso necessário, utilizar medidas farmacológicas e não farmacológicas
- Monitorar o nível de consciência
- Avaliar a boca e as fossas nasais do paciente para identificar possíveis lesões e obstruções
- Utilizar práticas integrativas e complementares no paciente e no ambiente: técnicas de relaxamento, aromaterapia, Reiki, música relaxante, meditação e *mindfulness*
- Prescrever o tipo de cobertura para o curativo de acordo com a situação clínica (tipo de tecido, inflamação, infecção, exsudato de feridas, dor, odor, profundidade, feridas inalteradas)

Quadro 5 - Sugestões de prescrição de coberturas

COBERTURA	INDICAÇÃO / BENEFÍCIOS /USO	CONTRAINDICAÇÃO
Seca	- Limpeza mecânica ou hidrolítica da ferida. Incisões e locais de inserção de drenos - Realizar a troca conforme saturação do curativo ou no máximo a cada 24 horas	Feridas abertas de qualquer etiologia
Úmida (Curativo úmido com SF 0,9%)	- Limpa e umedece a ferida favorecendo a formação de tecido de granulação, amolece os tecidos desvitalizados e favorece o desbridamento autolítico. - Mantém a ferida úmida com cicatrização por segunda ou terceira intenção. - Realizar a troca do curativo a cada 6 a 8 h (se muito exsudato), a cada 12h (exsudato moderado) e a cada 24 horas (pouco exsudato).	Contraindicação: feridas com cicatrização por primeira intenção e locais de inserção de cateteres, fixadores externos e dreno.
Ácido Graxo Essencial (AGE)	- É uma película protetora na pele. - Mantém o meio úmido, ajuda a promover a angiogênese, acelera o processo de granulação tecidual. Indicação: previne lesão por pressão e em feridas com tecido de granulação. -Pode ser usado em qualquer fase de cicatrização. -Realizar a troca no máximo a cada 24 horas devido à possibilidade de hipergranulação da ferida.	Contraindicação: feridas com necrose e/ou infecção, necessitando de curativo secundário.
Hidrogel	- Mantém o meio úmido e promove o desbridamento autolítico. - Em feridas secas ou pouco exsudativas, para tecidos desvitalizados em feridas abertas, áreas doadoras de pele e queimaduras de 1º e 2º graus.	Pele íntegra, ferida operatória fechada, queimaduras de terceiro grau e em caso de sensibilidade aos componentes do produto. Realizar a troca a cada 48 horas, devido ao risco de maceração das bordas da lesão e tecidos adjacentes.
PHMB (prontosan)	- Antimicrobiano, não é tóxico aos tecidos vivos, é fácil, simples de usar e seu princípio ativo tem baixo potencial alergênico. Pode ser aquecido até a temperatura corporal, validade após aberto por até 08 semanas. Absorve odores da ferida. - Para limpeza, descontaminação e umidificação do leito das feridas agudas ou crônicas. Feridas colonizadas, criticamente colonizadas e infectadas. Queimaduras de 1º e 2º graus. -Remove biofilmes, prepara o leito da ferida para receber curativo. - Usado também em úlceras por pressão de estágio I a IV, úlceras arteriais, venosas e mistas, úlceras pós-cirúrgicas, áreas doadoras de enxerto, úlceras infectadas ou não. - Mantém sua atividade em ambiente úmido por até 72 horas.	Contraindicação: queimaduras de 3º e 4º graus.
Colagenase	- Mantém o meio úmido. - Promove o desbridamento enzimático suave. - Indicada para feridas com tecido desvitalizado. -A troca do curativo pode ser feita a cada 24 horas.	-Pacientes sensíveis às enzimas da fórmula. -Tecido de granulação.

Sulfadiazina de Prata 1%	- Feridas com grande potencial de infecção e risco de evolução para infecção generalizada, em queimaduras, úlceras de perna, lesão de decúbito e feridas cirúrgicas. - Trocar em até 24 horas nos casos de ferida seca com pouco exsudato e em 12 horas para ferida exudativa.	-Gestantes no final da gestação, crianças prematuras e recém-natos nos dois primeiros meses de vida. Pacientes alérgicos às sulfas e aos demais componentes da formulação.

Observações: Em caso de feridas traumáticas com hemorragias, será necessário priorizar o controle da hemorragia para evitar a gravidade do caso.

Etapas para controlar a hemorragia:

1. **Pressão direta:** Aplicar um curativo de pressão ou pressão no local da hemorragia com gaze ou compressa cirúrgica. Caso a hemorragia não cesse, não retire a gaze ou compressa encharcada, apenas adicione outra gaze exercendo maior pressão manual.
2. **Torniquete:** Caso não haja controle da hemorragia externa em membros, considerada como último recurso quando a pressão direta ou curativo de pressão não consigam controlar a hemorragia de uma extremidade.
3. **Procedimento:**

- Utilizar EPI
- Realizar avaliação rápida no paciente para identificar a hemorragia
- Comunicar ao paciente sobre os procedimentos que serão realizados
- Expor a ferida (se necessário, cortar a roupa)
- Verificar rapidamente a presença do pulso e a perfusão distal
- Aplicar gaze ou compressa estéril com compressão manual diretamente sobre o ferimento; verificar a presença do pulso e a perfusão distal após aplicação do curativo compressivo
- Em caso de persistência do sangramento externo em membros inferiores ou superiores, considerar o uso do torniquete;
- Não remover objetos encravados, a pressão deve ser aplicada em um dos lados do objeto
- Quando a lesão ocorrer no couro cabeludo, a compressão deve ser realizada ao longo das bordas do ferimento
- Em fraturas abertas ou afundamento craniano, realizar a compressão com

cuidado e enfaixamento apropriado

- O controle da hemorragia deverá ser mantido até a chegada de um socorrista habilitado (atendimento pré-hospitalar ou hospitalar)

Observação: em relação às feridas traumáticas não hemorrágicas realizar o procedimento conforme POP N° 36 "CURATIVO SIMPLES" do documento Procedimento Operacional Padrão para o Serviço de Enfermagem do IFCE (2021).

Considerações

- **Em feridas abertas:** não utilizar antissépticos próprios para pele íntegra, como PVPI, solução de hipoclorito de sódio, água oxigenada e ácido acético, por serem substâncias consideradas citotóxicas e, ao entrar em contato com substâncias orgânicas, são inativadas;
- **Em caso de trauma com maior sujidade na lesão** (como restos de asfalto, areia), a clorexidina degermante pode ser utilizada. No entanto, devido ao seu poder citotóxico, essa substância pode retardar o processo de cicatrização de feridas;
- **Ao lavar a lesão**, a pressão da irrigação utilizando uma seringa de 20 ml com agulha 40x12 é suficiente para limpar o leito da ferida;
- **O aquecimento do soro fisiológico,** em forno micro-ondas com duração de 20 segundos em potência alta, poderá variar de acordo com a potência de cada equipamento.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

- Avaliar resposta ao manejo (controle) da dor
- Avaliar resposta ao procedimento
- Avaliar cicatrização da ferida

REFERÊNCIAS

BRAGANÇA, Karolina Andrade. Revisão integrativa: influência da solução de clorexidina na cicatrização de feridas. Monografia. 2018. **Repositório UFMG**, 43 f. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/38587/1/Monografia%20Karolina%20Andrade%20Bragan%c3%a7a.pdf>. Acesso em: 20 de set 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 567 de 07 de fevereiro de 2018**. Aprova o

Regulamento da atuação da Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas na conformidade do anexo a esta resolução. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018_60340.html >. Acesso em: 20 de mar 2023.

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Comissão de prevenção e tratamento de feridas. Procedimento Operacional Padrão. Coberturas para feridas. 2018. Disponível em: [pop-8-2_coberturas-para-feridas.pdf (www.gov.br)]. Acesso em : 06. mar. 2024.

PHTLS: **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado.** Avaliação e atendimento do doente. Capítulo 6. Disponível em <https://www.passeidireto.com/arquivo/46315547/phtls-capitulo-6-avaliacao-e-atendimento-do-doente>. Acesso em: 12 de mar 2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE. Secretaria Municipal da Saúde. **Atenção à demanda espontânea de cuidado ao adulto**. Protocolo de Enfermagem. Joinville – SC: 2020. Disponível em< https://www.joinville.sc.gov.br/public/portaladm/pdf/jornal/62c9232f98dd9b891e74956f9196480e.pdf>. Acesso em: 10 de mar 2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ANTÔNIO PRUDENTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de prevenção e tratamento de feridas**. 3ª versão. Antônio Prudente – SP: 2022. Disponível em http://www.saudepp.sp.gov.br/farmacia/documentos/protocoloferidas.pdf . Acesso em: 10 de mar 2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Manual de padronização de curativos.** São Paulo - SP: 2021. Disponível em: < https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1152129/manual_protocoloferidasmarco2021_digital_.pdf>. Acesso em: 11 de mar 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de suporte básico de vida.** Brasília - DF: 2014. Disponível em<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf>
SILVA, R.C.L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. S. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. Yendes editora, 2011.

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 2019 Português do Brasil. Disponível em [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%Aas%20do%20Brasil.pdf]. Acesso em: 28 fev. 2024.

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM NÁUSEAS E/OU VÔMITOS

Elaboração	**Revisão**	**Aprovação**
Ítala Keane Rodrigues Dias Enfermeira, COREN-CE 416707	Grupo de Trabalho	Grupo de Trabalho

DEFINIÇÃO

Náuseas é a sensação subjetiva, intensamente desagradável, percebida na garganta ou no epigástrio e que pode preceder ou acompanhar o vômito. Os pacientes costumam referir também como enjoo ou ânsia de vômito. Já o vômito é definido como processo de sistema gastrointestinal prejudicado, expulsão ou retorno à boca de alimentos transformados ou de conteúdo estomacal através do esôfago e para fora da boca.

Náuseas e vômitos podem representar tanto uma resposta de defesa apropriada (ingestão acidental de toxinas com o alimento) como podem ser manifestações inapropriadas a vários tipos de estímulos (quimioterapia, anestesia, cirurgia, pressão intracraniana aumentada).

Causas mais comuns

- Medicamentos
- Alterações digestivas e peritoneais
- Enfermidades psiquiátricas
- Alterações endocrino-metabólicas
- Doenças infecciosas
- Problemas neurológicos

Sinais de alerta (demandam encaminhamento)

- Taquipneia
- Taquicardia
- Pulso rápido e fino
- Sonolência ou confusão mental
- Dor abdominal intensa
- Febre
- Vômitos com sangue
- Vômitos em jatos e persistentes
- Sinais de desidratação grave

Quadro 6 - Parâmetros de desidratação

HIDRATADO	DESIDRATADO	DESIDRATAÇÃO GRAVE
Aspecto alerta	Aspecto irritado, com sede	Aspecto deprimido, comatoso
Olhos brilhantes com lágrima	Olhos encovados	Olhos muito encovados, sem lágrimas
Mucosas úmidas	Mucosas secas	Mucosas muito secas
Bregma normotensa	Bregma deprimida	Bregma muito deprimida
Pulso cheio	Pulso cheio palpável	Pulso débil ou ausente
Perfusão normal	Perfusão normal	Perfusão alterada
Circulação (PA) normal	Circulação (PA) normal	Circulação (PA) diminuída/taquicardia
Diurese normal	Diurese pouco diminuída	Diurese oligúria/anúria
Redução do peso 0%	Redução de peso ≤ 10%	Redução do peso > 10%

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Identificação do paciente
- Identificar a queixa inicial (duração e horário dos sintomas e aspecto do conteúdo eliminado)
- Questionar sobre uso de medicamentos
- Conhecer o histórico de saúde/doenças
- Investigar a causa da queixa (hábitos alimentares/ingestão dos alimentos anteriores, situações de estresse)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIPE

- Náusea
- Vômito
- Risco de desidratação

INTERVENÇÕES - CIPE

- Gerenciar náusea
- Obter dados sobre náusea
- Obter dados sobre sinais e sintomas de infecção

- Obter dados sobre nível de estresse
- Obter dados sobre efeito colateral da medicação
- Obter dados sobre ingestão de alimentos
- Obter dados sobre condição nutricional
- Obter dados sobre risco de desidratação
- Verificar os sinais vitais
- Avaliar condição gastrointestinal
- Orientar sobre manejo (controle) da náusea
- Encorajar repouso
- Orientar sobre medicação
- Orientar sobre dieta
- Orientar sobre ingestão de líquidos
- Terapia com líquidos (ou hidratação)
- Administrar medicação
- Encaminhar para Serviço de Emergência
- Encaminhar para o cuidado domiciliar
- Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde
- Encaminhar para nutricionista

Outras Intervenções

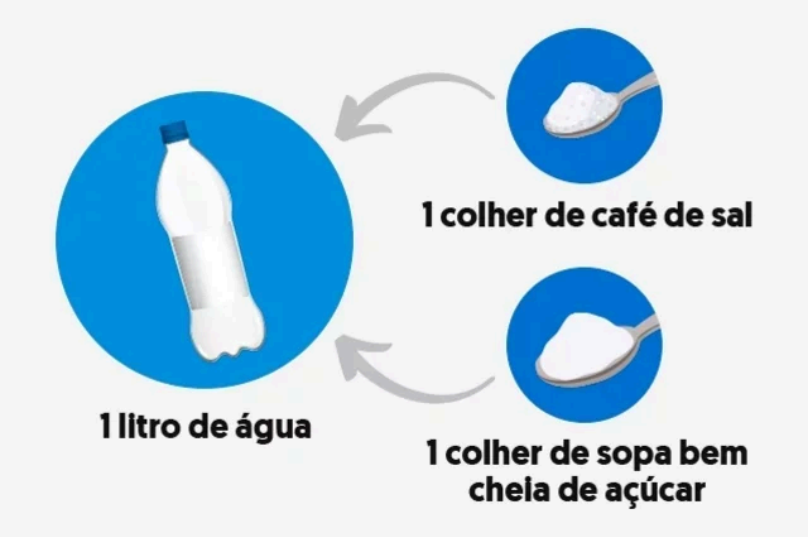
- Encorajar o paciente a fazer refeições pequenas e frequentes
- Instruir o paciente a evitar: líquidos quentes, alimentos contendo gordura e fibras, alimentos temperados, cafeína e doces
- Investigação de distensão abdominal, presença de ruídos hidroaéreos, dor abdominal, presença de massas, dor à descompressão brusca dolorosa, contração abdominal involuntária e icterícia
- Acompanhar evolução do caso
- Encaminhar o paciente para os serviços de referência/UPA/hospital na presença de sinais de alerta
- Comunicar os pais /responsáveis sobre quadro clínico do paciente se este for adolescente

- Reidratação oral: prescrever e/ou orientar o uso de soro caseiro para reidratação oral:

- 50ml/kg de peso de soro caseiro em um período de quatro horas para pacientes com desidratação leve;

- 100ml/kg de peso de soro caseiro em um período de quatro horas para pacientes com desidratação moderada**.**

Figura 2 - Receita de 1 L de soro caseiro



Fonte: ZANIN, 2023

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

- Avaliar a resposta ao tratamento
- Avaliar a hidratação

REFERÊNCIAS

Bruning, GE.; Kalil, MB.; Mahmud, SJ.(Org.). **Intercorrências agudas no domicílio: náuseas e vômitos**. São Luís, 2013. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/UNIDADE%2001.pdf. Acesso em 13 de junho de 2023.

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 2019 Português do Brasil. Disponível em [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%Aas%20do%20Brasil.pdf]. Acesso em: 28 fev. 2024.

Gusso, G.; Lopes, JMC. (Org.) **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2012.

IFPI. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí. **Protocolo de enfermagem para atendimento de baixa complexidade no âmbito do Instituto Federal do Piauí (IFPI)**. Teresina: IFPI, 2021. Disponível em: [https://www.ifpi.edu.br/noticias/profissionais-de-enfermagem-do-ifpi-discutem-novo-modelo-assistencial-da-area/protocolo]. Acesso em: 13 jun. 2023.

Zanit, T. **Como fazer soro caseiro: receita, para que serve e como tomar.** Tua Saúde, 2023. Disponível em: [https://www.tuasaude.com/receita-de-soro-caseiro]. Acesso em: 11 set. 2023.

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM DOR NO OUVIDO (OTALGIA)

Elaboração: Emanuel Avelar Muniz Enfermeiro, COREN-CE 309.943	**Revisão:** Grupo de Trabalho	**Aprovação:** Grupo de Trabalho

DEFINIÇÃO

A dor de ouvido ou otalgia pode ser de origem primária, na orelha externa ou média, ou secundária, causada por problemas em pontos distantes do ouvido (dor referida ou reflexa). As causas mais comuns em pacientes com otalgia são de origem primária, com destaque para Otite Média Aguda (OMA), Otite Externa (OE) e Otite Média com Efusão (OME), geralmente sem complicações. As causas principais de otalgia secundária são dentárias, desordens da Articulação Temporomandibular (ATM), desordens da coluna cervical e neuralgias.

Sinais de gravidade:

- Febre ou outros sinais de infecção
- Edema doloroso pós-auricular (mastoidite)
- Sinais de rigidez de nuca/meningismo
- Suspeita de trauma de ouvido interno (otorragia)
- Corpo estranho
- Outros agravos que possam afetar o funcionamento do ouvido

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Identificar o paciente
- Avaliar a queixa principal (dor e/ou prurido no ouvido)
- Identificar os fatores predisponentes à otite (natação, trauma, barotrauma, resfriado recente, rinite, etc)
- Avaliar a história pregressa de saúde, uso de medicamentos e histórico de alergias
- Avaliar aspecto geral do paciente
- Verificar os sinais vitais
- Avaliar a dor (tipo, início, possível causa, nível de intensidade, localização,

irradiação, fatores agravantes e de alívio, sintomas associados e tempo de duração)

- Avaliar sensação de ouvido congesto ou hipoacusia
- Avaliar se a dor piora com mastigação/deglutição
- Inspecionar a orelha, as regiões pré e pós-auriculares, e a região cervical
- Avaliar dor quanto à mobilização da orelha ou na compressão do tragus (sugerem otite externa)
- Observar presença de secreção, aspecto e quantidade
- Observar presença de corpo estranho
- Palpar a região da articulação temporomandibular (ATM) e pedir para o paciente abrir e fechar a boca (crepitações e/ou dor sugerem disfunções da ATM)
- Realizar otoscopia
- Verificar a presença de cerúmen impactado ou outra obstrução de canal auditivo
- Inspecionar a cabeça, o nariz e a orofaringe
- Realizar o exame clínico dos pares cranianos

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIPE

- Dor
- Prurido
- Audição, Prejudicada
- Infecção

INTERVENÇÕES - CIPE

- Obter dados sobre as orelhas
- Obter dados sobre audição
- Obter dados sobre controle da dor
- Orientar sobre cuidado com as orelhas
- Cuidados com as orelhas
- Monitorar sinais vitais

- Encorajar repouso
- Aplicar compressa quente
- Administrar medicação
- Controle da dor
- Encaminhar para Serviço de Emergência
- Relatar condição a membro da família
- Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde

Outras intervenções

- Orientar o paciente a manter o local seco, evitar a entrada de água no conduto externo durante o banho e esportes aquáticos, além de traumatismos pelo uso de hastes flexíveis (cotonetes)
- Encaminhar ao médico ou ao serviço de referência na presença de sinais de gravidade

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

- Avaliar resposta à medicação
- Avaliar resposta ao manejo (controle) da dor
- Avaliar resposta ao tratamento
- Dor ausente
- Adesão ao tratamento
- Audição melhorada

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf . Acesso em: 23 jun. 2023.

IFPI. INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ. **Protocolo de enfermagem para atendimento de baixa complexidade no âmbito do Instituto Federal do Piauí (IFPI)**. Teresina: IFPI, 2021. Disponível em: https://www.ifpi.edu.br/noticias/profissionais-de-enfermagem-do-ifpi-discutem-novo-modelo-assistencial-da-area/protocolo. Acesso em: 08 mai. 2023.

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 2019 Português do Brasil. Disponível em

[https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%Aas%20do%20Brasil.pdf]. Acesso em: 28 fev. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem**: atenção à demanda espontânea de cuidados no adulto: volume 4. Florianópolis, 2016. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/03_01_2017_20.41.55.f5fd7d29b82782c70892bddb8890ccce.pdf]. Acesso em: 23 jun. 2023.

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA CASOS DE PICADA POR INSETO

Elaboração: Paulo César Teles Correia Júnior Enfermeiro, COREN-CE 280.352	**Revisão:** Grupo de Trabalho	**Aprovação:** Grupo de Trabalho

DEFINIÇÃO

Processo de agressão e defesa dos insetos que possuem ferrões verdadeiros, existindo três famílias de importância médica:

- *Apidae* (abelhas e mamangavas);
- *Vespidae* (vespa amarela, vespão e marimbondo ou caba); e
- *Formicidae* (formigas).

Os processos alérgicos em diferentes graus podem ocorrer, sendo inclusive causa de óbito, variando de acordo com o local e o número de ferroadas, as características e o passado alérgico do indivíduo atingido.

As principais manifestações clínicas são:

- Dor aguda local
- Vermelhidão
- Prurido
- Edema
- Sudorese
- Dispneia, tosse e espirros
- Prurido em faringe e laringe
- Náuseas e vômitos
- Hipertensão ou hipotensão arterial
- Arritmia cardíaca
- Choque anafilático

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Identificar o paciente
- Avaliar o quadro clínico e sinais vitais
- Observar presença de sinais e sintomas sistêmicos
- Averiguar local da picada, conforme necessidade

- Procurar identificar o inseto causador
- Investigar como aconteceu o acidente, histórico de reação alérgica à picada de insetos e de alergia medicamentosa.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIPE

- Integridade da pele prejudicada
- Dor
- Alergia

INTERVENÇÕES - CIPE

- Confirmar (ou comprovar) alergia
- Obter dados sobre dor
- Monitorizar sinais vitais
- Encorajar repouso
- Cuidados com ferida
- Terapia com líquidos (ou hidratação)
- Administrar medicação
- Prover (proporcionar, fornecer) agenda de medicação
- Aplicar compressa fria
- Orientar sobre manejo (controle) da dor
- Orientar paciente
- Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde
- Encaminhar para Serviço de Emergência

Outras intervenções

- Em caso de picadas por animais com ferrão, procurar remover cuidadosamente com uma lâmina
- Em caso de reação sistêmica, acionar o SAMU e comunicar aos pais/responsáveis o ocorrido

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

- Avaliar dor

- Avaliar resposta ao tratamento
- Avaliar parâmetros dos sinais vitais
- Avaliar possíveis complicações
- Alergia, Ausente

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos.** Fundação Nacional de Saúde. 2ª ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2001.
WONG, D.L. **Enfermagem pediátrica.** 9ª. Edição. Editora Elsevier. Rio de Janeiro, 2014.

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 2019 Português do Brasil. Disponível em [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%Aas%20do%20Brasil.pdf]. Acesso em: 28 fev. 2024.

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA ACIDENTE COM ANIMAIS TRANSMISSORES DA RAIVA HUMANA

Elaboração: Edmara Teixeira Oliveira. Enfermeira. COREN-CE 275.537.	**Revisão:** Grupo de Trabalho	**Aprovação:** Grupo de Trabalho

DEFINIÇÃO

A raiva humana, também conhecida como hidrofobia, é uma doença viral em

que o Sistema Nervoso Central (SNC) fica comprometido e pode levar à morte em 5 (cinco) a 7 (sete) dias, se a doença não for devidamente tratada. É transmitida pela saliva de animais infectados, principalmente por meio da mordedura, arranhadura e/ou lambedura.

Entre as ações de prevenção, estão a profilaxia da raiva humana, por meio da vacinação e aplicação de soro (SAR) ou Imunoglobulina Antirrábica Humana (IGHAR). Somente o profissional de saúde indicará a necessidade ou não da profilaxia através da avaliação do ferimento, animal envolvido e tipo de contato.

O contato pode ser definido como direto e indireto.

Os contatos diretos podem ser definidos como:

- **Leves:** mordedura ou arranhadura superficiais no tronco ou nos membros, exceto mãos e pés; lambedura de lesões superficiais.
- **Graves:** mordedura ou arranhadura nas mucosas, no segmento cefálico, nas mãos ou nos pés; mordedura ou arranhadura múltiplas ou extensas, em qualquer região do corpo; mordedura ou arranhadura profundas, mesmo que puntiformes; lambedura de lesões profundas ou de mucosas, mesmo que intactas.

Pode ser considerado como contato indireto tocar ou dar de comer para animais, lambedura de pele íntegra, contato de pele íntegra com secreções ou excreções de animal.

A vacina da raiva (inativada) é indicada para a profilaxia da raiva humana, sendo administrada em indivíduos expostos ao vírus da doença, em decorrência de mordedura, lambedura de mucosa ou arranhadura provocada por animais transmissores, ou como profilaxia em pessoas que, por força de suas atividades ocupacionais, estão permanentemente expostas ao risco da infecção pelo vírus.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Identificar o paciente (nome, idade, endereço, telefone, contato de pais e/ou responsáveis no caso de adolescentes)
- Histórico de imunização
- Histórico de saúde
- Avaliar o tipo de exposição ao vírus rábico (contato indireto, lambedura, arranhadura, mordedura ou outros tipos)
- Observar a localização do ferimento (mucosa, cabeça/pescoço, mãos/pés, tronco, membros superiores e membros inferiores)
- Observar condições do ferimento (natureza única ou múltipla)
- Avaliar o ferimento quanto à extensão e profundidade (profundo, superficial, dilacerante)
- Registrar a data da exposição
- Questionar quanto a antecedentes de tratamento antirrábico
- Questionar quanto à espécie do animal agressor (canina, felina, quiróptera - morcego, primata - macaco, herbívoro doméstico e/ou outros)
- Questionar a condição do animal para fins de conduta do tratamento (sadio, suspeito, raivoso, morto/desaparecido)
- Avaliar se o animal é passível de observação

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIPE

- Dor
- Ferida
- Infecção
- Risco de infecção

INTERVENÇÕES - CIPE

- Administrar medicação
- Obter dados sobre dor
- Monitorar sinais e sintomas de infecção
- Exame físico

- Monitorar sinais vitais
- Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde
- Orientar sobre troca de cobertura de ferida (ou curativo)
- Cuidados com ferida
- Gerenciar sangramento
- Orientar família sobre prevenção de infecção
- Orientar sobre vacina

Outras intervenções

- Lavar imediatamente o ferimento com água corrente, sabão ou outro detergente e utilizar antissépticos que inativam o vírus da raiva (como povidine, clorexidina e álcool-iodado), apenas no primeiro atendimento. Posteriormente, lavar a região com solução fisiológica
- Avaliar o tipo de animal agressor e o tipo de contato
- Em caso de contato indireto com morcegos, lavar local com água e sabão e orientar a necessidade de profilaxia com soro (SAR OU IGHAR) e vacina (ID OU IM - DIAS 0, 3, 7 E 14) encaminhando o paciente ao serviço de saúde
- Em caso de contato indireto com outros animais que não morcegos, lavar local com água e sabão e não indicar profilaxia
- Em caso de acidentes com contato direto com mamíferos silvestres (morcego, raposa, macaco, sagui, entre outros), lavar local com água e sabão e orientar a necessidade de profilaxia com soro (SAR OU IGHAR) e vacina (ID OU IM - DIAS 0, 3, 7 E 14) encaminhando o paciente ao serviço de saúde
- Em acidentes que envolvem animal passível de observação (cão e gato) e não possui sinais sugestivos de raiva, orienta-se lavar o ferimento com água e sabão, não iniciar a profilaxia e observar o animal por 10 dias. Se o animal se mantiver vivo e saudável, não será indicada a profilaxia, independentemente do tipo de exposição. Caso o animal em observação desapareça, apresente sinais de raiva ou morra, o diagnóstico de raiva não pode ser afastado. Será indicada a profilaxia com soro e vacina para acidentes graves e com vacina apenas para acidentes leves
- Acidentes com mamíferos domésticos de interesse econômico (bovídeos ,

equídeos, caprinos, suínos e ovinos) devem ser avaliados de acordo com o tipo de acidente. É indicada a profilaxia com soro e vacina para acidentes graves e com vacina apenas para acidentes leves

- Em caso de cães e gatos não passíveis de observação, deverá ser avaliado o tipo de acidente. Indicada a profilaxia com soro e vacina para acidentes graves e com vacina apenas para acidentes leves
- Orientar sobre os cuidados com o animal e o isolamento deste para evitar acidentes com outras pessoas
- Encaminhar ao serviço de referência para iniciar a profilaxia contra o tétano segundo o esquema preconizado (caso não seja vacinado ou com esquema vacinal incompleto)
- Referenciar, o mais breve possível, o serviço que iniciará a profilaxia antirrábica, se necessário
- Fornecer orientações e agendar data de retorno
- Realizar ações educativas no campus para sensibilizar as pessoas a manter distância de animais que possam transmitir doenças
- Solicitar ao Setor de Comunicação do campus a elaboração de cartazes sobre a prevenção de acidentes com animais e da raiva humana
- Nos campi onde haja muitos animais, como gatos e cachorros, solicitar ao setor responsável a vacinação desses animais

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

- Obter sinais vitais estáveis
- Obter boa compreensão das orientações quanto a observação do animal envolvido no acidente
- Identificar a compreensão da prescrição medicamentosa
- Conhecer os sinais de alerta em relação a mudança nas indicações de profilaxia
- Identificar, verbalizar conhecimento sobre os cuidados domiciliares com os ferimentos
- Mostrar boa adesão ao tratamento
- Retornar ao serviço para informar o estado do animal agressor

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. (org.). **Atendimento Anti-Rábico Humano.** 2005. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Atendimento%20Anti-rabico/anti_rabico_v5.pdf . Acesso em: 05 out. 2023.

CEARÁ, Governo do Estado do (org.). **Protocolo de Profilaxia Pré, Pós e Reexposição da Raiva Humana.** Ceará: Secretaria da Saúde, 2022. 14 p. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2022/05/NT_PROFILAXIA_RAIVA_atualizado22MAR22.pdf. Acesso em: 05 out. 2023.

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 2019 Português do Brasil. Disponível em [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%Aas%20do%20Brasil.pdf]. Acesso em: 28 fev. 2024.

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM QUEIMADURA

Elaboração: Ítala Keane Rodrigues Dias. Enfermeira, COREN-CE 416.707	**Revisão:** Grupo de Trabalho	**Aprovação:** Grupo de Trabalho

DEFINIÇÃO

Queimadura é a ruptura e a perda de camadas externas ou mais profundas de tecido da superfície corporal. As lesões são provocadas pelo calor, devido à exposição a agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos.

As queimaduras são classificadas de acordo com a gravidade (grave, moderada e leve) e de acordo com a profundidade (1° grau; 2° grau e 3° grau).

- **1° grau:** são caracterizadas por eritema (vermelhidão), que clareia quando sofre pressão. Existem dor e edema, mas usualmente não há bolhas;
- **2° grau:** são caracteristicamente avermelhadas e dolorosas, com bolhas, edema abaixo da pele e tecidos epiteliais queimados soltos. São mais profundas, provocam necrose e visível dilatação do leito vascular.
- **3º grau:** são aquelas em que toda a profundidade da pele está comprometida, podendo ocorrer a exposição dos tecidos, vasos e ossos. Como há destruição das terminações nervosas, o paciente só acusa dor no início da lesão aguda. São de extrema gravidade.

Além do grau de profundidade, as queimaduras podem ainda ser classificadas como graves, moderadas e leves.

Graves:

- Todo tipo de queimadura, de quaisquer grau e extensão, se houver complicação por lesão do trato respiratório
- Queimadura de 3º grau na face, mãos e pés
- Queimadura de 2º grau que tenha atingido mais de 30% da superfície corporal

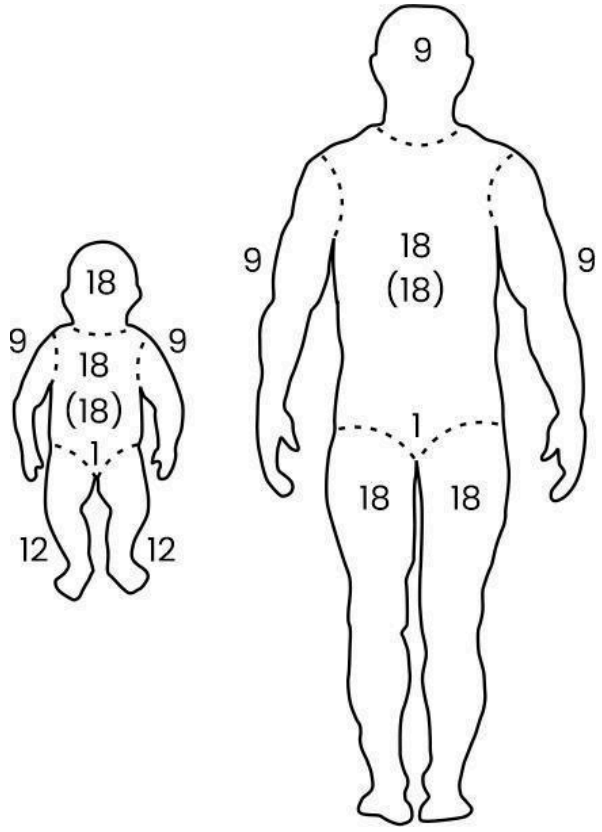
Moderadas:

- Queimadura de 1º grau que tenha atingido mais de 50% da superfície corporal
- Queimadura de 2º grau que tenha atingido mais de 20% da superfície corporal
- Queimadura de 3º grau que tenha atingido até 10% da superfície corporal, sem atingir face, mãos e pés

Leves:

- Queimadura de 1º grau com menos de 20% da superfície corporal atingida
- Queimadura de 2º grau com menos de 15% da superfície corporal atingida
- Queimadura de 3º grau com menos de 2% da superfície corporal atingida

Figura 3 - Percentual da superfície corporal queimada no adulto e na criança



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Identificação do paciente
- Investigar a ocorrência do acidente (como, quando, onde e o que causou a queimadura), ou seja, identificar a origem da lesão, o intervalo entre o evento, a prestação de socorro e a chegada ao serviço e qual o mecanismo responsável pela lesão: foi uma chama? Um fluido (escaldos)? Uma substância corrosiva (queimadura química)? Uma corrente elétrica?
- Esclarecer as circunstâncias em cada um dos tipos de evento, levando em conta suas particularidades. Por exemplo, houve queimadura por chamas? A pessoa

ficou presa em um ambiente fechado com fumaça? É possível que haja uma lesão por inalação de fumaça, causando complicações pulmonares sérias que podem levar à morte

- Investigar histórico de comorbidades
- Investigar histórico de alergias a medicamentos e alimentos. Se for mulher, questionar se está gestante ou não
- Definir grau e extensão da queimadura pela "Regra dos Nove" conforme a Figura 3
- Verificar condição vacinal antitetânica
- Verificar sinais vitais (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e dor)
- Avaliar as características da queimadura e possíveis alterações em outros sistemas

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIPE

- Ferida por queimadura
- Integridade da pele prejudicada

INTERVENÇÕES - CIPE

- Realizar o exame físico
- Lavar o paciente
- Obter dados sobre condição respiratória
- Obter dados sobre condição neurológica
- Obter dados de conhecimento sobre cuidados com ferida
- Obter dados sobre dor
- Obter dados sobre ferida
- Monitorar sinais vitais
- Cuidados com ferida
- Trocar cobertura de ferida (ou curativo)
- Orientar sobre troca de cobertura de ferida (ou curativo)
- Orientar sobre vacina

- Avaliar cicatrização da ferida
- Avaliar condição de imunização
- Administrar medicação para dor
- Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde
- Agendar consulta de acompanhamento (ou consulta subsequente)

Outras condutas recomendadas para o atendimento de urgência/emergência:

- Apagar as chamas: cobrir a vítima com cobertor, utilizar mangueira de água ou imersão em água (piscina, tanques)
- Observar possíveis obstruções em vias aéreas superiores, consequência de lesões inalatórias, avaliando a boca e fossas nasais do paciente
- Despir o paciente respeitando sua privacidade para avaliar a existência de lesões e remover quaisquer contaminantes que possam prolongar o contato com produtos químicos ou fontes de calor
- Remover relógios, joias e outros acessórios para evitar o efeito de torniquete
- Remover lentes de contato, em pacientes com ou sem queimaduras faciais, antes do desenvolvimento de edema facial e periorbital
- Manter ambiente aquecido e prevenir ou limitar a hipotermia durante o atendimento
- Resfriar as lesões térmicas com água corrente ou soro fisiológico. No atendimento inicial, a ferida deve ser resfriada por 15 a 20 minutos
- Remover todas as coberturas molhadas e fazer curativo após resfriar as lesões
- Realizar curativo primário não aderente (gaze) ou compressa com ácido graxo essencial (AGE); curativo secundário absorvente com chumaços de gaze; curativo terciário com ataduras e/ou talas para conforto
- Evitar aplicação de gelo e água resfriada, pois causam hipotermia e podem complicar o manejo da queimadura em longo prazo por conversão adicional da queimadura
- Estimar superfície corporal queimada utilizando a regra dos nove, conforme a Figura 3 - Percentual da Superfície Corporal Queimada
- As bolhas íntegras, quando presentes no primeiro curativo, devem ser aspiradas

com agulha fina estéril se o tempo decorrido da queimadura até o atendimento for menor que uma hora

Outras condutas recomendadas para atendimentos de queimaduras químicas:

- Identificar o agente químico
- Remover o agente químico imediatamente para mitigar lesões em curso na pele e absorção do produto químico
- Escovar os produtos químicos secos do paciente, depois irrigar com água corrente abundante
- Remover e descartar todas as roupas e os materiais contaminados, enquanto se lava a superfície corporal atingida abundantemente com água por até 45 minutos

Outras condutas recomendadas para realização de curativos posteriores ao acidente

- Realizar limpeza da ferida por meio de irrigação com água corrente morna ou soro fisiológico 0,9%, entre 3 e 5 minutos
- Aplicar cremes hidratantes em queimaduras de 1° grau, sem necessidade de cobertura ou agentes microbianos
- Se o tempo entre a queimadura e o atendimento for maior que uma hora, manter a flictena íntegra. Se a flictena estiver rota, fazer o debridamento da pele excedente. Após 48 horas, o curativo deve ser trocado com degermação da superfície queimada e curativo fechado com sulfadiazina de prata creme ou, preferencialmente, por coberturas que permaneçam por 5 (cinco) a 7 (sete) dias, evitando a troca frequente, para manter o processo de reepitelização. É recomendável que os curativos sejam inspecionados a cada 48 horas para monitorar o processo de cicatrização e o aparecimento de infecção. Antibióticos não estão indicados, exceto se forem observados na troca de curativos secreção purulenta, celulite periqueimadura, edema, petéquias e sinais sistêmicos como febre e comprometimento geral
- Limpar a ferida com agente de limpeza apropriado (Clorexidine)
- Remover sujidade, cremes antigos e detritos da ferida, se presentes
- Proporcionar limpeza mais agressiva e completa em feridas contaminadas ou infectadas, o mais frequente possível para eliminar o biofilme. Secar bem, pois a

umidade pode macerar a queimadura e proporcionar um ambiente ideal para contaminação bacteriana

- Realizar a tricotomia de cabelos e/ou pelos em regiões excessivamente pilosas caso tenham queimaduras. Recomenda-se de 2 (dois) a 5 (cinco) centímetros além das bordas, para permitir avaliação inicial e gestão contínua da ferida, bem como para prevenir a foliculite
- Considerar terapias não farmacológicas, como educação, distração, ludoterapia baseada em atividades, relaxamento, imagens guiadas, musicoterapia, hipnose, acupuntura, controle aprimorado do paciente, abordagem somatossensorial da imaginação motora, meditação e participação dos pais no caso de adolescentes. Todos têm utilidade individual potencial para facilitar o controle da dor da queimadura no paciente consciente

Recomendações para vacinação antitetânica

- Incerteza ou esquema incompleto: iniciar ou completar esquema vacinal com 3 doses, com intervalo de 2 meses entre as doses.
- 3 doses ou mais, sendo a última dose há menos de 5 anos: imunizado, não recomendar vacinação
- 3 ou mais doses, sendo a última dose há mais de 5 anos e menos de 10 anos: recomendar vacinação para queimaduras com alto risco de tétano

Ferimento com risco mínimo de tétano: Ferimentos superficiais, limpos, sem corpos estranhos ou tecidos desvitalizados.

Ferimento com alto risco de tétano: Ferimentos profundos ou superficiais sujos; com corpos estranhos ou tecidos desvitalizados; queimaduras; feridas puntiformes ou por armas brancas e de fogo; mordeduras; politraumatismos e fraturas expostas.

Sugestões de prescrição de curativo

- Realizar desbridamento mecânico
- Prescrever o tipo de curativo de acordo com a avaliação:

1) Cobertura não aderente estéril: após limpeza da ferida, cobrir o leito com a cobertura primária, seguida da secundária. Trocar se apresentar aderência à lesão ou se o

curativo secundário estiver saturado.

2) Membranas ou filmes semipermeáveis: após limpeza e secagem da ferida com gaze, aplicar o filme transparente sobre a ferida, de forma que a borda seja ultrapassada. Trocar quando perder a transparência, descolar da pele ou se houver sinais de infecção.
3) Antimicrobiano: aplicar na região queimada sulfadiazina de prata a 1%, após limpeza da ferida, aplicar o creme por toda extensão da lesão (5mm de espessura). Colocar gaze de contato úmida. Cobrir com cobertura secundária estéril.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

- Avaliar cicatrização
- Avaliar sinais de infecção
- Verificar cumprimento de recomendações de vacinação
- Avaliar se o paciente está implementando os cuidados prescritos

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Vice-Presidência de Serviços de Referência e Ambiente. Núcleo de Biossegurança. **Manual de Primeiros Socorro**s. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 2019 Português do Brasil. Disponível em [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%Aas%20do%20Brasil.pdf]. Acesso em: 28 fev. 2024.

PINHO, F.M. **Guideline para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto**: uma construção coletiva. Dissertação. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem. Florianópolis, 2014.

FONTANA, T.S; SOUZA, E.N.; VIEGAS, K. **Guia de prática clínica para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado**: Metodologia ADAPTE. Porto Alegre: UFCSPA, 2021. Recurso on-line (100 p. : il.)

OLIVEIRA A.P.B.S.; PERIPATO, L.A. A cobertura ideal para tratamento em paciente queimado: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v.16, n.3, p. 188-193, 2017.

SECUNDO, C.O.; SILVA, C.C.M.; FELISZYN, R.S. Protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente queimado na emergência: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v.18, n.1, p. 39-46, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1100106/v18n1a08.pdf>. Acesso em 20 de abr. de 2023.

LOPES, D.C.; FERREIRA, I.L.G.F.; ADORNO, J. **Manual de queimaduras para estudantes**. Brasília : Sociedade Brasileira de Queimaduras, 2021. Recurso on-line (178 p. : il.)

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM TONTURA

Elaboração	**Revisão**	**Aprovação**
Edmara Teixeira Oliveira Enfermeira, COREN-CE 275.537	Grupo de Trabalho	Grupo de Trabalho

DEFINIÇÃO

Percepção prejudicada. Sensação de desmaio ou incapacidade para manter o equilíbrio em pé ou sentado. Pode estar associada a confusão, náuseas e fraqueza, e ser definida como vertigem (quando tudo parece estar girando), sensação de desmaio ou perda de equilíbrio.

Possíveis causas:

- **Hipoglicemia**: caracterizada por glicemias abaixo de 70mg/dl no adulto, geralmente acompanhada de alguns dos seguintes sintomas: tremor, suor, calafrios, confusão mental, tontura, taquicardia, fome, náusea, sonolência, visão embaçada, dor de cabeça, sensação de formigamento e, em casos mais graves, convulsões e inconsciência;
- **Hipotensão:** queda da pressão arterial a ponto de provocar sintomas como tonturas e desmaios;
- **Ansiedade:** a tontura é muito comum entre as pessoas ansiosas, a ponto de o paciente se sentir fora de equilíbrio ou simplesmente ter a sensação de estar caindo;
- **Dieta inadequada:** alterações do metabolismo provocadas pela falta de energia, principalmente no caso dos carboidratos, são uma das possíveis causas da tontura.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Realizar anamnese detalhada, permitindo determinar as hipóteses mais prováveis
- Investigar se o paciente teve um único evento, súbito e agudo, ou se tem tido tontura crônica e recorrente
- Verificar quais são as características do episódio de tontura: duração, início, frequência, gravidade do episódio inicial e dos subsequentes, fatores agravantes e desencadeantes (ex: desencadeada por movimento da cabeça/corpo), bem como os sintomas acompanhantes
- Questionar para saber se a sensação é de fraqueza, atordoamento, perda de equilíbrio ou vertigem rotatória

- Questionar sobre a presença de sintomas auditivos (perda da audição, sensação de ouvido tampado, zumbido) ou neurológicos
- Questionar sobre a ocorrência de alguma queda
- Questionar se o paciente se alimentou nas últimas três horas
- Investigar o histórico de doenças pregressas
- Investigar o uso de medicamentos (mudanças de fármacos em uso e doses)
- Realizar exame clínico neurológico, otológico e cardiovascular

Teste do Sussurro - Avaliação da acuidade auditiva

- **Procedimento:** Aproximar-se da pessoa a ser avaliada a uma distância mínima de 33 centímetros e fora do alcance do seu campo visual, fazendo-lhe uma pergunta em tom baixo de voz (sussurro) e verificando se ela escutou e se entendeu o que foi dito. Além da percepção do som com a pergunta em voz baixa, cabe a investigação de alterações conforme a demonstração de entendimento durante o diálogo direto com o paciente.
- **Avaliação de resultados:** Avaliar se houve a percepção de interlocução, ou seja, se o paciente conseguiu escutar e entender o que lhe foi dito, anotando no prontuário o que foi percebido.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – CIPE

- Tonturas

INTERVENÇÕES - CIPE

- Administrar medicação
- Verificar os sinais vitais
- Medir (ou verificar) glicose sanguínea
- Medir (ou verificar) movimentos respiratórios
- Medir (ou verificar) pressão arterial
- Alimentar o paciente
- Oferecer bebida (ou líquidos)
- Manter o paciente em repouso/propiciar descanso

- Encaminhar para serviços de saúde

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

- Avaliar a resposta ao tratamento
- Avaliar os parâmetros dos sinais vitais
- Avaliar a intensidade da tontura, após intervenções

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno 19 da Atenção Básica:** Envelhecimento e saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 2019 Português do Brasil. Disponível em [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%Aas%20do%20Brasil.pdf]. Acesso em: 28 fev. 2024.

KAYLIE, D.M. **Tontura e vertigem**. Manual MSD - versão para Profissionais da Saúde. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-do-ouvido,-nariz-e-garganta/abordagem-ao-paciente-com-doen%C3%A7a-otol%C3%B3gica/tontura-e-vertigem Acesso em: 10 de março de 2023.
DISTRITO FEDERAL. **Protocolo de Atenção à Saúde** - Guia de Enfermagem na atenção ao adolescente em cumprimento de medida socioeducativa. Volume I, pág. 32-34. Distrito Federal. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/51535/05.A.+Guia+de+Enfermagem+na+Aten%C3%A7%C3%A3o+ao+Adolescente+em+Cumprimento+de+Medida+Socioeducativa+Volume+I.pdf Acesso em: 10 de março de 2023.

BERTOLL, E. RODRIGUESZ, C.A. **Da tontura à vertigem: uma proposta para o manejo do paciente vertiginoso na atenção primária**. Rev. APS, v. 11, n. 1, p. 62-73, jan./mar. 2008. Disponível em: https://www.famema.br/assistencial/hc1/artigos/tontura.pdf. Acesso em 15 de setembro de 2023.

ANEXO 1

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ
Autarquia Federal Criada pela Lei n° 5.905/73
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra – Suíça

OFICIO COREN-CE DEFIS N.º 046/2026

Fortaleza, 28 de abril de 2026.

Dra. Itala Keane Rodrigues Dias
Enfermeira IFCE

Senhora Enfermeira,

O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará – COREN/CE, Autarquia Federal instituída pela Lei nº 5.905/1973, órgão responsável pelo disciplinamento e pela fiscalização do exercício profissional da Enfermagem, em cumprimento ao disposto na Lei nº 7.498/1986, que regulamenta o exercício da Enfermagem, por intermédio do Departamento de Fiscalização, vem, por meio do presente, informar a Vossa Senhoria que procedeu à análise da Minuta "Protocolos para consulta de Enfermagem à demanda espontânea", encaminhada pela profissional de Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará, a qual dispõe sobre os protocolos a serem adotados pelos profissionais de Enfermagem no Estado do Ceará, no âmbito do atendimento ambulatorial à demanda espontânea da referida instituição.

Diante do exposto, informamos que a Minuta "Protocolos para consulta de Enfermagem à demanda espontânea", após o atendimento às correções solicitadas para a devida atualização do documento, encontra-se aprovada por este Regional.

Adicionalmente, sugerimos que, caso pertinente, seja considerada a inclusão de dispositivo referente à prescrição de medicamentos por Enfermeiros no referido documento, devendo tal previsão observar o disposto na Resolução COFEN nº 801, de 14 de janeiro de 2026, que estabelece diretrizes para a prescrição de medicamentos pelo Enfermeiro.

Atenciosamente,

Dra. Marylin Martins Rabelo
Gerente de Fiscalização
COREN-CE nº 110.640 – ENF

gov.br Documento assinado digitalmente
OCIVAN DE SOUZA FURTADO
Data: 28/04/2026 12:21:48-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Ocivan de Souza Furtado
Fiscal COREN 210.516 – ENF

RUA CORONEL JUCÁ 294 (MEIRELES) - FONE: (85) 3105-7850- CEP 60170-320- FORTALEZA – CE


INSTITUTO FEDERAL
Ceará