

ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA

Protocolo de Enfermagem



**Atenção
Primária
à Saúde**
Prudentópolis | PR



Acolhimento à Demanda Espontânea na Atenção Básica

Protocolo de Enfermagem

Prefeitura Municipal de Prudentópolis

Adelmo Luiz Klosowski

Secretaria Municipal de Saúde

Marcelo Hohl Mazurechen

Direção Atenção Primária à Saúde

Camila Szymanski Tluski Siqueira

Coordenação Atenção Primária à Saúde

Cassia Jaine do Nascimento

Comissão de Educação Permanente em Enfermagem (CEPEn)

Alloma Christine de Madureira Paula

Camila Szymanski Tluski Mendes

Cassia Jaine do Nascimento

Maria Ivone Michalzesczen

Michelle dos Santos Silvestre

Paola Heil Plen

Revisão Textual, Normalização e Design

Alloma Christine de Madureira Paula

2025

SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	3
CONSIDERAÇÕES.....	5
APRESENTAÇÃO.....	6
1. INTRODUÇÃO.....	8
1.1 Escuta Qualificada.....	8
1.2 Organização da Agenda.....	9
2. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE NA ORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA.....	11
2.1. Atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de saúde:.....	11
2.2. Recepção/Agente Administrativo:.....	11
2.3. Agente Comunitário de Saúde:.....	11
2.4. Auxiliar/Técnico de Enfermagem:.....	11
2.5. Enfermeiro:.....	12
2.6. Médico:.....	12
3. CLASSIFICAÇÃO GERAL DOS CASOS DE DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA.....	13
4. SINAIS, SINTOMAS E QUEIXAS RECORRENTES NA DEMANDA ESPONTÂNEA.....	14
5. FLUXO DE ACESSO DO USUÁRIO NAS USF E UBS.....	18
5.1 FLUXO DE ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA APS.....	19
6. QUEIXAS COMUNS NO ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E URGÊNCIAS/ EMERGÊNCIAS.....	21
6.1 Alergia.....	22
6.2 Cefaleia.....	23
6.3 Constipação Intestinal.....	24
6.4 Diabetes Descompensada.....	25
6.5 Vômito / Náusea.....	26
6.6 Dismenorreia.....	27
6.7 Disúria.....	28
6.8 Azia / Pirose.....	29
6.9 Dor de Ouvido.....	30
6.10 Dor de Garganta.....	31
6.11 Dor Lombar.....	32
6.12 Dor Torácica.....	33
6.13 Elevação da Pressão Arterial.....	34
6.14 Exantema / Lesões de Pele.....	35
6.15 Ferimentos.....	38
6.16 Escabiose e/ou Pediculose.....	40
6.17 Queixas Ginecológicas.....	42
6.18 Sintomas Gripais.....	45
6.19 Monilíase Oral.....	46

6.20 Miliária (brotoeja).....	47
6.21 Febre.....	48
6.22 Cólica Menstrual.....	49
7. ANEXOS.....	50
ANEXO 1 - PARÂMETROS NORMAIS DOS SINAIS VITAIS CONFORME FAIXA ETÁRIA.....	50
ANEXO 2 - ESCALA DE DOR.....	51
ANEXO 3 - DICAS DE POSTURA.....	52
ANEXO 4 - GRAUS DE DESIDRATAÇÃO EM CRIANÇAS.....	53
ANEXO 5 - GRAUS DE DESIDRATAÇÃO NO ADULTO.....	57
ANEXO 6 - PRESCRIÇÕES DE MEDICAMENTOS PELO ENFERMEIRO.....	58
BROMOPRIDA.....	58
DEXAMETASONA.....	58
DIPIRONA.....	58
FLUCONAZOL.....	59
GUACO (Mikania glomerata).....	59
HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO + MAGNÉSIO.....	60
IBUPROFENO.....	60
IVERMECTINA.....	61
LORATADINA.....	61
METOCLOPRAMIDA.....	62
METRONIDAZOL.....	63
MICONAZOL.....	63
ÓLEO MINERAL.....	63
PARACETAMOL.....	64
PERMETRINA.....	64
SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL (SRO).....	66
SORO FISIOLÓGICO.....	66
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68

CONSIDERAÇÕES

Considerando a necessidade de subsidiar o exercício do (a) enfermeiro (a), para que atue com autonomia e proporcione ao usuário do Sistema Municipal de Saúde uma atenção com qualidade;

Considerando o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 e a Lei nº 8.142/1990; Considerando o constante na Lei nº 7.498/1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e o Decreto nº 94.406/1987, que a regulamenta;

Considerando as Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem – Cofen números: 195/1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro; 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados; 429/2012, que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente; 564/2017, que aprova o Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem; Realizar a classificação de risco, estratificação e priorização da assistência conforme protocolos adotados pela Instituição, desde que apto e capacitado. Realizar e supervisionar o acolhimento pela equipe técnica. 567/2018 que regulamenta a atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas; 661/2021 que atualiza e normatiza a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco; 690/2022 que normatiza a atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo; 3/2023/PROGER/DPAC/SPC/COFEN que dispõe sobre a prescrição de medicamentos por Enfermeiro.

Cabe ao enfermeiro (a) no exercício de suas atribuições e conforme disposto em Legislação Federal e Normativas vigentes: Realizar a classificação de risco, estratificação e priorização da assistência conforme protocolos adotados pela Instituição. Realizar e supervisionar o acolhimento pela equipe técnica.

APRESENTAÇÃO

O acolhimento à demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como uma estratégia fundamental para garantir o acesso qualificado e humanizado aos serviços de saúde.

A Política nacional de humanização (PNH) reconhece o acolhimento e a escuta qualificada como tecnologias essenciais para a construção de vínculos, responsabilização e efetividade nas práticas de saúde (Brasil, 2014). Nesse sentido, o acolhimento vai além do ato de receber: envolve a escuta atenta, o reconhecimento da legitimidade das demandas dos usuários e a pactuação de respostas adequadas, considerando o risco, a vulnerabilidade e a integralidade do cuidado.

A PNAB 2017 descreve como Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica, quanto ao acolhimento e escuta qualificada no processo de trabalho:

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

São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

4.2.1 Enfermeiro:

[...] III. Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

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

São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

4.2.2 - Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

[...] I - Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

II - Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e

III - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

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

Acolhimento e a escuta qualificada na Atenção Básica à Saúde não são prerrogativas exclusivas de nenhum profissional, e não tem um tempo determinado para a realização da mesma, sendo necessário a organização da equipe para tal atividade, dando respostas às necessidades dos usuários e direcionando o fluxo de atendimento estabelecido em Protocolos Institucionais. Destaca-se que a avaliação clínica e classificação de risco ou estratificação de risco é atividade privativa do Enfermeiro, no âmbito da equipe de Enfermagem.

Este protocolo tem como objetivo qualificar o processo de trabalho da enfermagem no acolhimento à demanda espontânea, promovendo um cuidado resolutivo, ético e humanizado. Ao sistematizar as condutas, busca-se ampliar o acesso, fortalecer a escuta sensível, garantir a continuidade do cuidado e contribuir para a organização dos serviços conforme as necessidades da população.

1. INTRODUÇÃO

O acolhimento à demanda espontânea deve garantir o acesso com equidade, tratando cada pessoa de acordo com suas necessidades específicas e evitando desigualdades injustas no cuidado. Isso significa reconhecer e valorizar a legitimidade da demanda trazida pelo usuário, independentemente de sua gravidade clínica aparente.

É essencial que toda demanda seja acolhida com escuta qualificada, problematizada e reconhecida como legítima. Em muitos casos, há convergência entre a queixa apresentada pelo usuário e a avaliação técnica da equipe. No entanto, quando essa concordância não ocorre, é necessário haver diálogo, empatia e compreensão. A ausência dessa escuta pode gerar ruídos na relação, traduzidos em queixas, reclamações, retornos frequentes e peregrinação por outros serviços.

1.1 Escuta Qualificada

A escuta qualificada vai além da simples escuta. Ela envolve atenção plena, interesse genuíno, respeito, ausência de julgamentos, postura ética e a capacidade de compreender tanto o que é dito quanto o que está por trás do que é dito — incluindo aspectos emocionais e contextuais. Trata-se de uma ferramenta essencial para o fortalecimento do vínculo entre profissional e usuário, sendo a base do acolhimento humanizado e da resolutividade na Atenção Primária à Saúde (APS).

A escuta qualificada é central no acolhimento, pois permite identificar diferentes níveis de necessidade, sinais de urgência ou sofrimento, e possibilitar encaminhamentos mais adequados e resolutivos. Diferentemente do pronto-socorro, a APS não exige limites rígidos de tempo para o atendimento após a escuta inicial, exceto em situações de risco iminente, que demandam atuação imediata e compartilhada pela equipe.

Na prática, a escuta qualificada exige que o profissional:

- Crie um ambiente adequado para que a pessoa possa se expressar;
- Demonstre interesse e atenção ao outro, com contato visual, postura corporal receptiva e comunicação verbal adequada;
- Evite interrupções, julgamentos ou respostas prontas;
- Identifique as necessidades explícitas e implícitas do usuário;
- Registre e encaminhe adequadamente as demandas, conforme o grau de complexidade;
- Utilize a escuta como base para o processo de cuidado integral, considerando os aspectos biopsicossociais do indivíduo.

A escuta qualificada é, portanto, uma estratégia fundamental para o cuidado humanizado, que valoriza o sujeito e sua autonomia, promovendo um atendimento mais eficaz, ético e centrado na pessoa.

1.2 Organização da Agenda

A organização da agenda na Atenção Primária à Saúde (APS) é um instrumento estratégico que visa garantir o acesso oportuno, qualificado e contínuo aos serviços de saúde. Uma agenda bem estruturada possibilita que os profissionais atendam de forma equilibrada tanto às demandas programadas, que exigem seguimento regular, quanto às demandas espontâneas, que surgem no cotidiano com necessidade de acolhimento imediato.

A lógica da agenda na APS deve estar alinhada aos princípios do SUS, sobretudo à integralidade, à longitudinalidade do cuidado, à resolutividade e à equidade. Para isso, é fundamental que a organização da agenda respeite o território, a realidade epidemiológica local, os perfis populacionais e a capacidade instalada de cada equipe de Saúde da Família.

A agenda do profissional médico e enfermeiro devem contemplar duas grandes categorias de atendimento:

- **Demanda programada:** inclui o acompanhamento periódico de pessoas com condições crônicas, como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), gestantes (pré-natal), crianças (puericultura), casos de saúde mental leve, idosos vulneráveis, entre outros. Esses atendimentos exigem agendamento prévio e maior tempo por consulta, possibilitando uma abordagem integral, com foco na prevenção, no autocuidado e na gestão compartilhada do plano terapêutico.
- **Demanda espontânea (aguda):** refere-se a situações que surgem no dia, como febre, dor, ferimentos, sintomas respiratórios, infecções, entre outros. Embora imprevisíveis, essas queixas são comuns e devem ser acolhidas com escuta qualificada, triagem clínica e resolutividade. Para isso, recomenda-se reservar pelo menos 50% da agenda diária para atender a essas situações, com consultas mais breves.

Essa divisão garante o acesso de quem mais precisa, sem comprometer o cuidado longitudinal. Além disso, permite encaixes para casos agudos, o acompanhamento de prioridades identificadas pela equipe e a realização de visitas domiciliares, quando necessário.

É importante destacar que a organização da agenda deve ser flexível, adaptando-se às necessidades da comunidade, ao calendário de ações da unidade (como campanhas de vacinação ou mutirões) e ao índice de absenteísmo.

Orienta-se reservar vagas na agenda para consultas médicas e de enfermagem para os casos classificados como **verdes**, além das consultas previamente agendadas. Cada equipe deve oferecer número suficiente de consultas para atender à sua população adscrita, adequando-se à demanda identificada (urgências devem ser atendidas independentemente da quantidade de vagas). Por exemplo: 8 vagas para consultas médicas agendadas e 8 para “acolhimento”, por período.

Recomenda-se também reservar a primeira hora do dia, na agenda do enfermeiro, para o acolhimento e o suporte a intercorrências, visto que este é o momento de maior procura por atendimento. Essa organização pode ser ajustada conforme a realidade de cada unidade.

É sugerido dividir a agenda por horários, de modo que os pacientes cheguem à unidade próximos ao horário previsto para o atendimento, evitando aglomerações, estresse por ansiedade e transtornos desnecessários (por meio de blocos de horários ou marcação individualizada).

Os pacientes previamente agendados devem ser atendidos conforme a ordem do agendamento.

O processo de acolhimento e triagem deve ocorrer durante todo o período de funcionamento da Unidade de Saúde, assim como o agendamento das consultas eletivas.

2. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE NA ORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA

2.1. Atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de saúde:

- Participar do planejamento, coordenar e avaliar as ações de saúde prestadas à demanda espontânea;
- Analisar a assistência à saúde prestada à demanda espontânea, face aos problemas prevalentes;
- Programar, executar e avaliar o processo de trabalho com base em prioridades, objetivos e metas propostas;
- Avaliar e monitorar as ações do acolhimento à demanda espontânea;
- Planejar ações que visem aperfeiçoar o atendimento da demanda espontânea e sensibilização da população.

2.2. Recepção/Agente Administrativo:

- Colaborar para a organização do fluxo dos usuários que procuram a unidade de saúde em demanda espontânea;
- Recepcionar e encaminhar todos os usuários em demanda espontânea para a equipe de referência do acolhimento;
- Realizar agendamentos.

2.3. Agente Comunitário de Saúde:

- Divulgar o Protocolo de acolhimento da demanda espontânea e direcionamento de fluxo na APS estabelecido na unidade, nas visitas domiciliares ou outros espaços de atuação (escolas, grupos, reuniões de bairro);
- Colaborar para a organização do fluxo dos usuários que procuram a unidade de saúde por meio de demanda espontânea, através de orientações acerca do fluxo de acolhimento instituído na unidade e encaminhamento para o profissional de referência para levantamento de informações e direcionamento assistencial adequado.

2.4. Auxiliar/Técnico de Enfermagem:

- Colaborar para a organização do fluxo dos usuários que procuram a unidade de saúde por meio de demanda espontânea;
- Realizar a escuta qualificada utilizando os instrumentos norteadores de acordo com o protocolo municipal para direcionamento do fluxo de atendimento;
- Realizar aferição de sinais vitais conforme instrumento orientador do acolhimento;

- Realizar procedimentos de enfermagem de sua competência conforme instrumento norteador do acolhimento;
- Registrar as informações no sistema informatizado;
- Inserir o usuário na fila de atendimento do profissional de saúde direcionado para o acolhimento;
- Proceder e auxiliar nas orientações após intervenções propostas para continuidade do cuidado;
- Discutir com profissional de nível superior toda situação de dúvida, dificuldade de direcionamento ou situações omissas neste protocolo.

OBSERVAÇÃO: De acordo com o Decreto 94.406/87 – COFEN, artigo 11, II: “*É atribuição do auxiliar de enfermagem: observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível de sua qualificação*”. Entretanto, esta é uma atribuição pertinente a qualquer profissional da saúde.

2.5. Enfermeiro:

- Participar da coordenação das ações de acolhimento da demanda espontânea;
- Supervisionar as ações do auxiliar/técnico de enfermagem no acolhimento;
- Participar do processo decisório e direcionamento de fluxo de atendimento;
- Realizar atendimento de enfermagem e procedimentos no dia dos casos direcionados para acolhimento;
- Participar da tomada de decisão e direcionamento assistencial dos casos que não estiverem contemplados neste protocolo.

2.6. Médico:

- Participar da coordenação das ações de acolhimento da demanda espontânea;
- Participar do processo decisório e direcionamento de fluxo de atendimento;
- Realizar atendimento médico e procedimentos no dia dos casos direcionados para acolhimento;
- Realizar procedimentos de sua competência;
- Participar da tomada de decisão e direcionamento assistencial dos casos que não estiverem contemplados neste protocolo.

3. CLASSIFICAÇÃO GERAL DOS CASOS DE DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA

A partir da estratificação da necessidade do usuário (mediante avaliação de risco e vulnerabilidade), sugere-se classificar as intervenções em “Não agudo” (intervenção programada) e “Agudo” (atendimento imediato, prioritário ou no dia).

SITUAÇÃO NÃO AGUDA
Condutas possíveis: • Orientação específica e /ou sobre as ofertas da Unidade; • Adiantamento de ações previstas em protocolo (ex: teste de gravidez, imunização) • Agendamento/programação de intervenções • Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.
SITUAÇÃO AGUDA OU CRÔNICA AGUDIZADA
Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex: PCR, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.
Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertado inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem do atendimento. Ex: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.
Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situações que precisam ser manejadas no mesmo dia pela equipe, levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo e/ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos processos locais. Ex: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

4. SINAIS, SINTOMAS E QUEIXAS RECORRENTES NA DEMANDA ESPONTÂNEA

A identificação das queixas mais frequentes na demanda espontânea é essencial para qualificar o acolhimento e orientar a conduta clínica. A seguir, são apresentados os principais sinais e sintomas observados no atendimento inicial.

ATENDIMENTO IMEDIATO	
	Parada Cardíaca ou Respiratória
	Perda força, movimento ou sensibilidade em face, braços e pernas, Trauma crânio-encefálico Grave (Glasgow < 12): atropelamento, traumas graves
LIGAR PARA O SAMU – 192	Sinais de choque (taquicardia, palidez, hipotensão, baixa perfusão)
ANOTAR NÚMERO DA OCORRÊNCIA,	Dor torácica de início súbito (< 1 hora) em pacientes hipertensos, diabéticos ou cardiopatas associada a: dispneia, dor abdominal, dor precordial, FC120bpm
MONITORAR O PACIENTE.	
AGUARDAR ATÉ CHEGADA DA AMBULÂNCIA COM PROFISSIONAL MÉDICO OU ENFERMEIRO.	Queimaduras graves
	Inconsciência
POSSÍVEIS INTERVENÇÕES VERMELHO:	Hipotermia
Manutenção de vias aéreas;	Insuficiência respiratória (cianose, confusão mental, dificuldade de fala, uso de musculatura acessória em crianças)
Ressuscitação cardiopulmonar;	Hemorragia ativa com repercussão hemodinâmica
Oferta de O2;	Crise convulsiva
Puncionar acesso venoso calibroso;	Agitação, alucinações, delirium
Conter hemorragia;	HGT ≤50mg/dl com sintomas
	PA≥180/110 com ou sem sintomas
	Fraturas

ATENDIMENTO PRIORITÁRIO

ENCAMINHAMENTO, SE NECESSÁRIO “AMARELO”

Atendimento médico prioritário e manejo ou encaminhamento conforme critério médico.

Considerar como atendimento prioritário.

Dor torácica moderada, > 2 horas, vômitos associados

Pressão Arterial $\leq 80/40$ mmHg

Hipertensão sintomática: PA $\geq 150/100$ mmHg com Cefaléia, náusea, vômitos, vertigem, etc

HGT ≥ 300 mg/dl com sintomas ou ≤ 50 mg/dl sem sintomas

Luxações, entorses

Gestantes: sangramento no 1º trimestre, dor em baixo ventre; perdas de fluidos vaginais; diminuição da mobilidade fetal após 24 semanas

Hematêmese ou Melena – evidência visual

Desidratação em crianças, inapetência, letargia, prostração Sinais de Meningismo (rigidez nuchal, fotofobia e cefaleia)

Reação alérgica aguda (< de 12 horas), com sintomas respiratórios e/ou edema

Cefaleia com alteração de sinais vitais, vômitos, desmaio

Acidente com animal peçonhento com sinais e sintomas sistêmicos

Febre persistente (+ de 48h), em crianças, com uso de antitérmicos

Diarréia aguda (mais de 5 episódios por dia) sem sinais de desidratação em crianças

Dor abdominal aguda com náusea e/ou vômitos

Otalgia aguda

Irritação conjuntival recente com secreção

Acidente com animal peçonhento sem sinais e sintomas sistêmicos

Sintomas urinários agudos

Ferimentos

ATENDIMENTO NO DIA

(Médico/Enfermeiro) - Atendimento no dia e agendamento de consulta médica ou de enfermagem se necessário.	Dor crônica com agudização recente
	Constipação Intestinal aguda sem sinais de gravidade
	Assaduras em bebês
	Pediculose e Escabiose
	Inapetência e hipoatividade em crianças sem alteração de sinais vitais
	Diarréia/Vômitos sem sinais de desidratação em adultos
	Corrimentos vaginais/Queixas ginecológicas
	Dismenorreia
	Dermatite crônica
	Dor aguda leve (1-3) sem sintomas associados e em pacientes sem história de coronariopatia ou embolia pulmonar
	Dor de característica muscular (localizada, evidenciada à palpação, que piora com movimentos dos membros)
	Início de Planejamento Familiar (Médico/Enfermeiro)

SITUAÇÃO NÃO AGUDA

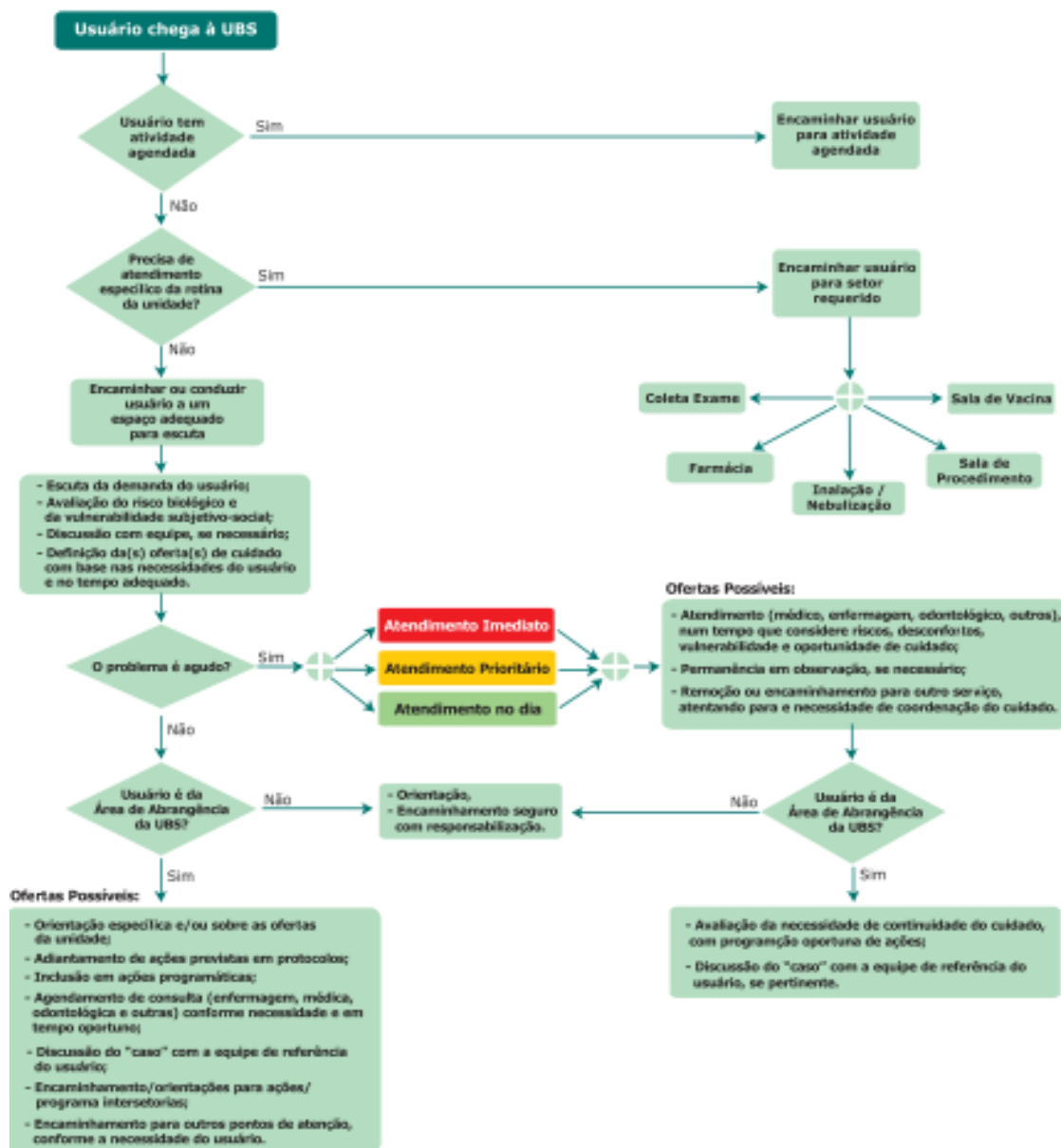
AGENDAMENTO DE CONSULTA (Médico/Enfermeiro) - Agendamento de consulta ou agendamento de ação programática, conforme protocolos específicos.	Atendimento programado (Pré-Natal, Puericultura, Hiperdia, Saúde Mental, etc.) seguindo os protocolos específicos
	Puericultura, Hiperdia, Saúde Mental, etc.) seguindo os protocolos específicos
	Renovação de receitas, requisição e/ou retorno de exames
	Histórico de cólica/ irregularidade menstrual
	Encaminhamentos, contra referências, atestados e laudos
	Problemas ou queixas crônicas (com mais de 15 dias), sem agudização

5. FLUXO DE ACESSO DO USUÁRIO NAS USF E UBS

O fluxograma a seguir, instituído, representa a organização do acesso dos usuários nas USF e UBS, abrangendo todos os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) do município, considerando a recepção como o primeiro ponto de contato. Quando não for possível definir imediatamente a oferta de cuidado, deve direcionar o(s) usuário(s) para escuta e avaliação, com base nas necessidades dos mesmos. O acolhimento deve ocorrer em sala específica denominada de “Sala de Acolhimento e escuta qualificada”. Ainda, o referido fluxo propõe:

1. Que usuários com atividades agendadas (consultas, grupos, por exemplo) ou da rotina da unidade (vacina) devem ser recebidos e devidamente direcionados, evitando esperas desnecessárias com potencial de confusão na recepção.
2. Que os trabalhadores encarregados de escutar demandas que surgem espontaneamente (sem agendamento prévio) devem ter: capacidade de analisar a demanda (identificando riscos e analisando vulnerabilidade), clareza das ofertas de cuidado existentes na UBS, possibilidade de diálogo com outros colegas, algum grau de resolutividade e respaldo para acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários.

Figura 1 – Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento de demanda espontânea e programada

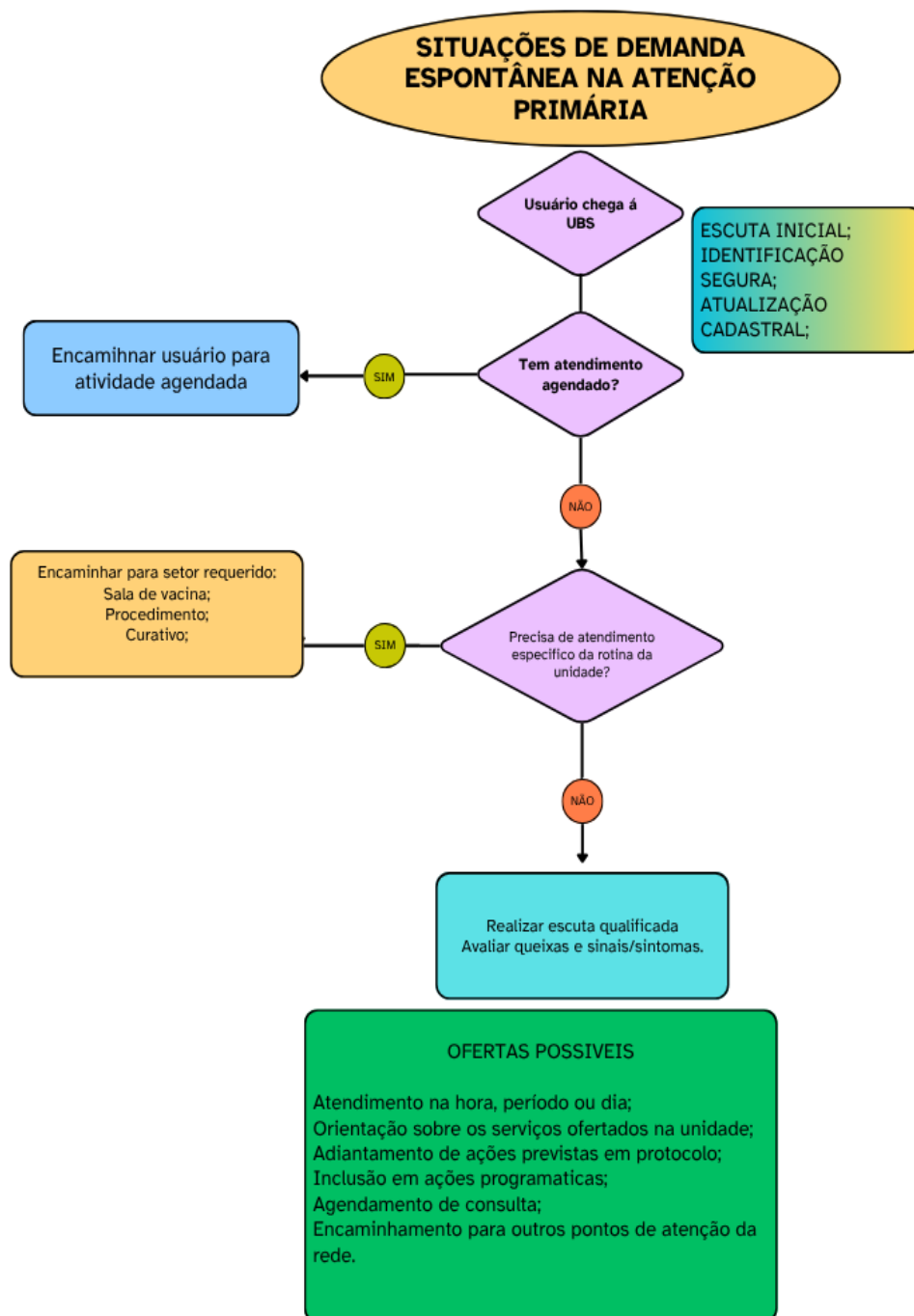


Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

5.1 FLUXO DE ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA APS

O fluxo de acolhimento à demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde (APS) visa organizar o atendimento imediato às queixas não agendadas, garantindo escuta qualificada, triagem adequada e encaminhamentos eficientes. A figura abaixo ilustra esse processo, destacando as etapas essenciais para um cuidado resolutivo e centrado no usuário.

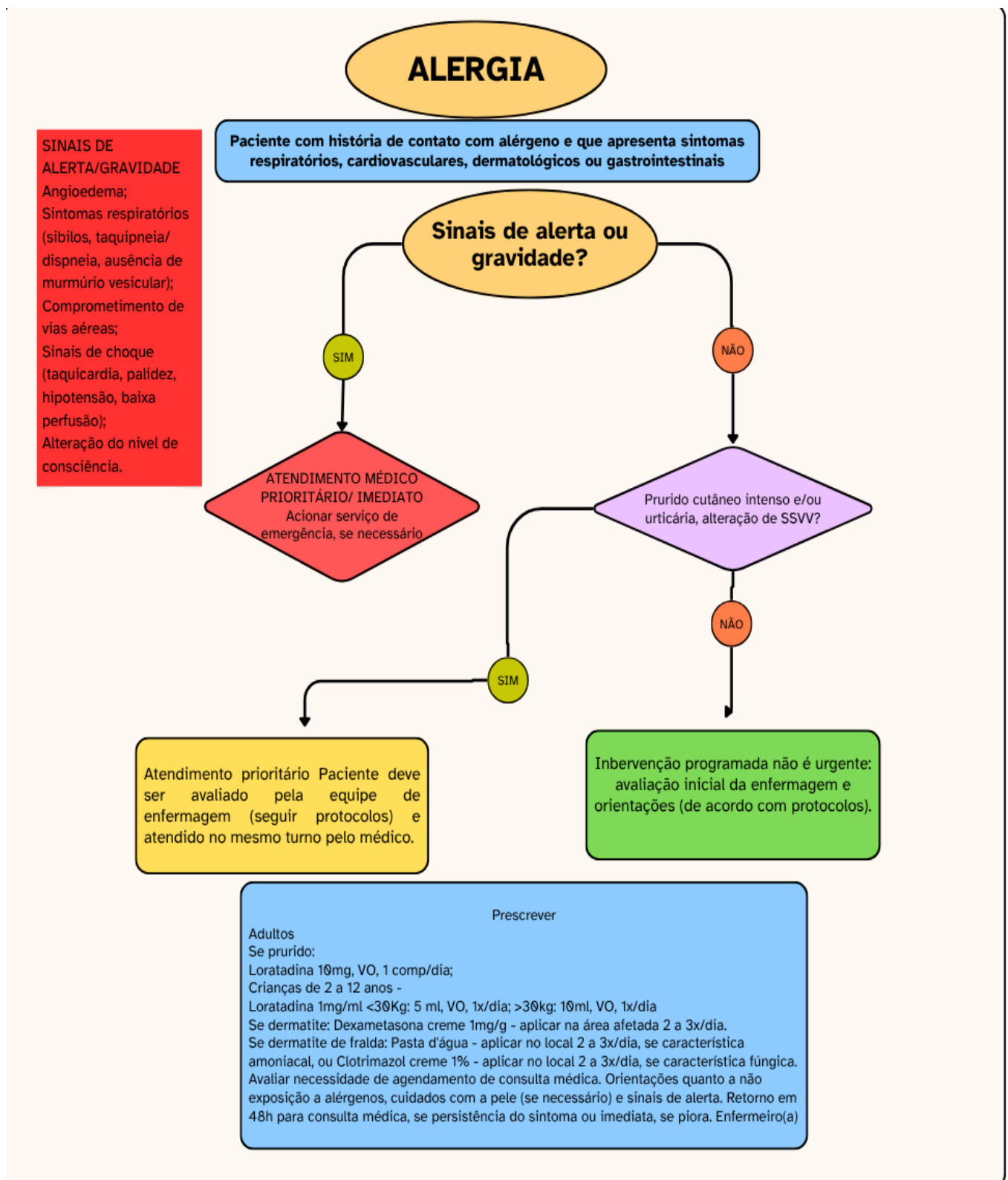
Figura 2 – Fluxograma de organização do processo de trabalho da equipe referente ao acolhimento à demanda espontânea



6. QUEIXAS COMUNS NO ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E URGÊNCIAS/ EMERGÊNCIAS

Este tópico apresenta as queixas mais frequentes na demanda espontânea, bem como os sinais de urgência e emergência que a equipe de enfermagem deve identificar. Abaixo são listadas as principais queixas facilitando o processo de acolhimento e a tomada de decisão adequada no atendimento.

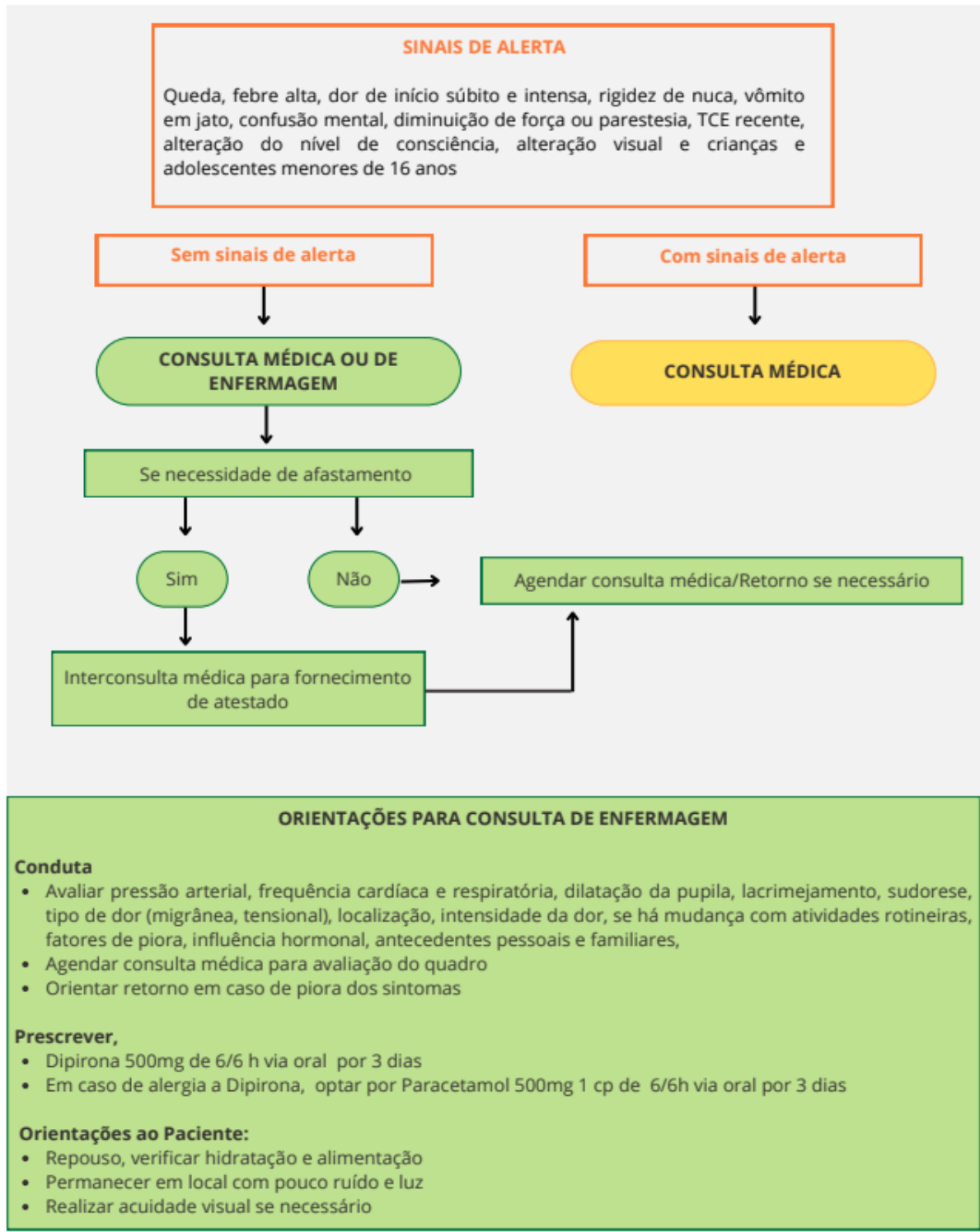
6.1 Alergia



6.2 Cefaleia

CEFALEIA

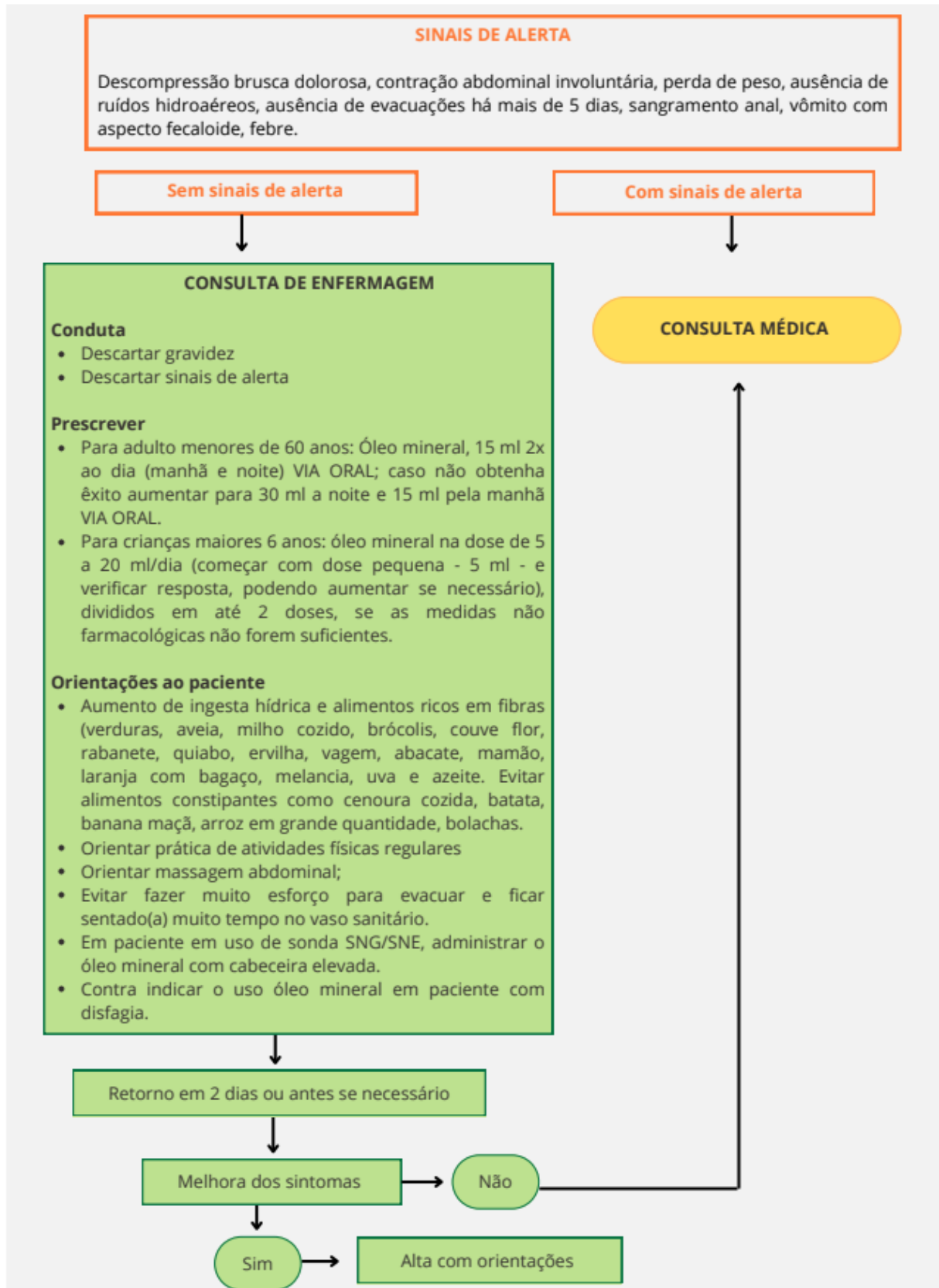
Sensação dolorosa em qualquer parte da cabeça



6.3 Constipação Intestinal

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

Dificuldade para evacuar, evacuação incompleta ou com fezes endurecidas



6.4 Diabetes Descompensada

HIPERGLICEMIA

Aumento dos níveis de glicemia no sangue em pacientes COM diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) > 130 mg/dl em jejum ou > 180mg/dl pós prandial.

SINAIS DE ALERTA

Gravidez, crianças, náuseas, vômitos, miastenia, dor abdominal com defesa, sinais de desidratação, hipotensão, taquipneia, hálito cetônico, sonolência, boca seca, visão turva, diarreia, torpor/coma, sinais de infecção. Glicemia $\geq$ 250 mg/dl

Sem sinais de alerta

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Conduta

- Checar uso da medicação pelo paciente, caso não tenha tomado, medicar conforme prescrição médica em receita e/ou prontuário.

Orientações ao paciente

- Mudanças de hábitos de vida (alimentação, atividades físicas, com ingestão adequada de carboidratos antes das atividades físicas)
- Fracionamento da dieta
- Reorientação do uso correto de medicações; avaliar técnica de aplicação de insulina
- Importância do autocuidado.

Fazer o automonitoramento da glicemia capilar ou o monitoramento na unidade de saúde.

Retorno em 7 dias com a planilha ou antes se necessário

Melhora dos sintomas

Sim

Não

Alta com orientações e agendar consulta de rotina para acompanhamento regular de DM

Com sinais de alerta

CONSULTA MÉDICA

6.5 Vômito / Náusea

NAÚSEA E VÔMITOS

Náusea: sensação eminente de vomitar associada à estase gástrica.

Vômito: expulsão oral forçada do conteúdo gástrico, associada à contração da musculatura.

SINAIS DE ALERTA

Gravidez, neoplasia, extremos de idade (crianças e idosos), febre, cefaléia, hiperglicemia, distensão abdominal e aumento de ruídos hidroaéreos, dor abdominal, presença de massas palpáveis, descompressão brusca dolorosa, contração abdominal involuntária, icterícia, alterações neurológicas, sinais de desidratação grave (ANEXO 5).

Sem sinais de alerta

CONSULTA MÉDICA OU DE
ENFERMAGEM

Com sinais de alerta

CONSULTA MÉDICA

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Conduta

- Identificar possíveis fatores desencadeantes;
- Descartar gravidez;
- Avaliar o grau de hidratação (Anexo 5):

Sem desidratação

- Manejar quadro em domicílio:

- Soro de Reidratação Oral: 1 copo no mínimo - 300 ml após perdas e livre demanda aos poucos

Terapia Medicamentosa

- Metoclopramida 10 mg 1 comprimido de 8/8 horas via oral

Desidratação leve à moderada.

- Soro de Reidratação Oral: 50 a 100 ml/kg - - na unidade de saúde;
- Reavaliar paciente a cada 30 minutos ou antes se necessário, observando sinais de gravidade ou piora clínica.

Orientações ao Paciente:

Orientar ingestão de refeições fracionadas e de acordo com a tolerância, evitar alimentos gordurosos, doces e ultraprocessados;

Orientar hidratação oral: água, água de coco, sucos naturais, leite (respeitando as intolerâncias). Evitar bebidas com adição de açúcar.

Melhora dos sintomas e dos sinais de desidratação

Não

Sim

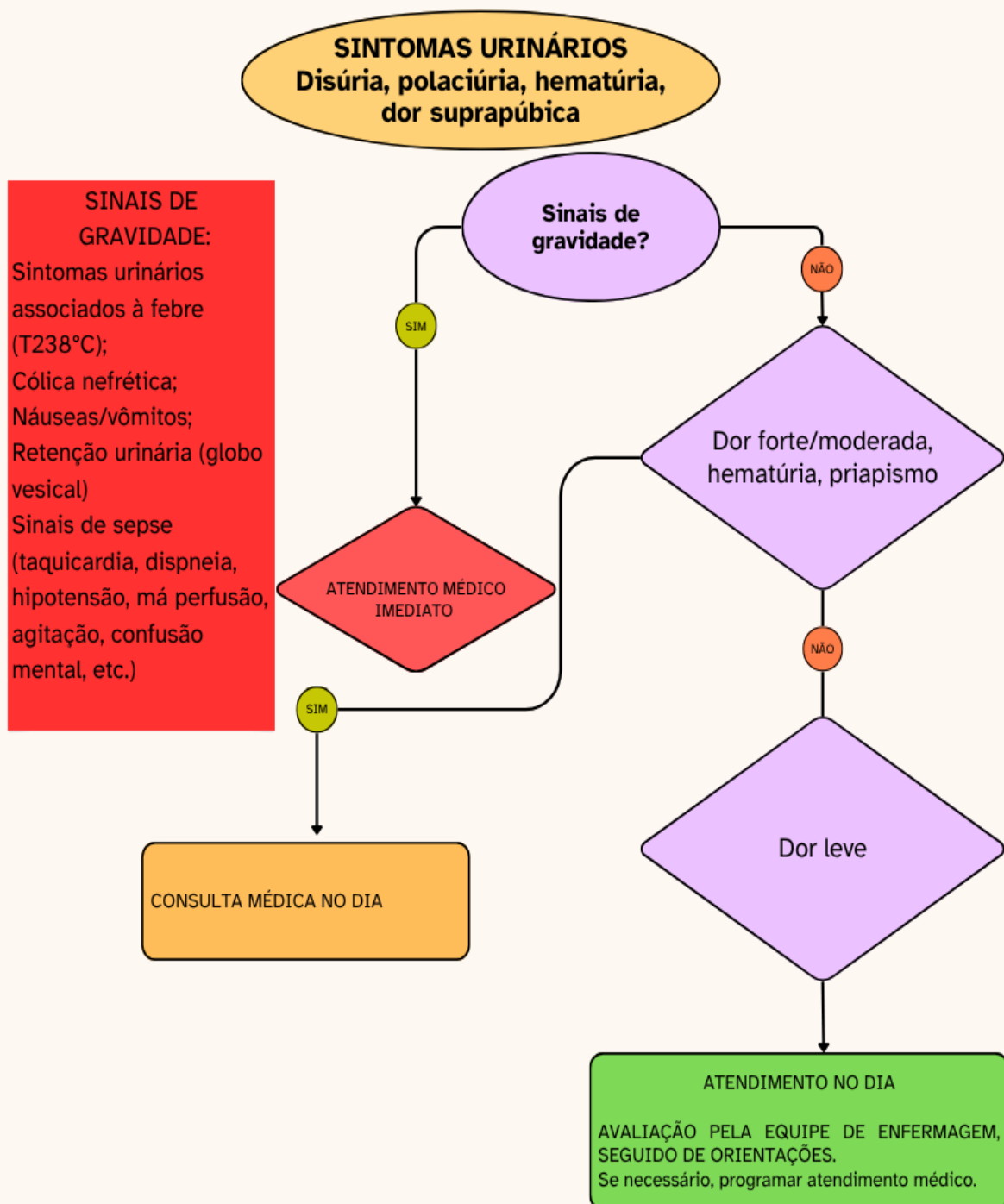
Alta com prescrição de SRO para o domicílio e orientar:

- **Se não houver melhora em até 24 horas:** retorno a unidade de saúde ou emergência, **OU**
- **Se piora clínica:** retorno a qualquer momento.
- **Alimentação:** refeições leves, fracionadas e de acordo com a tolerância. Evitar alimentos gordurosos, doces e ultraprocessados;
- **Hidratação oral:** água, água de coco, sucos naturais, leite (respeitando as intolerâncias). Evitar bebidas com adição de açúcar.

6.6 Dismenorreia



6.7 Disúria



6.8 Azia / Pirose

AZIA/PIROSE

Sensação de dor ou queimação no esôfago causada pela regurgitação de ácido gástrico.

SINAIS DE ALERTA

Gravidez, neoplasia, extremos de idade (crianças e idosos), emagrecimento, vômitos persistentes, hematemese, disfagia, anemia, massa abdominal palpável, história familiar de câncer gastrointestinal, cirurgia gástrica prévia.

Sem sinais de alerta

Com sinais de alerta

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Conduta

- Identificar a causa de origem das náuseas e vômitos
- Descartar gravidez

Prescrever

- Hidróxido de alumínio, 5 ml (uma colher de chá) VO 3x/dia (uma hora após refeições e/ou antes de deitar-se) por no máximo 14 dias.

OBS.: atentar para possível efeito rebote e evitando uso rotineiro já que a medicação não promove alívio a médio prazo.

Orientações ao paciente

- Reeducação de hábitos alimentares (evitar alimentos condimentados, temperos ácidos, frituras, bebidas alcoólicas ou gaseificadas, cafés, chás escuros, chocolates, sucos artificiais, cessação de tabagismo e fracionar refeições, evitando ingerir grandes quantidades de alimento;
- Para pessoas com Doença Refluxo Gastroesofágico (DRGE) já diagnosticado, orientar repouso em decúbito elevado, evitar deitar-se logo após ingestão de alimentos;

CONSULTA MÉDICA

Retorno em 2 dias ou antes se necessário

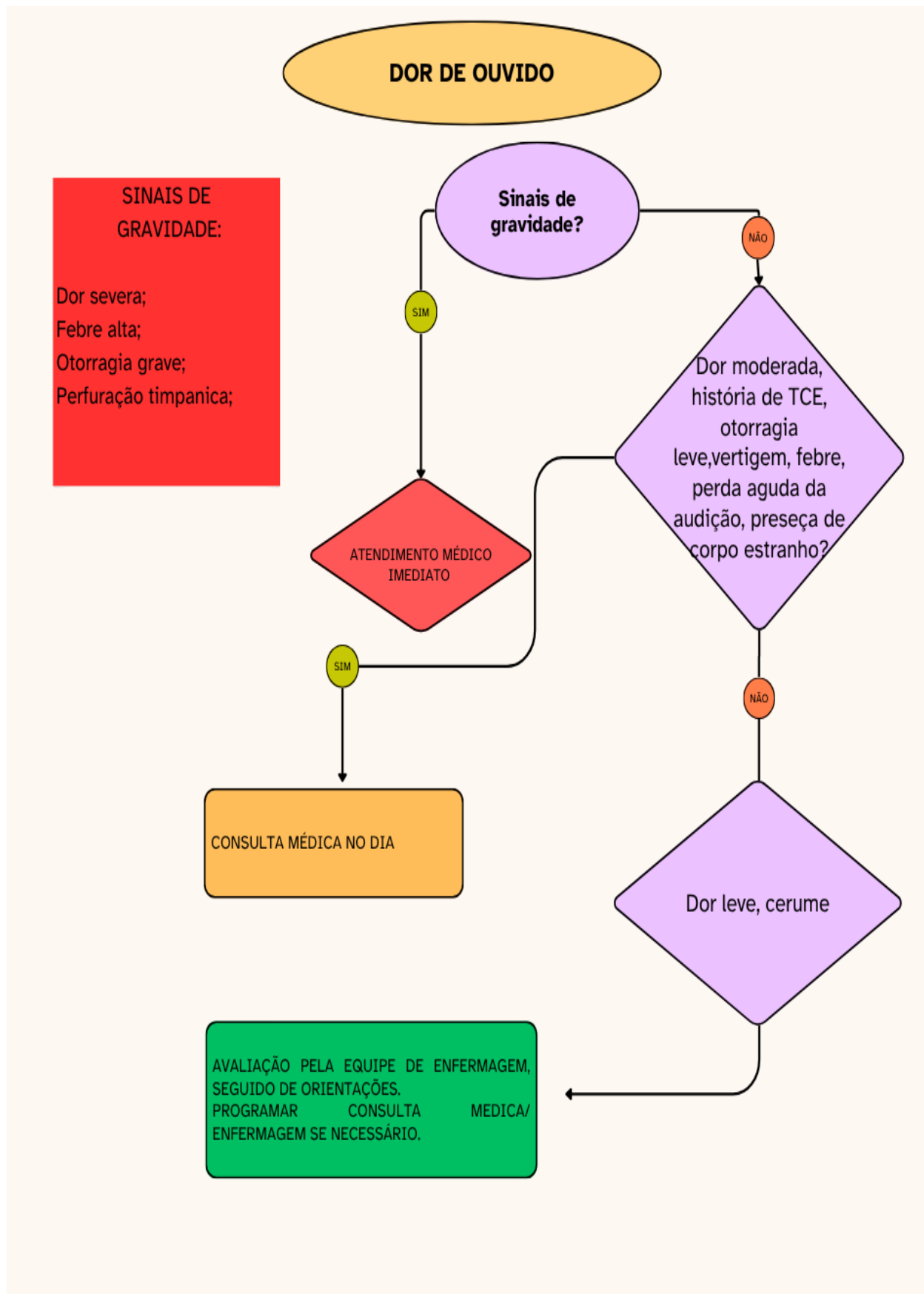
Melhora dos sintomas

Não

Sim

Alta com orientações

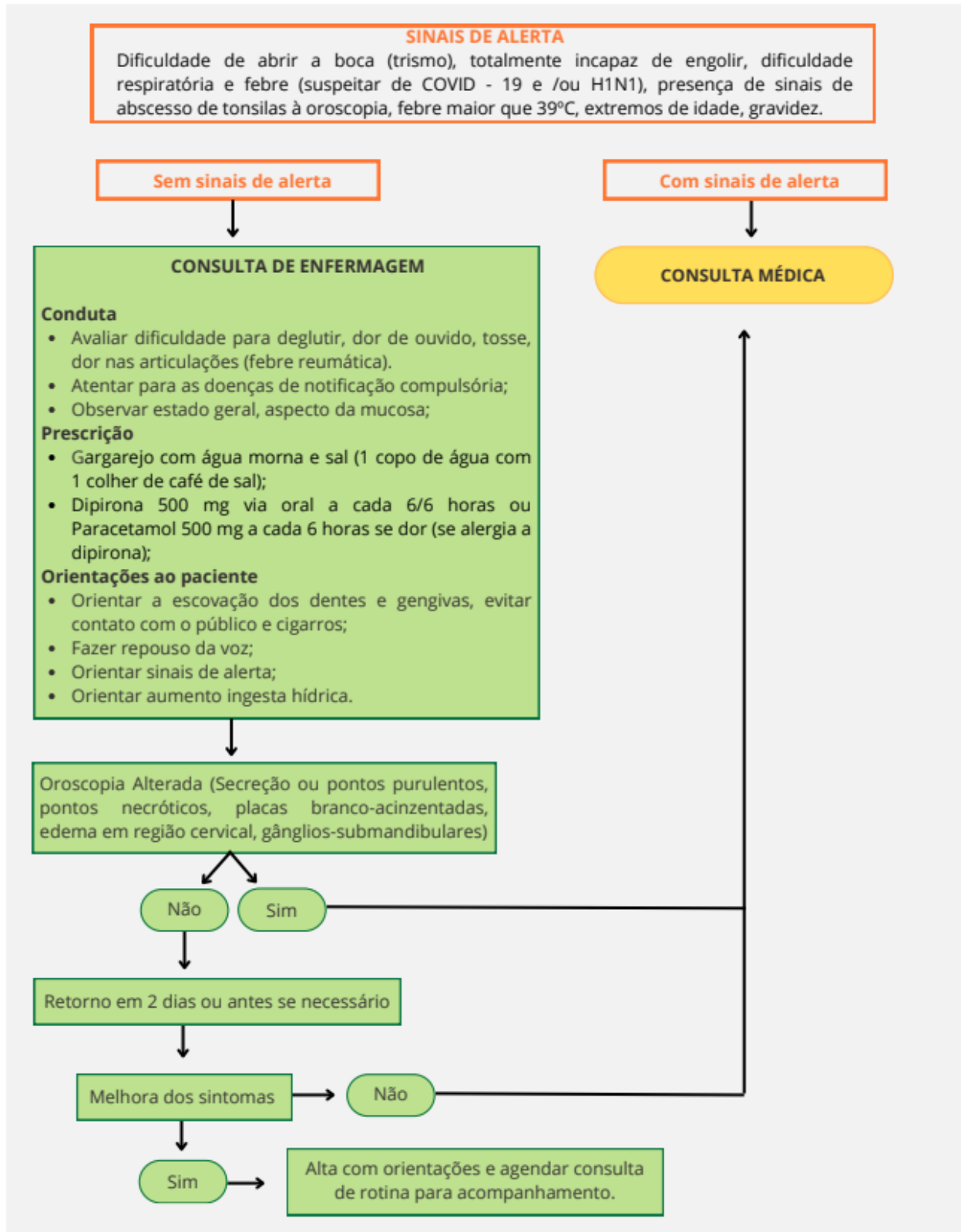
6.9 Dor de Ouvido



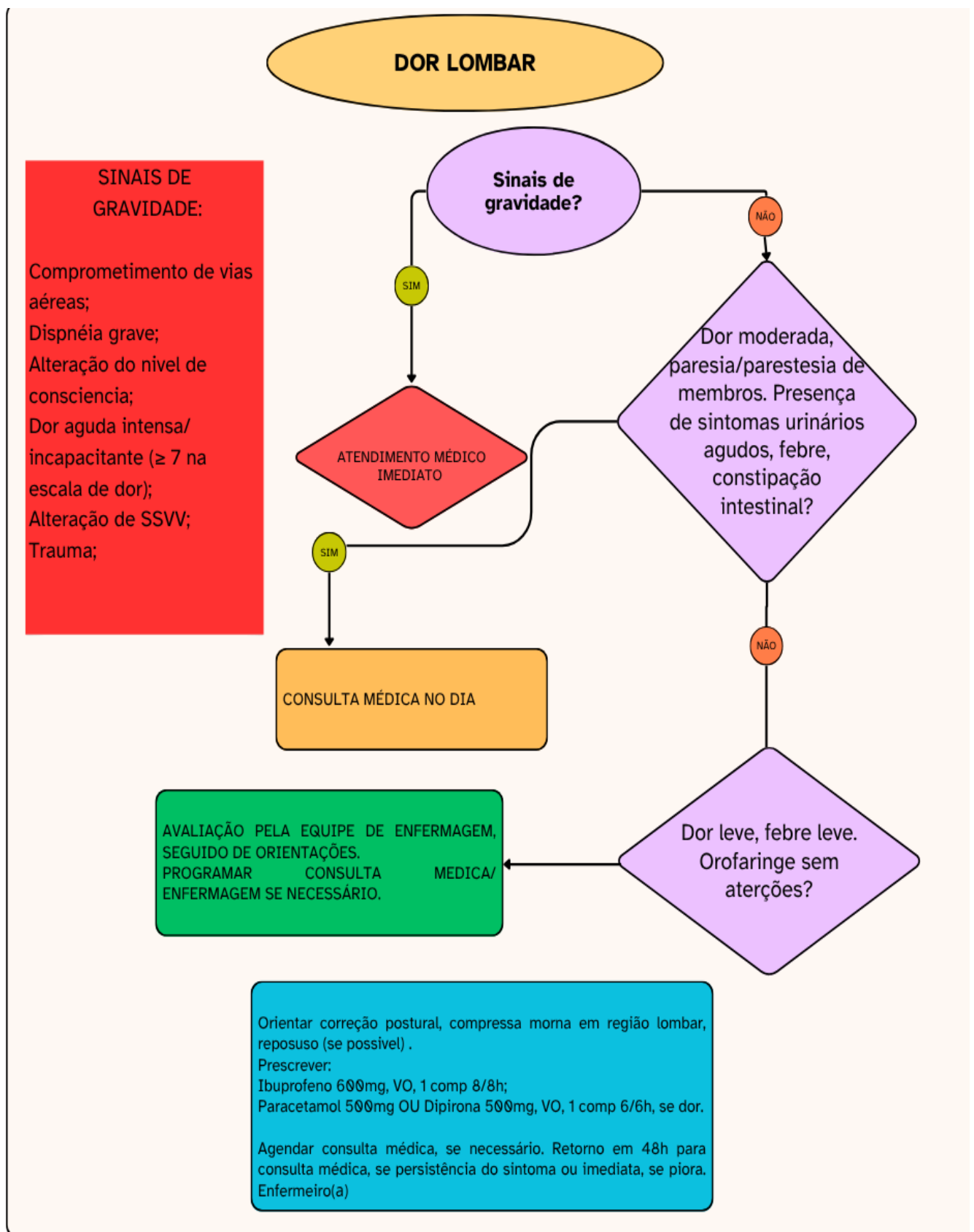
6.10 Dor de Garganta

DOR DE GARGANTA

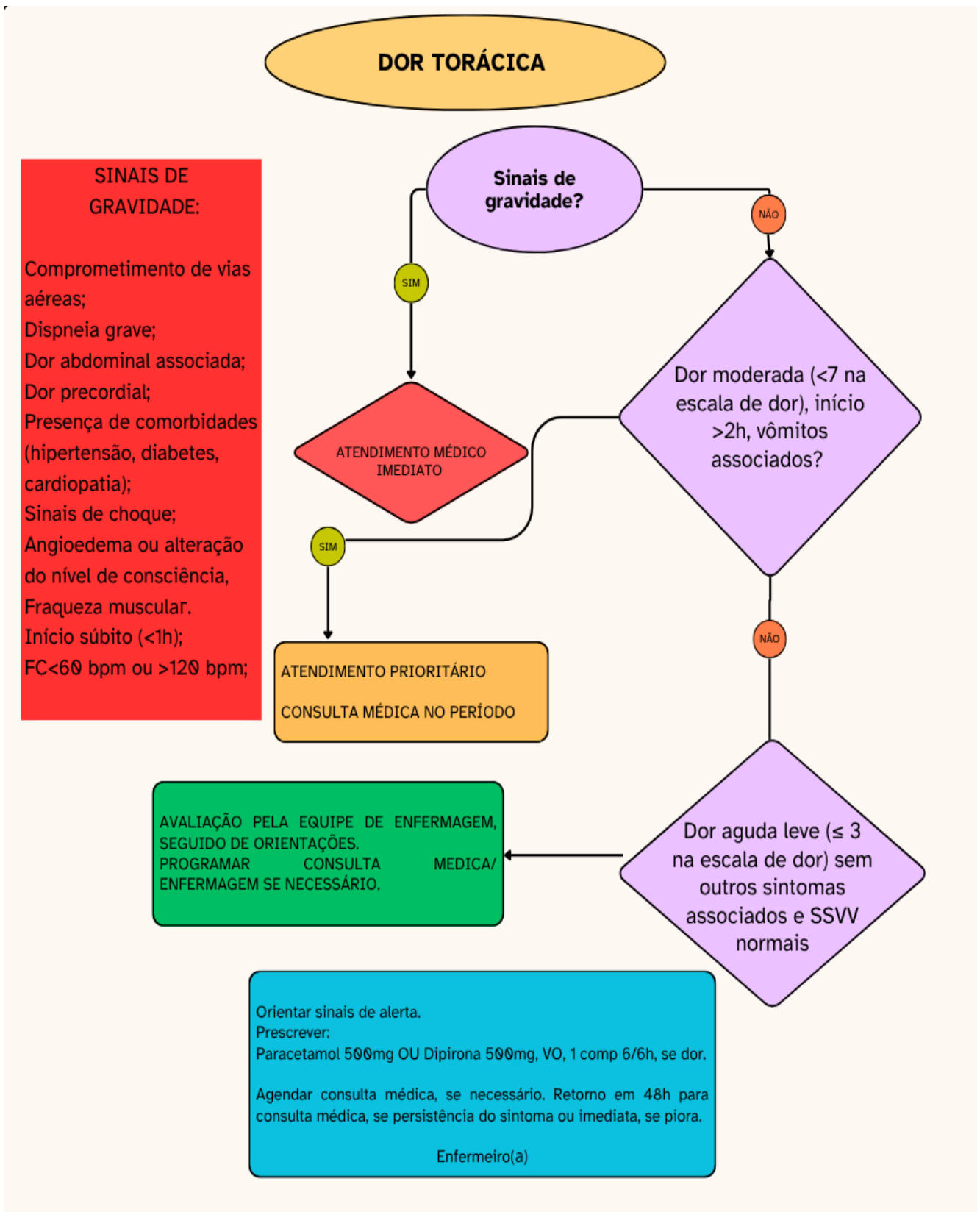
Dor de garganta sem outros sintomas associados (resfriado, tosse, etc.)



6.11 Dor Lombar



6.12 Dor Torácica



6.13 Elevação da Pressão Arterial

PRESSÃO ARTERIAL ALTERADA

Paciente SEM diagnóstico prévio de Hipertensão Arterial Sistêmica (PAS >140mmHg/PAD >90mmHg/)

SINAIS DE ALERTA

dor torácica, desconforto respiratório, parestesia ou alteração de força em membro, alteração de fala, agitação ou confusão mental, alterações do nível de consciência, alterações visuais, cefaleia intensa ou de início súbito, vômito, PAS $\geq$ 160 PAD $\geq$ 90mmHg. Gravidez.

Sem sinais de alerta

Com sinais de alerta

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Conduta

- Avaliar se possível pseudocrise e estado emocional;
- Seguir fluxo de rastreio para HAS;
- Ofertar práticas integrativas (auriculoterapia etc.)
- Construção conjunta com o paciente do projeto terapêutico de acordo com a realidade do mesmo, para ampliar a adesão ao tratamento.
- Observação por 30 minutos;

Orientações ao paciente

- Controle e monitoramento de pressão arterial (medida residencial ou na unidade de saúde) por 7 dias;
- Mudança de estilo de vida (alimentação, exercícios físicos, etc.).

CONSULTA MÉDICA

Melhora dos sintomas após observação

Sim

Não

Retorno em 7 dias ou antes se necessário

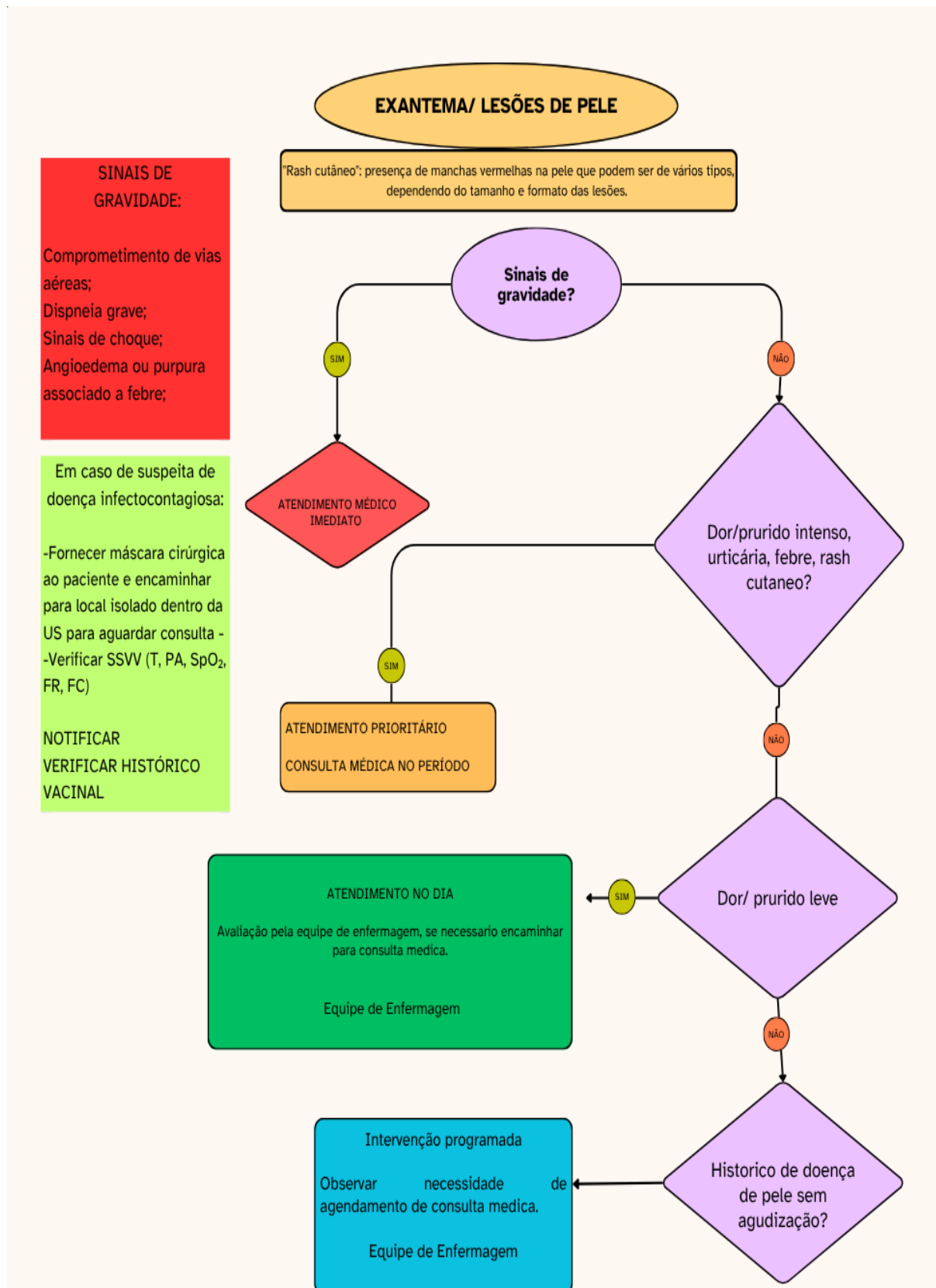
Melhora dos sintomas

Sim

Não

Alta com orientações e agendamento de consulta de rotina.

6.14 Exantema / Lesões de Pele



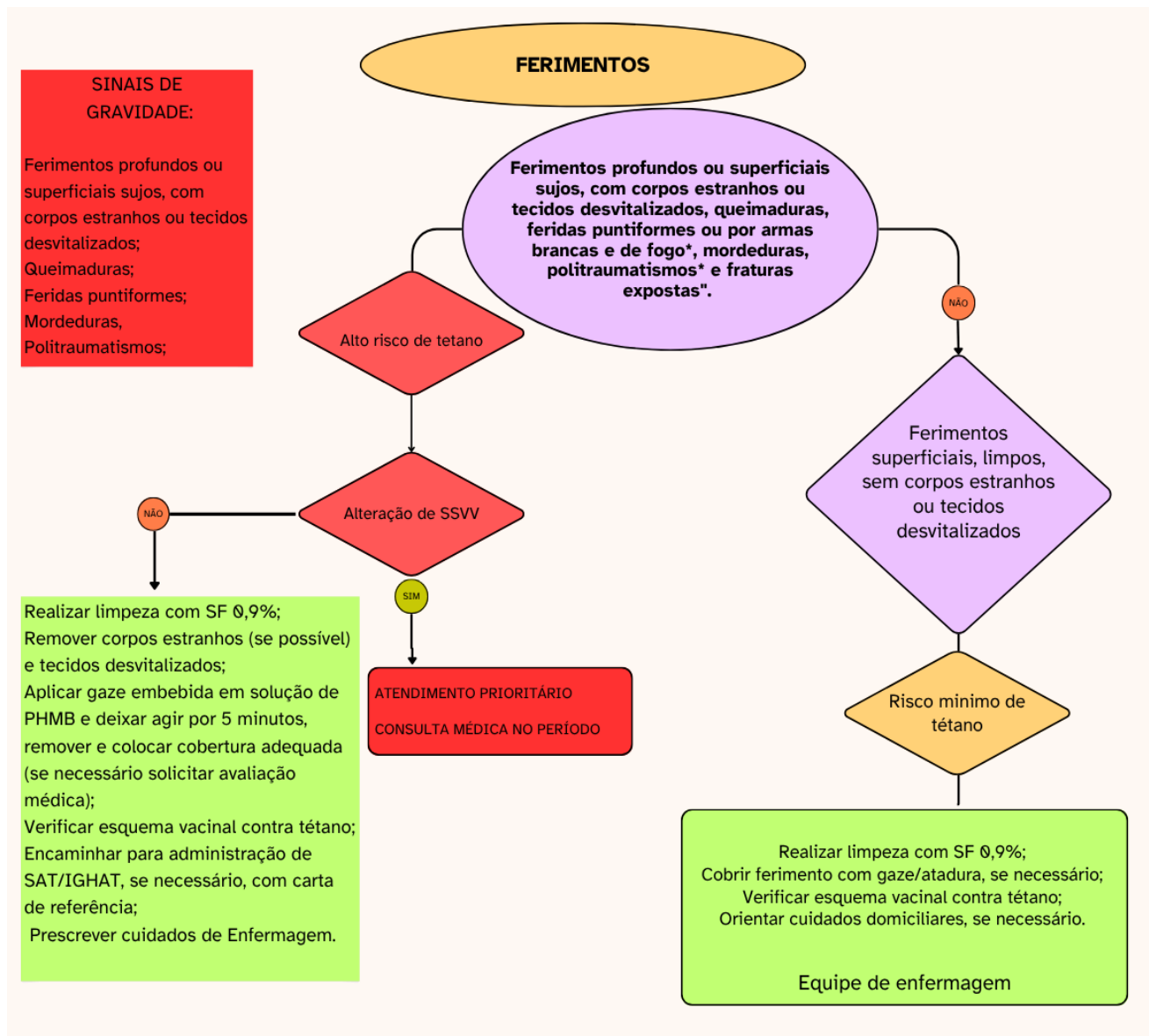
Características clínicas e epidemiológicas das principais doenças exantemáticas

Doença	Idade; Estação do ano; Período de incubação	Período prodrômico	Exantema
Sarampo	2-9 anos e pessoas não imunizadas Primavera e inverno; 10-12 dias	Coriza e tosse seca. Mal-estar, febre alta	Maculopapular que inicia na cabeça, atrás das orelhas, com progressão craniocaudal de máxima intensidade no 3º dia, desaparecendo em 4-6 dias com descamação furfurácea. Manchas de Koplik.
Rubéola	Crianças maiores, adolescentes e pessoas não imunizadas. Inverno e primavera; 14-21 dias (média de 16 dias)	Geralmente ausente em crianças	Máculas róseas que se desenvolvem na face, pouco confluentes. Início na cabeça com rápida generalização para tronco e membros, sem descamação. Associação com linfadenopatia cervical e retroauricular
Enterovírus	Lactentes; Verão e outono; 3-6 dias	Geralmente ausente ou febre e mal estar de curta duração. Se Echovirus 16: Febre e irritabilidade	Padrão diverso: 1) Síndrome mão-pé-boca (Coxsackie A): lesões vesiculares em boca, mãos e pés. 2) Exantema de Boston (Echovirus 16) evolução semelhante ao exantema súbito. 3) Lesões petequiais (Echovirus 9): Pode simular meningococemia (exantema + meningite).
Eritema infeccioso	5-15 anos (pico em 7 anos); Inverno e primavera; 6-14 dias	Ausente	Três estágios: 1) Exantema facial maculopapular em regiões malares (face esbofetada) 2) Lesões maculopapulares em membros, de aspecto rendilhado 3) Desaparecimento do exantema com recorrência induzida por irritantes cutâneos.
Escarlatina	5-12 anos; Inverno e primavera; 2-4 dias	Febre alta (12-48 horas) associada à cefaleia, amigdalite e dor abdominal.	Exantema puntiforme confluyente, áspero ao tato, de rápida evolução craniocaudal; palidez perioral (Sinal de Filatov), lesões acentuadas nas dobras cutâneas (Sinal de Pastia),

Características clínicas e epidemiológicas das principais doenças exantemáticas

Doença	Idade; Estação do ano; Período de incubação	Período prodrômico	Exantema
			descamação em placas. Associação com "língua em framboesa"
Impetigo	Pré-escolares; Verão; 2-4 dias	Ausente	Lesões eritematopapulosas com rápida evolução para formação de vesícula e crosta.
Meningococemia	Crianças e adultos jovens; Inverno e primavera; 1-10 dias (média 4)	Febre (24 horas), mal-estar, vômitos e cefaleia.	Lesões petequiais e purpúricas sem distribuição precisa, precedidas por um exantema maculopapular.
Mononucleose infecciosa	Adolescentes; Inverno; 4-6 semanas	Variável: Febre baixa, mal-estar, adenomegalia	Lesões maculopapulares discretas em tronco; sem descamação. Pode ser petequial e urticariforme. Exantema piora após uso de Ampicilina
Varicela	2-8 anos; Inverno e primavera; 10-21 dias (média de 15 dias).	Geralmente ausente em crianças	Evolução rápida de exantema maculopapular para vesícula e desta para crosta; início em tronco e progressão rápida para a face e extremidades poupando região palmo-plantar. Presença de polimorfismo regional
Exantema súbito	6-36 meses (95%); Primavera e outono; 10-15 dias	Febre alta (3-4 dias) e irritabilidade; bom estado geral	Lesões similares as da rubéola, não confluentes que iniciam após a febre, em tronco, com curta duração.
Doença de kawasaki	Incomum em crianças maiores de 12 anos. (50% em menores de oito anos)	Febre alta de início abrupto que geralmente não responde aos antitérmicos.	Início após três dias de febre podendo ser variante. Frequentemente escalatiniforme no tronco e eritematoso em palmas e plantas, com descamação de extremidades ao final. Pode estar associado a envolvimento de mucosas, conjuntivite e "língua em framboesa"

6.15 Ferimentos



HISTÓRICO DE VACINAÇÃO PRÉVIA CONTRA TÉTANO	RISCO MÍNIMO		ALTO RISCO	
	VACINA	SAT/IGHAT	VACINA	SAT/IGHAT
Incerta ou menos de 3 doses	SIM	NÃO	SIM	SIM
3 doses ou +, sendo a última há menos de 5 anos	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
3 doses ou +, sendo a última há + de 5 e menos de 10 anos	NÃO	NÃO	SIM	NÃO ¹

3 doses ou +, sendo a última há + de 10 anos	SIM	NÃO	SIM	NÃO ^{1,2}
--	-----	-----	-----	--------------------

1. Para paciente imunodeprimido, desnutrido grave ou idoso, além do reforço com a vacina, está também indicada IGHAT ou SAT.

2. Se o profissional que presta o atendimento suspeita de que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com SAT ou IGHAT. Quando indicado o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes.

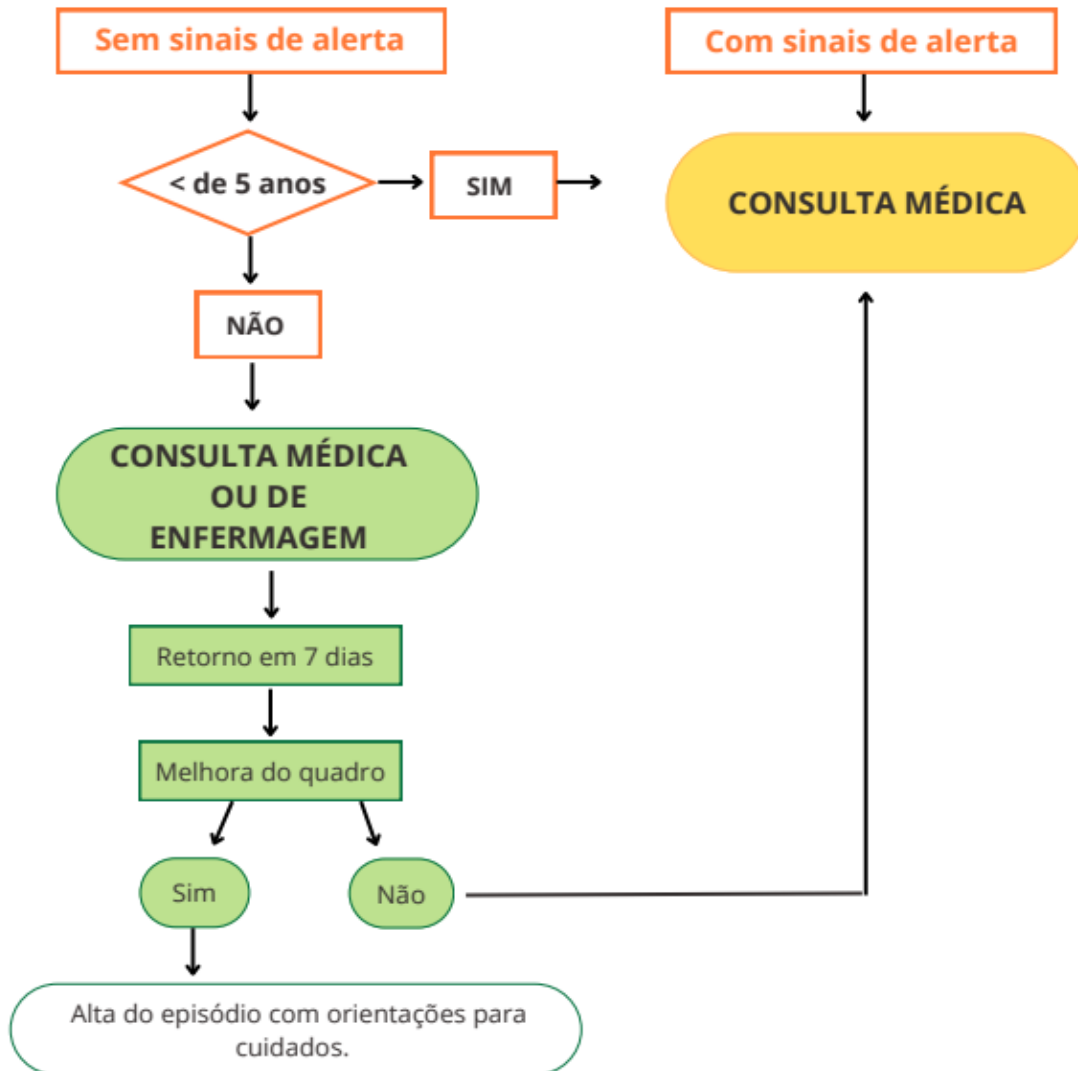
6.16 Escabiose e/ou Pediculose

ESCABIOSE

Lesões com intenso prurido, representada por pápulas eritematosas e túneis nos espaços interdigitais, antebraços, genitais e na região da cintura

SINAIS DE ALERTA

Lesões de pele disseminada ou com presença de exsudato purulento



ORIENTAÇÕES PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Orientação ao paciente

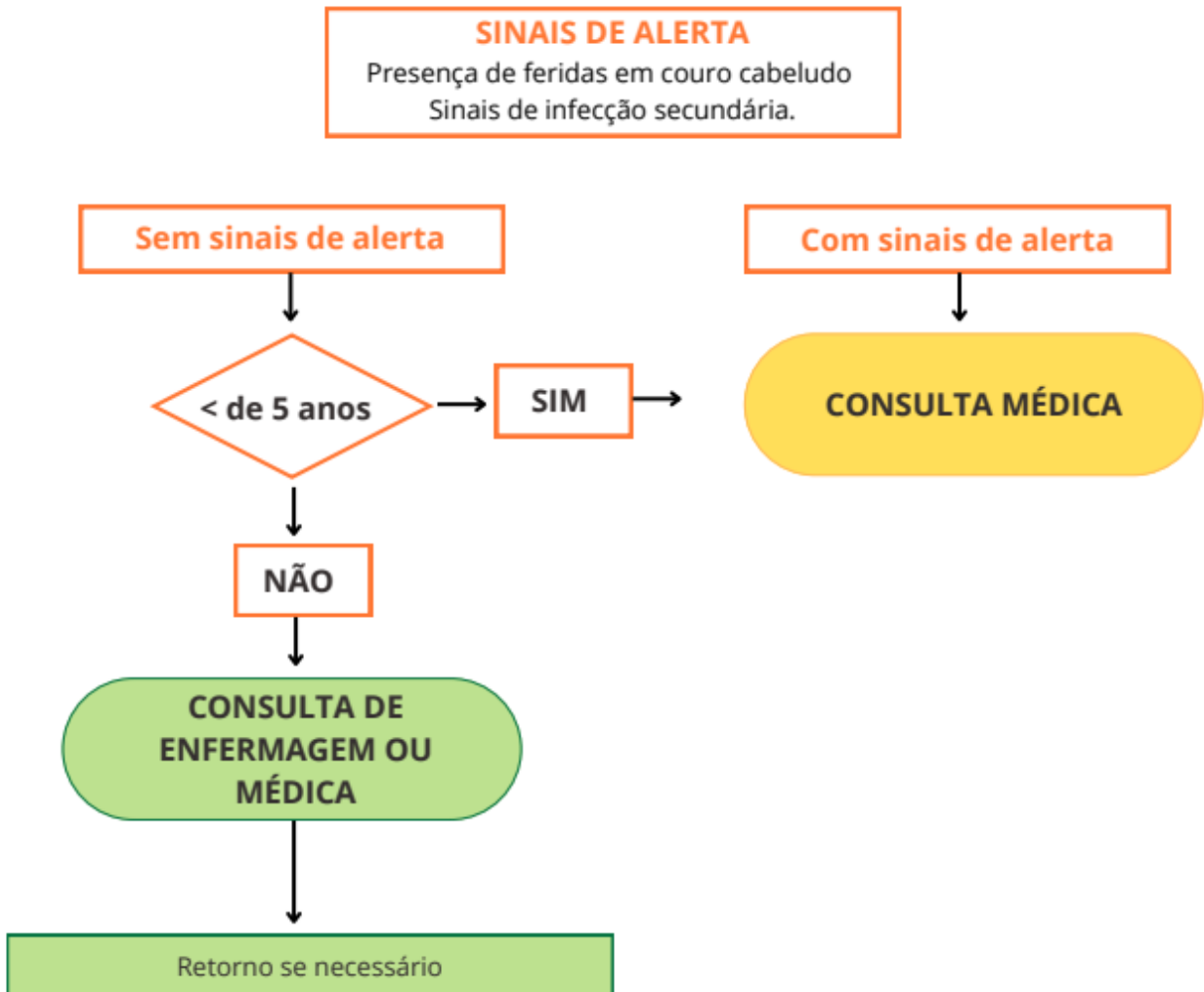
- Orientar medidas de prevenção, higiene pessoal, ambiental e transmissibilidade.
- Identificar contatos.

Prescrever, conforme Anexo 7:

1ª Opção: **Via tópica** - Permetrina loção 5% (maiores de 2 anos) 1 vez ao dia (dose única), na pele desde a cabeça até a sola dos pés, antes de dormir. Remover o produto com banho, no dia seguinte. Repetir a aplicação após 7 dias.

PEDICULOSE

Infestação de couro cabeludo por piolhos em qualquer fase do ciclo de vida (lêndeas, ninfas, insetos adultos)



ORIENTAÇÕES PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM

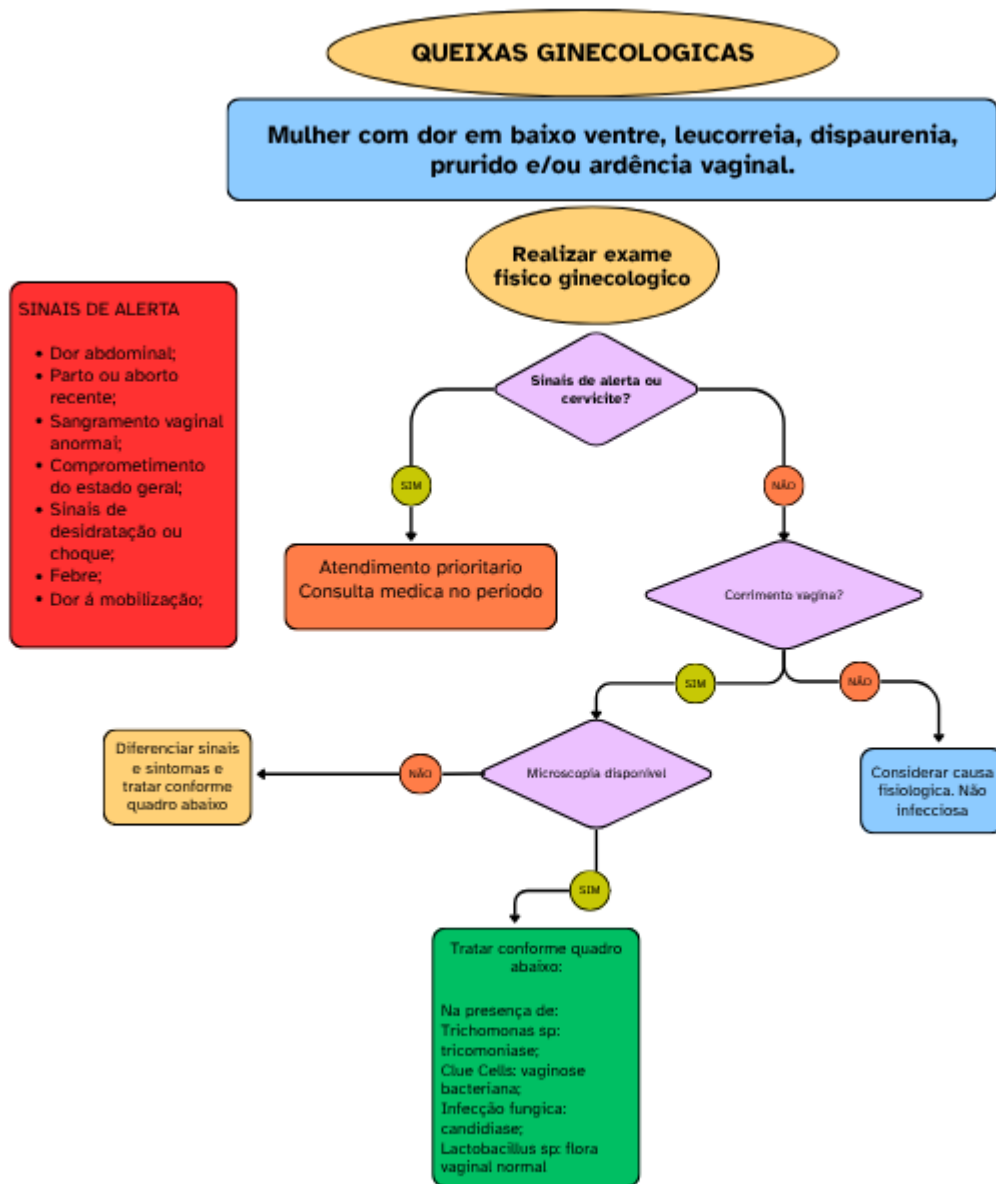
Orientação para o paciente

- Medidas de prevenção e higiene pessoal e ambiental, transmissibilidade.
- Retirar todas as lêndeas: passar o pente fino no mínimo uma vez ao dia, posteriormente lava-lo em água corrente e com sabão.
- Ferver os objetos pessoais, tais como: boné, lençol e roupas.

Prescrever, conforme Anexo 7:

- Permetrina 1% loção - 1 vez ao dia, por 5 dias. Aplicar em couro cabeludo à noite, antes de dormir e remover o produto com banho, no dia seguinte.
- Repetir a aplicação após 7 dias.

6.17 Queixas Ginecológicas

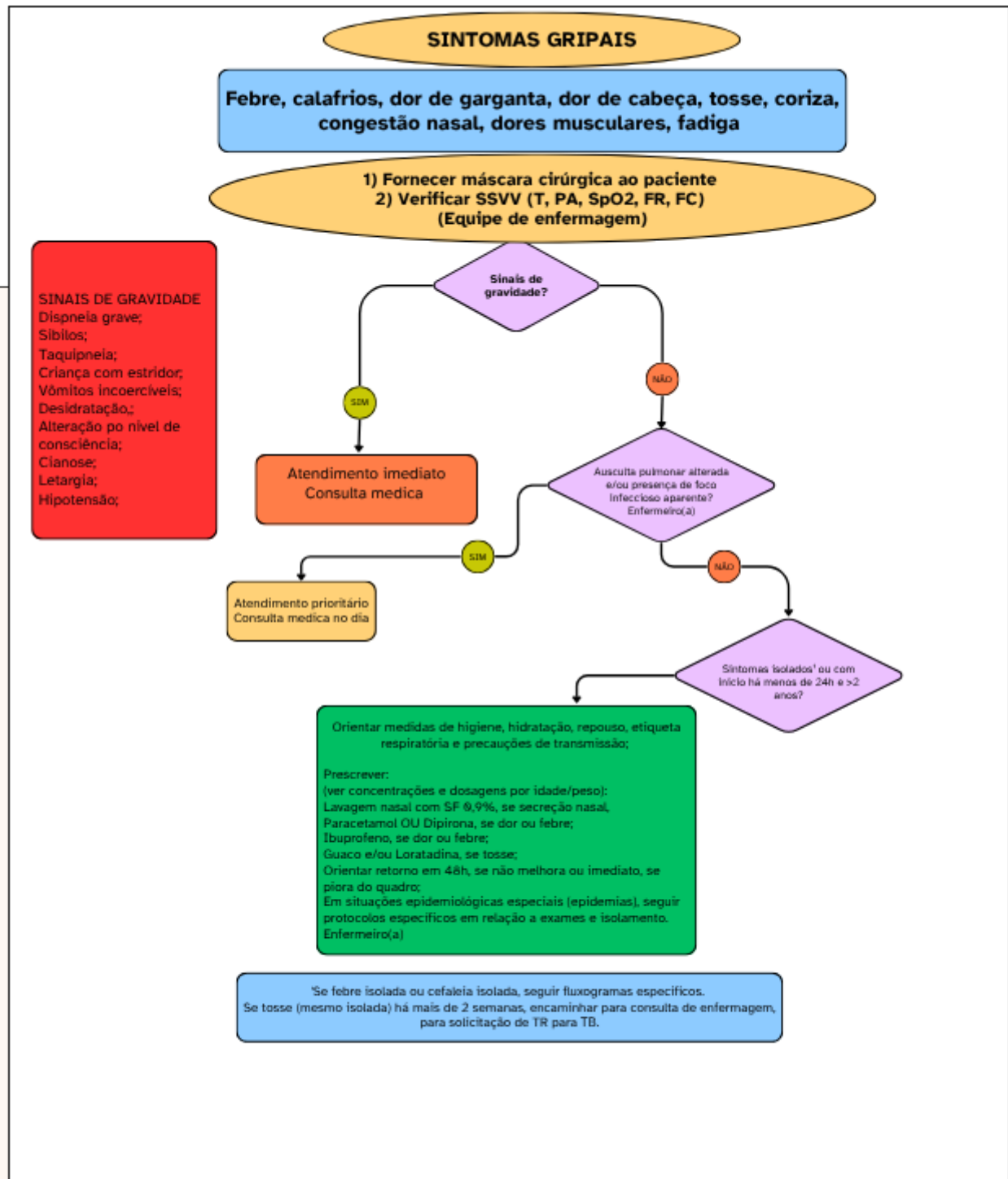


Fonte: BRASIL, 2016; COREN/SC, 2016; FLORIANÓPOLIS, 2018

QUADRO SÍNTESE PARA TRATAMENTO DE LEUCORREIA				
	Características Clínicas	Orientações	Tratamento (Médico/Enfermeiro)	Observações
Mucorreia	Ausência de inflamação vaginal e presença de muco claro e límpido.	Orientar sobre a fisiologia normal da vagina e as relações com a idade e oscilações hormonais.	xxxxxxxxxx	xxxxxxxxxx
Vaginose citolítica (Síndrome de crescimento excessivo do Lactobacillus)	Prurido vaginal, queimação, dispareunia, disúria terminal, corrimento branco abundante.	Ducha vaginal com bicarbonato (4 xícaras de água morna com 1-2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio). 2x/semana, a cada 2 semanas.	xxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxx
Candidíase vulvovaginal (Candida sp)	Secreção branca, grumosa, aderida à parede vaginal e ao colo; Sem odor, prurido vaginal intenso, edema de vulva, hiperemia de mucosa.	Medidas higiênicas: Uso de roupas íntimas de algodão (para melhorar ventilação e diminuir a umidade vaginal), evitar calças apertadas, retirar roupa íntima para dormir.	Miconazol creme a 2% - um aplicador cheio à noite, ao deitar-se, por 7 noites; OU Clotrimazol creme a 1% - um aplicador cheio à noite, ao deitar-se, por 7 noites.	Casos resistentes: Fluconazol 150mg. VO. dose única. Casos recorrentes (4 ou + /ano): Fluconazol 150mg, 1x/semana por 6 meses.
Vaginose bacteriana (Gardnerella, Mobiluncus, Bacteroides, Mycoplasma hominis, Peptococcus, outros anaeróbios)	Secreção vaginal acinzentada, cremosa, com odor fétido, mais acentuado após o coito. Sem sintomas inflamatórios	Fornecer informações sobre as IST e sua prevenção. Ofertar testes para HIV, Sífilis, hepatite B e hepatite C. Ofertar preservativos e gel lubrificante.	Via oral: Metronidazol 250mg, 1 comp. 8/8h, por 7 dias; OU 2 comp. 12/12h, por 7 dias; Via vaginal: Metronidazol gel, 1 aplicador cheio à noite, por 5 noites	O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. Orientar quanto ao efeito antabuse-não fazer uso de álcool antes, durante e após o tratamento
Tricomoníase (Trichomonas vaginalis)	Amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida. Prurido intenso, edema de vulva, colo com petéquias		TRATAR PARCEIROS: Metronidazol 250mg, 8 comp. (2g), via oral, dose única;	Orientar quanto ao efeito antabuse-não fazer uso de álcool antes, durante e após o tratamento.

QUADRO SÍNTESE PARA TRATAMENTO DE LEUCORREIA				
	Características Clínicas	Orientações	Tratamento (Médico/Enfermeiro)	Observações
	e em framboesa.	Avaliar situação vacinal de hepatite B e HPV. Convocar e tratar parcerias sexuais. Ofertar profilaxia pós exposição sexual para HIV, quando indicado.	OU 1 comp., via oral, 8/8h, por 7 dias; OU 2 comp., via oral, 12/12h. por 7 dias.	TODOS os parceiros devem ser tratados com dose única. Atenção: 50% dos casos são assintomáticos.
Gonorréia (Neisseria gonorrhoeae)	Podem ser assintomáticas em 70 a 80% dos casos.		TRATAR PARCEIROS Primeira escolha: Ceftriaxona, 500mg, IM, dose única; (exclusivo prescrição médica).	TODOS os parceiros dos últimos 60 dias devem ser tratados com dose única. Devido a possibilidade de Coinfecção e desenvolviment
Clamídia (Chlamydia trachomatis)	As queixas frequentes nos casos sintomáticos são: corrimento, sangramento pós-coito, dispareunia e disúria; Achados no exame físico: sangramento ao toque, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino		TRATAR PARCEIROS: Primeira escolha: Azitromicina, 1 g. VO, dose única; (exclusivo prescrição médica) Segunda escolha: Amoxicilina, 500mg, VO, 8/8hs, 7 dias. (exclusivo prescrição médica)	o da doença infecciosa pélvica, justifica-se o tratamento combinado de clamídia e gonorreia em TODOS os casos. As principais complicações da cervicite por Clamídia e gonorreia, quando não tratadas, incluem: doença inflamatória pélvica (DIP). infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.

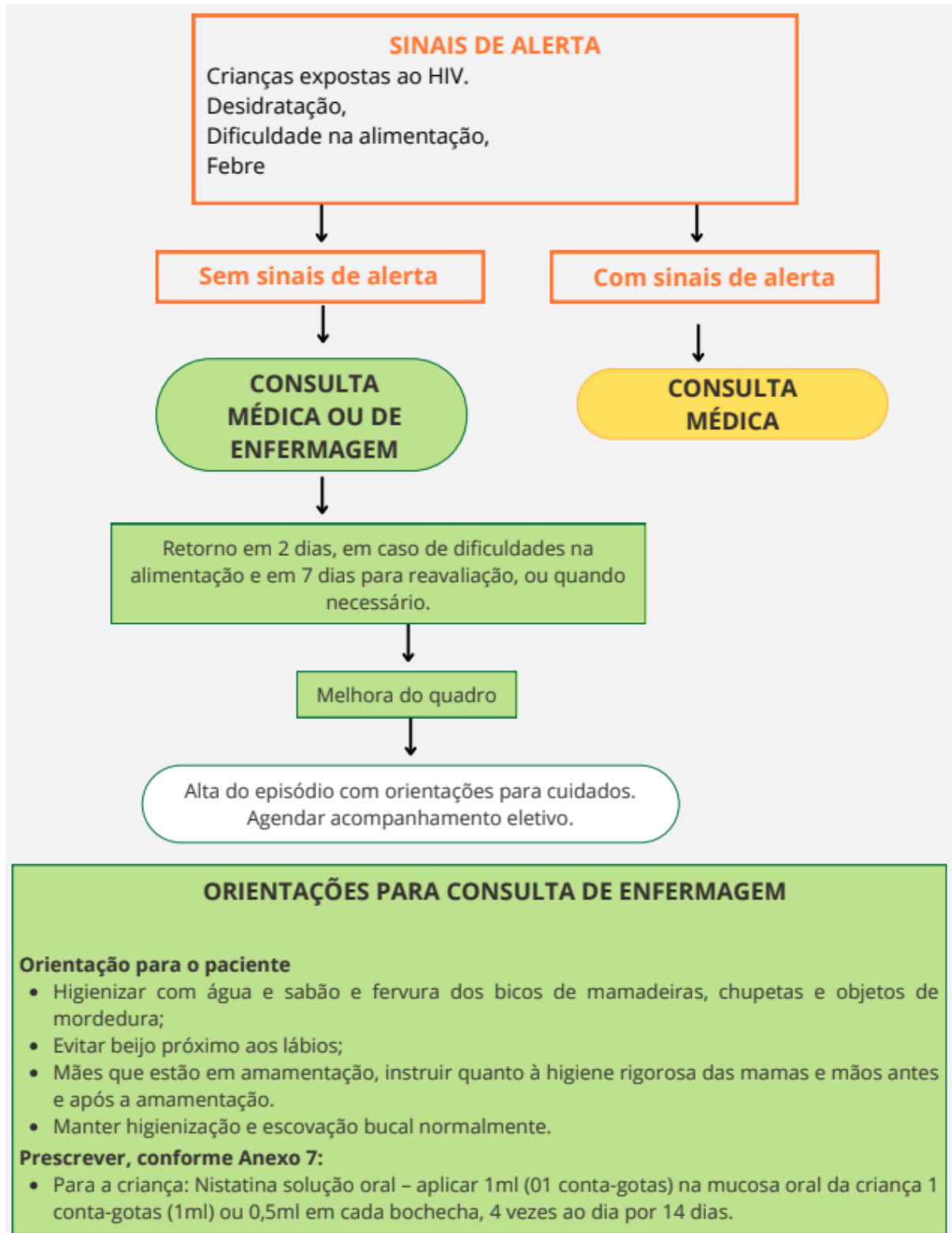
6.18 Sintomas Gripais



6.19 Monilíase Oral

MONILÍASE ORAL

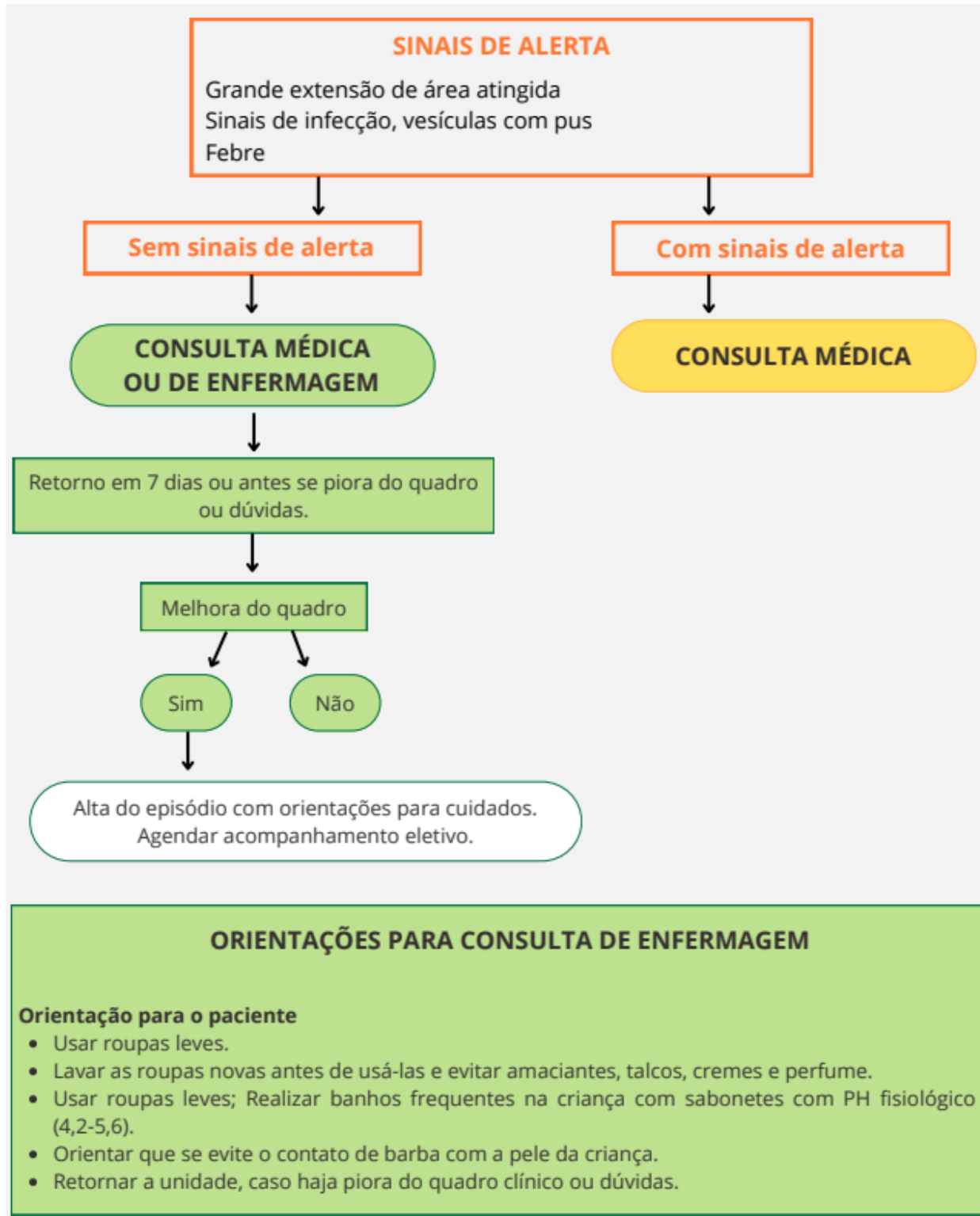
Conhecido como "sapinho" o mesmo apresenta-se como placas brancas grumosas aderentes a cavidade oral



6.20 Miliária (brotoeja)

Miliária (Brotoeja)

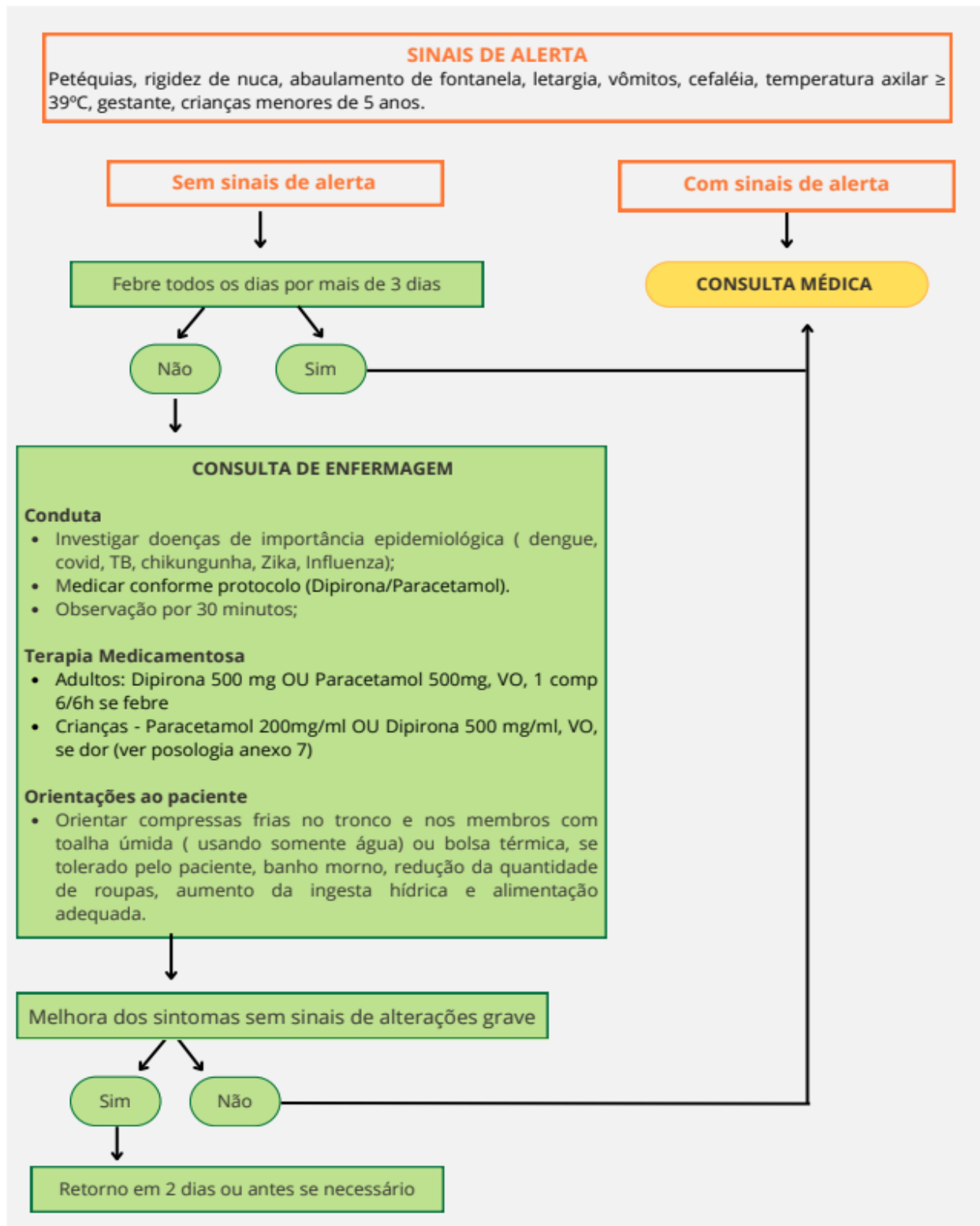
Lesão eritematosa microvesicular, pruriginosa, apresenta-se devido ao calor excessivo e umidade ou a substâncias que podem obstruir os poros, tais como cremes, talcos ou óleos.



6.21 Febre

FEBRE

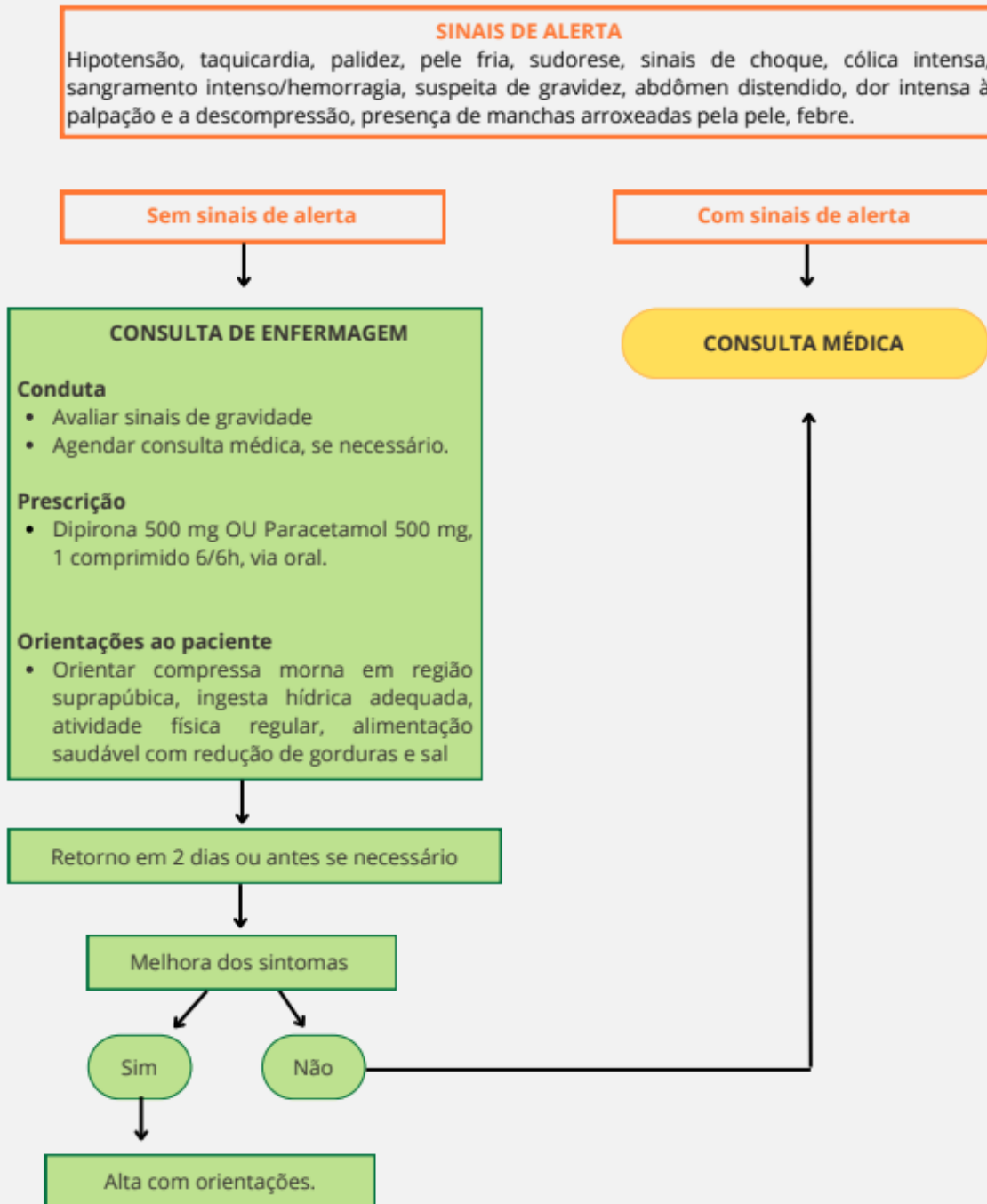
Aumento da temperatura corporal. Temperatura axilar $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$



6.22 Cólica Menstrual

CÓLICA MENSTRUAL

Dor na região pélvica que ocorre antes ou durante o período menstrual, de maneira cíclica



7. ANEXOS

ANEXO 1 - PARÂMETROS NORMAIS DOS SINAIS VITAIS CONFORME FAIXA ETÁRIA

Os sinais vitais são indicadores do estado de saúde e da garantia das funções circulatória, respiratória, neural e endócrina do corpo. Devem ser mensurados seguindo as orientações dos POPs específicos e avaliados em conjunto com os sintomas do paciente

Sinal Vital	Adultos	Crianças (por faixa etária)
Frequência Cardíaca (FC)	60 – 100 bpm	RN (0–1 mês): 100–180 bpm Lactentes (1–12 meses): 100–160 bpm 1–5 anos: 80–120 bpm 6–12 anos: 70–110 bpm
Frequência Respiratória (FR)	12 – 20 rpm	RN: 30–60 rpm Lactentes: 30–50 rpm 1–5 anos: 20–30 rpm 6–12 anos: 16–24 rpm
Pressão Arterial (PA)	Ideal: 120/80 mmHg	1 ano: 85/40 a 100/60 mmHg 5 anos: 90/60 a 110/70 mmHg 10 anos: 95/60 a 110/75 mmHg
Temperatura Corporal	36,5 °C – 37,2 °C	Igual ao adulto Febre: $\geq 37,8$ °C (axilar) ou ≥ 38 °C (oral/retal)
Saturação de O₂ (SpO₂)	$\geq 95\%$ (em ar ambiente)	$\geq 95\%$ (em ar ambiente) Atenção se $< 92\%$

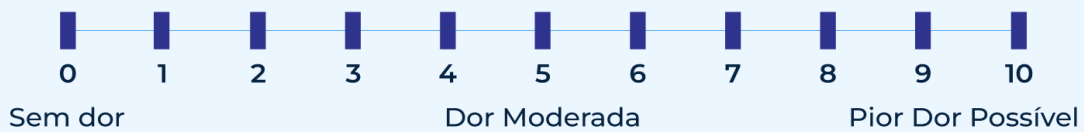
ANEXO 2 - ESCALA DE DOR

DETERMINAR A INTENSIDADE DA DOR

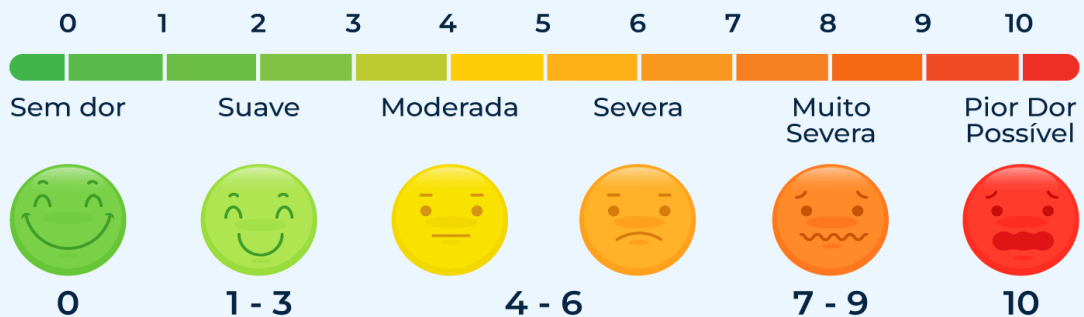
Escala de Intensidade da Dor Descritiva Simples



Escala de Intensidade da Dor Numérica de 0-10



Escala de Dor de Faces - Revisada



ANEXO 3 - DICAS DE POSTURA

DICAS DE POSTURA

POSTURA EM PÉ

- 1. Mantenha a coluna ereta:** Evite se curvar ou arquear a coluna.
- 2. Distribua o peso:** Alterne o peso entre as pernas e mantenha os pés alinhados.
- 3. Relaxe os ombros:** Mantenha-os para baixo e ligeiramente para trás.
- 4. Olhe para frente**



POSTURA AO CAMINHAR

- 1. Caminhe com confiança:** Procure andar o mais ereto possível.
- 2. Braços relaxados:** Mantenha os braços soltos ao lado do corpo.
- 3. Mantenha a cabeça erguida:** Olhe à frente, acima da linha do horizonte.



COMO PEGAR E CONDUZIR OBJETO DE PESO

Agachamento:

- Flexione os joelhos e os quadris, como em um agachamento.
- Evite dobrar a coluna ao descer.



Pegar o peso:

- Segure o peso centralizado entre os pés com firmeza.



Levantamento:

- Empurre o chão com os calcanhares e levante lentamente.
- Mantenha o peso próximo ao corpo durante todo o movimento.
- Evite torcer o tronco ou dobrar a coluna durante o levantamento.



POSTURA PARA VARRER A CASA

- Use uma vassoura com um cabo na altura do seu peito, para evitar que você tenha que se curvar demais.
- Faça movimentos curtos e controlados, usando os braços e caminhando com a vassoura em vez de se esticar para varrer áreas distantes.



USAR O CELULAR

- Com o pescoço dobrado em um ângulo de 45 graus, você pode estar colocando até 22 kg de pressão sobre ele.
- Procure manter o pescoço o mais reto possível.



ANEXO 4 - GRAUS DE DESIDRATAÇÃO EM CRIANÇAS

AValiação do Estado de Hidratação do Paciente

ETAPAS		A (sem desidratação)	B (com desidratação)	C (com desidratação grave)
OBSERVE	Estado geral ¹	Ativo, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico, letárgico ou inconsciente*
	Olhos ¹	Sem alteração	Fundos	Fundos
	Sede ¹	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
EXPLORE	Sinal da prega abdominal ¹	Desaparece imediatamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
	Pulso	Cheio	Cheio	Fraco ou ausente*
	Perda de peso ²	Sem perda	Até 10%	Acima de 10%
DECIDA		SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais: COM DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais sendo ao menos um destacado com asterisco (*): DESIDRATAÇÃO GRAVE
TRATE		PLANO A	PLANO B	PLANO C

¹ Variáveis para avaliação do estado de hidratação do paciente que têm maior relação de sensibilidade e especificidade, segundo a Organização Mundial da Saúde.

² A avaliação da perda de peso é necessária quando o paciente está internado e evolui com diarreia e vômito.

OBSERVAÇÃO: caso haja dúvida quanto à classificação (variáveis de desidratação ou de desidratação grave), deve-se estabelecer o plano de tratamento considerado no pior cenário.

PLANO A PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO NO DOMICÍLIO

A.1 INGERIR/OFERECER MAIS LÍQUIDO QUE O HABITUAL PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO:

A.1.1 O paciente deve tomar 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.

A.1.2 Não utilizar refrigerantes e, preferencialmente, não adoçar o chá ou o suco.

A.2 MANTER A ALIMENTAÇÃO HABITUAL PARA PREVENIR A DESNUTRIÇÃO:

A.2.1 Manter a alimentação habitual – tanto as crianças como os adultos.

A.2.2 Criança em aleitamento materno exclusivo – o único líquido que deve ser oferecido, além do leite materno, é a solução de SRO.

A.3 LEVAR O PACIENTE IMEDIATAMENTE AO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SE:

A.3.1 Não melhorar em 2 dias.

A.3.2 Apresentar qualquer um dos sinais de alerta abaixo:



SINAIS DE
ALERTA

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

A.4 ORIENTAR O PACIENTE OU ACOMPANHANTE PARA:

A.4.1 Reconhecer os sinais de desidratação e sinais de alerta.

A.4.2 Preparar e administrar a solução de sais de reidratação oral.

A.4.3 Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água intradomiciliar e higienização dos alimentos).

A.5 ADMINISTRAR ZINCO 1 vez ao dia, DURANTE 10 A 14 DIAS:

A.5.1 Até 6 meses de idade: 10 mg/dia.

A.5.2 Maiores de 6 meses a menores de 5 anos de idade: 20 mg/dia.

PLANO B PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO POR VIA ORAL NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

B.1 ADMINISTRAR SOLUÇÃO DE SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL:

B.1.1 Apenas como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100 ml/kg (média de 75 ml/kg) para ser administrado no período de 4-6 horas.

B.1.2 A quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente.

B.1.3 A solução de SRO deverá ser administrada continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação.

B.1.4 Se o paciente desidratado, durante o manejo do PLANO B, apresentar vômitos persistentes, administrar uma dose de antiemético ondansetrona:

- Crianças de 6 meses a 2 anos: 2 mg (0,2 a 0,4 mg/kg);
- Maiores de 2 anos a 10 anos (até 30 kg): 4 mg;
- Adultos e crianças com mais de 10 anos (mais de 30 kg): 8 mg.



ALERTA: NÃO UTILIZAR EM GESTANTES.

B.2. DURANTE A REIDRATAÇÃO REAVALIAR O PACIENTE SEGUINDO AS ETAPAS DO QUADRO “AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE”:

B.2.1 Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o **PLANO A**.

B.2.2 Se continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (gastróclise).

B.2.3 Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o **PLANO C**.

B.3 DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE OU DO ACOMPANHANTE NO SERVIÇO DE SAÚDE, ORIENTAR A:

B.3.1 Reconhecer os sinais de desidratação.

B.3.2 Preparar e administrar a solução de SRO.

B.3.3 Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavar adequadamente as mãos, tratar a água para consumo humano (ingestão) e higienizar os alimentos).



ATENÇÃO:

SE, APÓS 6 HORAS DE TRATAMENTO, NÃO HOUVER MELHORA DA DESIDRATAÇÃO, ENCAMINHAR AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA INTERNAÇÃO.

**O PLANO B DEVE SER REALIZADO NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE.
O PACIENTE DEVE PERMANECER NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ATÉ A REIDRATAÇÃO COMPLETA.**

PLANO C
PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO GRAVE POR VIA ENDOVENOSA NO
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE/HOSPITAL

C.1 ADMINISTRAR REIDRATAÇÃO ENDOVENOSA – FASE DE EXPANSÃO E
FASE DE MANUTENÇÃO/REPOSIÇÃO

FASE DE EXPANSÃO – MENORES DE 1 ANO³

	SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
1º	Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	30 ml/kg	1 hora
2º	Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	70 ml/kg	5 horas

FASE DE EXPANSÃO – A PARTIR DE 1 ANO³

	SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
1º	Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	30 ml/kg	30 minutos
2º	Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	70 ml/kg	2 horas e 30 minutos

³ Para recém-nascidos ou menores de 5 anos com cardiopatias graves, começar com 10 ml/kg de peso.

ANEXO 5 - GRAUS DE DESIDRATAÇÃO NO ADULTO

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

ANEXO 7 - PRESCRIÇÕES DE MEDICAMENTOS PELO ENFERMEIRO

BROMOPRIDA

Classe Terapêutica: Antiemético.

Apresentação: Gotas 4 mg/ml.

Indicação: NÁUSEAS, VÔMITOS (Diarreia Aguda e/ou Vômitos).

Contraindicações: Hipersensibilidade aos componentes, pacientes com epilepsia, com obstrução, perfuração ou hemorragia gastrointestinal ou feocromocitoma.

Posologia/ modo de usar: Adultos: 1 comp., VO, 8/8h, se náusea ou vômito.
Crianças: 1 gota/kg, VO, 8/8h, se náusea ou vômito.

DEXAMETASONA

Classe Terapêutica: Corticóide.

Apresentação: Creme dermatológico 1 mg/g.

Indicação: DERMATITE (Alergia).

Contraindicações: não deve ser aplicado em presença de tuberculose da pele, varicelas, infecção por fungo ou herpes simples. Hipersensibilidade aos componentes do produto.

Posologia/ modo de usar: Limpar a área afetada antes da aplicação. Aplicar uma pequena quantidade do creme no local afetado, 2 ou 3 vezes por dia.

DIPIRONA

Classe Terapêutica: Analgésico e Antitérmico.

Apresentação: Comprimido 500 mg e Gotas 500 mg/ml.

Indicação: DOR OU FEBRE (Cefaleia, Diarreia e/ou vômitos, Dismenorreia, Dor de Ouvido, Dor lombar, Dor osteomuscular, Dor torácica, Febre, Queixas ginecológicas, Sintomas gripais/Tosse).

Posologia:

Comprimido:

Adultos e adolescentes acima de 15 anos: 1 a 2 comprimidos via oral de 6/6 horas.

Não ultrapassar 4g/ dia.

Gotas:

Adultos e adolescentes acima de 15 anos: 10 a 20 mL em administração única ou até o máximo de 20 mL, 4 vezes ao dia.

Crianças

Peso (média de idade)	Dose	Solução oral (em mL)*
5 a 8 kg (3 a 11 meses)	Dose única	1,25 a 2,5
	Dose máxima diária	10 (4 tomadas x 2,5 mL)
9 a 15 kg (1 a 3 anos)	Dose única	2,5 a 5
	Dose máxima diária	20 (4 tomadas x 5 mL)
16 a 23 kg (4 a 6 anos)	Dose única	3,75 a 7,5
	Dose máxima diária	30 (4 tomadas x 7,5 mL)
24 a 30 kg (7 a 9 anos)	Dose única	5 a 10
	Dose máxima diária	40 (4 tomadas x 10 mL)
31 a 45 kg (10 a 12 anos)	Dose única	7,5 a 15
	Dose máxima diária	60 (4 tomadas x 15 mL)
46 a 53 kg (13 a 14 anos)	Dose única	8,75 a 17,5
	Dose máxima diária	70 (4 tomadas x 17,5 mL)

Verificar na bula do medicamento o equivalente entre gotas e mL. Normalmente cada 1 mL = 20 gotas (quando o frasco for mantido na posição vertical para gotejar).

Contraindicações: Menores de 3 meses de idade ou com menos de 5kg de peso, histórico de alergia ao medicamento.

FLUCONAZOL

Classe Terapêutica: Antifúngico.

Apresentação: Cápsula 150 mg.

Indicação: CANDIDÍASE RESISTENTE OU RECORRENTE (Queixas ginecológicas), em adultos.

Contraindicações: Histórico de hipersensibilidade aos componentes do medicamento.

Posologia: 1 cápsula, VO, dose única, para casos resistentes. 1 cápsula, VO, 1x/semana, por 6 meses, para casos recorrentes.

GUACO (Mikania glomerata)

Classe Terapêutica: Expectorante.

Apresentação: Xarope. **Indicação:** TOSSE (Sintomas gripais).

Contraindicações: Histórico de hipersensibilidade aos componentes do medicamento, menores de 2 anos de idade e pacientes com diabetes.

Posologia:

Adultos: 10 ml, VO, 3x/dia (8/8h), por 7 dias.

Crianças acima de 5 anos: 7,5 ml, VO, 3x/dia (8/8h), por 7 dias.

Crianças de 2 a 5 anos: 5 ml, VO, 2x/dia (12/12h), por 7 dias.

HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO + MAGNÉSIO

Classe Terapêutica: Antiácido.

Apresentação: Suspensão oral (60 mg + 40 mg)/ml.

Indicação: DISPEPSIA (Dor epigástrica), em adultos.

Contraindicações: Histórico de hipersensibilidade aos componentes do medicamento, pacientes com insuficiência renal severa, hipofosfatemia e obstrução intestinal.

Posologia: 10 a 20 ml, uma a duas horas após as refeições e ao deitar, ou quando necessário, até 4x/dia. Não utilizar o medicamento por mais de duas semanas.

IBUPROFENO

Classe Terapêutica: Anti-inflamatório.

Apresentação: Comprimido 600 mg e Gotas 50 mg/ml.

Indicação: DOR OU FEBRE (Dismenorreia, Dor de Ouvido, Dor lombar, Dor osteomuscular, Sintomas gripais/Tosse).

Contraindicações: Menores de 6 meses de idade, histórico de hipersensibilidade aos componentes do medicamento, pacientes com asma induzida pela aspirina (Síndrome de Widal), insuficiência renal grave, insuficiência hepática grave ou com insuficiência cardíaca grave.

Posologia:

Adultos: 1 comp., VO, 8/8h, por até 5 dias.

Crianças ≥ 6 meses até 12 anos: 1 gota/kg (máximo 40 gotas/dose), VO, 3 a 4x/dia, por até 5 dias, se febre.

IVERMECTINA

Classe Terapêutica: Antiparasitário.

Apresentação: Comprimido 6 mg.

Administração: via oral;

Indicação: PEDICULOSE E ESCABIOSE (Pediculose e/ou Escabiose).

Tratamento de Pediculose: Adultos e crianças maiores de 5 anos com peso $\geq 15\text{kg}$ e estatura $\geq 90\text{cm}$ – dose: 0,2mg/kg, dose única. Se ainda houver piolhos e lêndeas após 7 dias da primeira dose, repetir. Necessário investigar infestação em familiares ou pessoas próximas.

Tratamento de Escabiose : Adultos e crianças maiores de 5 anos com peso $\geq 15\text{kg}$ e estatura $\geq 90\text{cm}$ – dose: 0,2mg/kg, dose única.

Contraindicações: Menores de 5 anos, crianças com menos de 15 kg, histórico de hipersensibilidade aos componentes do medicamento, pacientes com meningite ou outras afecções do Sistema Nervoso Central.

PESO CORPORAL	DOSE
15 a 24 Kg	Dose oral única – ½ comprimido
25 a 35	Dose oral única – 1 comprimido
36 a 50	Dose oral única – 1 ½ comprimido
51 a 65	ose oral única – 2 comprimido
66 a 79	Dose oral única – 2½ comprimido
≥ 80	Dose oral única – 200mcg/kg

Lavar roupas e lençóis com água quente (pelo menos 60 graus) ou deixar as roupas embaladas por 72 horas a fim de matar os parasitas implantados. Deve ser ingerida com água, não necessita jejum. Observação: crianças com menos de 15kg não devem usar esta medicação - ver descrição do tratamento com Permetrina.

Interação medicamentosa: Nenhuma interação importante foi reportada, embora haja recomendação de cuidado quando o usuário faz uso de medicamentos supressores do sistema nervoso central.

Observação: Gestantes, utilizar somente com prescrição médica.

LORATADINA

Classe Terapêutica: Anti-histamínico.

Apresentação: Comprimido 10 mg e Xarope 1 mg/ml.

Indicação: CORIZA, ESPIRROS, PRURIDO (Alergia, Sintomas Gripais/Tosse).

Contraindicações: Menores de 2 anos, histórico de hipersensibilidade aos componentes do medicamento.

Posologia:

Comprimido

Adultos e crianças acima de 12 anos ou com peso corporal acima de 30 kg: 1 comprimido de Loratadina (10 mg) uma vez por dia.

Não administrar mais de 1 comprimido em 24 horas.

Xarope

Adultos e crianças acima de 12 anos: 10 mL de Loratadina (10 mg) uma vez por dia. Não administrar mais de 10 mL em 24 horas.

Crianças de 2 a 12 anos:

Peso corporal abaixo de 30 kg, 5 mL (5 mg) de Loratadina uma vez por dia.

Não administrar mais de 5 mL em 24 horas.

Peso corporal acima de 30 kg: 10 mL (10 mg) de Loratadina uma vez por dia.

Adultos e crianças acima de 12 anos: 10 mL de loratadina (10 mg) uma vez por dia.

Não administrar mais de 10 mL em 24 horas.

METOCLOPRAMIDA

Classe Terapêutica: Antiemético.

Apresentação: Comprimido 10 mg e Gotas 4 mg/ml.

Indicação: NÁUSEAS, VÔMITOS (Diarreia Aguda e/ou Vômitos).

Contraindicações: Menores de 1 ano, histórico de hipersensibilidade aos componentes do medicamento, presença de hemorragia gastrointestinal, obstrução mecânica ou perfuração gastrointestinal, pacientes epiléticos, pacientes com feocromocitoma ou com histórico de discinesia tardia induzida por neurolépticos ou metoclopramida, pacientes em uso de levodopa.

Posologia:

Adultos: 1 comp., VO, 3x/dia, 10 minutos antes das refeições, por até 5 dias.

Crianças:

De 1 a 3 anos: 5 gotas (1mg), VO, 2-3 vezes/dia.

De 3-5 anos: 10 gotas (2mg), VO, 2-3 vezes/dia.

De 5-14 anos: 13 gotas (2,5mg) a 26 gotas (5mg), VO, 3 vezes/dia.

Dose máxima: 0,5mg/kg/dia. Tratamento por até 5 dias.

METRONIDAZOL

Classe Terapêutica: Anti-helmíntico, antiprotozoário.

Apresentação: Comprimido 250mg e Gel vaginal 100mg/g.

Indicação: VAGINOSE BACTERIANA, TRICOMONÍASE (Queixas ginecológicas).

Contraindicações: Histórico de hipersensibilidade aos componentes do medicamento. O gel vaginal é contraindicado para crianças e homens.

Posologia:

Vaginose bacteriana: 1 comp., VO, 8/8h, por 7 dias OU 2 comp., VO, 12/12h, por 7 dias.

Via vaginal: 1 aplicador cheio de gel, à noite, por 5 noites.

Tricomoníase: 8 comp. (2g), VO, dose única OU 1 comp., VO, 8/8h, por 7 dias OU 2 comp., VO, 12/12h, por 7 dias.

O tratamento do parceiro deve ser com 8 comp. (2g), VO, em dose única.

MICONAZOL

Classe Terapêutica: Antifúngico.

Apresentação: Creme vaginal 2% (20 mg/g).

Indicação: CANDIDÍASE (Queixas ginecológicas), para adultos.

Contraindicações: Histórico de hipersensibilidade aos componentes do medicamento.

Posologia: Introduzir na vagina o conteúdo de um aplicador cheio, com cerca de 5 g de creme vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 noites.

ÓLEO MINERAL

Classe Terapêutica: Laxante.

Apresentação: Suspensão oral 1 ml/ml.

Indicação: CONSTIPAÇÃO (Constipação intestinal).

Contraindicações: Menores de 6 anos e maiores de 60 anos.

Posologia:

Adultos: 15 ml, VO, à noite e 15 ml, VO, pela manhã.

Caso não obtenha êxito: 30 ml, VO, à noite e 15 ml pela manhã.

Crianças > 6 anos: 5-15 ml, VO, à noite, somente se as medidas não farmacológicas não forem suficientes.

PARACETAMOL

Classe Terapêutica: Analgésico e Antitérmico.

Apresentação: Comprimido 500 mg e Gotas 200 mg/ml.

Indicação: DOR OU FEBRE (Cefaleia, Diarreia e/ou vômitos, Dismenorreia, Dor de Ouvido, Dor lombar, Dor osteomuscular, Dor torácica, Febre, Queixas ginecológicas, Sintomas gripais/Tosse).

Contraindicações: Histórico de hipersensibilidade aos componentes do medicamento. Pacientes com hipertensão grave, distúrbios da artéria coronária, diabetes, glaucoma, hipertireoidismo, homens com hipertrofia da próstata, doença renal crônica e insuficiência hepática.

Posologia:

Adultos e ≥ 12 anos: 1 comp., VO, 6/6h, se dor ou febre.

Dose máxima diária 4 g;

Crianças de 2 a 11 anos: 1 gota/kg, VO, 6/6h, se dor ou febre (dose máxima 35 gotas/dose).

Não exceder 5 administrações em 24 horas.

Adultos e ≥ 12 anos: 1gota/kg, VO, 6/6h, se dor ou febre (dose maxima 55 gotas/ dose).

Não exceda 4000 mg (275 gotas) em 24 horas.

PERMETRINA

Classe Terapêutica: Escabicidas e outros ectoparasiticidas.

Apresentação: Loção cremosa 5% (50 mg/ml) e Xampu 1% (10 mg/ml).

Indicação: PEDICULOSE E ESCABIOSE (Pediculose e/ou Escabiose).

Contraindicações: Histórico de hipersensibilidade aos componentes do medicamento, presença de inflamação aguda do couro cabeludo. Xampu é contraindicado para menores de 2 anos.

Posologia:

Escabiose:

Permetrina 5% (Loção cremosa):

Tratamento para crianças acima de 2 anos de idade e com menos de 15 Kg.

Tratamento: Agitar a loção antes do uso, aplicando-a na pele íntegra, da cabeça às solas dos pés, incluindo os espaços interdigitais, deixar agir de 8 a 12 horas e a seguir dar banho na criança. Aplicar novamente nas mãos se as mesmas forem lavadas em menos de 8h. Uso somente em pele íntegra. Em caso de contato com os olhos, lavar abundantemente com água e sabonete neutro.

Repetir o tratamento após 7 dias.

Importante investigar infestação em familiares ou pessoas próximas. Lavar roupas e lençóis com água a temperatura de 60°C ou deixar as roupas embaladas por 72 horas a fim de matar os parasitas. Após o tratamento da escabiose, o prurido pode permanecer por algumas semanas; isso raramente significa falha no tratamento e não é indicativo para repetição do tratamento.

Observação: Crianças com 5 anos, peso maior de 15kg e estatura mínima de 90cm, ver descrição do tratamento com Ivermectina.

Crianças de 2 meses até 2 anos de idade, usar somente sob supervisão médica.

Contraindicações: Crianças com menos de 2 meses de idade. Hipersensibilidade ao produto, inflamação e infecção de pele, escoriações.

Efeitos adversos: pouco frequentes – prurido, eritema e queimação local. Raros – exantema e edema.

Permetrina 1% (Xampu)

Pediculose:

Tratamento para crianças acima de 2 anos de idade e com menos de 15 Kg.

Uso somente em couro cabeludo íntegro.

Tratamento: Lavar os cabelos com xampu de preferência, enxaguar e enxugar com toalha. Testar o produto em uma pequena área do couro cabeludo para identificar hipersensibilidade. Agitar a loção antes do uso, aplicando-a nos cabelos ainda úmidos, cobrindo e esfregando abundantemente em toda a extensão, atentando para a região da nuca e atrás das orelhas (locais de maior concentração dos piolhos e lêndeas).

Deixar agir por 10 minutos, enxaguar com água morna, passar o pente fino para remoção dos piolhos e lêndeas, e enxugar os cabelos. Em caso de contato com os olhos, lavar abundantemente com água e sabonete neutro.

Em geral, uma única aplicação é suficiente, se ainda houver piolhos e lêndeas, repetir o tratamento após 7 dias.

Além da retirada mecânica das lêndeas com uso de pente fino é indicada a troca diária de vestuário e de roupas de cama, se possível as roupas devem ser fervidas e passadas a ferro, bem quente, para não haver reinfestação.

Necessário investigar infestação em familiares ou pessoas próximas.

Observação: Crianças com 5 anos, peso maior de 15kg e estatura mínima de 90cm, ver descrição do tratamento com Ivermectina. Crianças de 2 meses até 2 anos de idade, usar somente sob supervisão médica.

SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL (SRO)

Classe Terapêutica: Sais para reidratação.

Apresentação: Pó para solução oral.

Indicação: REPOSIÇÃO HIDROELETROLÍTICA (Diarreia e/ou vômitos).

Contraindicações: Pacientes com insuficiência renal.

Posologia: Dissolver o conteúdo do envelope em um litro de água filtrada ou fervida fria. Consumir em até 24h após a diluição.

Adultos: Tomar à vontade (200 ml ou mais) após cada episódio de diarreia/vômito.

Crianças menores de 1 ano: Administrar 100 ml ($\frac{1}{2}$ copo), VO, após cada episódio de diarreia/vômito.

Crianças maiores de 1 ano: Administrar 200 ml (1 copo), VO, após cada episódio de diarreia/vômito.

Observações: Associar orientações de enfermagem e monitoramento programado. Administrar de forma lenta, evitando vômitos. Reconstituir apenas com água e no volume indicado. Conservar a solução hidratante em ambiente fresco ou geladeira, devendo ser administrado ou consumido até 24 horas após o preparo. Não ferver ou aquecer após o preparo.

SORO FISIOLÓGICO

Classe Terapêutica: Eletrólito.

Apresentação: Cloreto de Sódio 0,9%.

Indicação: LAVAGEM NASAL (Sinais gripais/Tosse).

Contraindicações: nenhuma.

Posologia: Durante o procedimento deve-se abrir a boca e respirar também pela boca. Encher a seringa com cerca de 5 a 10 ml de soro fisiológico; Inclinar o corpo para frente e a cabeça ligeiramente para o lado; Posicionar a seringa na entrada de

uma narina e pressionar até que o soro saia pela outra narina. Fazer essa limpeza de 3 a 4 vezes em cada narina, dependendo da necessidade. Para fazer a técnica corretamente em bebês, deve-se colocá-lo no colo, de frente para o espelho e segurar sua cabeça para que ele não vire e se machuque. Para iniciar a limpeza, deve-se colocar a seringa com cerca de 3 ml de soro fisiológico na narina do bebê e pressionar a seringa de forma rápida, para que o jato de soro entre numa narina e saia naturalmente pela outra.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde – Cadernos de Atenção Básica. Acolhimento à Demanda Espontânea – Volumes I e II; Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde – Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

COREN. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Módulo 2 – Saúde da Mulher, Conselho Regional de Enfermagem do Paraná, 2020.

RONCATO, Patricia Andreia Zanetti; ROXO, Cristiano de Oliveira; BENITES, Daiane Freire. Acolhimento com Classificação de Risco na Estratégia de Saúde da Família. Revista AMRIGS, Porto Alegre, n.56, v.4, 2012.

COREN. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PARANÁ (COREN/PR). Parecer Técnico COREN/PR nº 46/2023: Atribuições da Enfermagem descritas em Protocolo de Acolhimento à Demanda Espontânea, na Atenção Primária à Saúde (APS). 2023.