



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

## ESTADO DE MATO GROSSO

1

### 29ª SESSÃO ORDINÁRIA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP/MT PAUTA DO DIA 11/09/2023

#### PEQUENO EXPEDIENTE

- Abertura da Sessão;
- Leitura da Ata da Sessão Anterior;
- Apresentação das correspondências em geral de interesse do plenário;
- Uso da Tribuna Livre pelo Sr. Anderson de Oliveira, para explanar sobre a campanha solidária "Inclusão Real" realizada pela TV Real em parceria com a APAE Sinop;
- Breves comunicações.

#### GRANDE EXPEDIENTE

- Matérias para encaminhamento às Comissões:

**Projeto de Lei nº 047/2023**  
Regime de Urgência

##### Autoria do Poder Executivo

Autoriza o Poder Executivo a abrir Crédito Adicional Suplementar, no valor de R\$ 27.478.820,90 (vinte e sete milhões quatrocentos e setenta e oito mil oitocentos e vinte reais e noventa centavos), e dá outras providências.

Encaminhando para:

- Comissão de Justiça e Redação;
- Comissão de Finanças, Orçamentos e Fiscalização.

**Projeto de Lei nº 048/2023**

##### Autoria do Poder Executivo

Institui o Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde do Município - 2ª edição, e dá outras providências.

Encaminhando para:

- Comissão de Justiça e Redação;
- Comissão de Ecologia, Meio Ambiente, Saúde e Seguridade Social.

**Projeto de Lei nº 049/2023**  
Regime de Urgência

##### Autoria do Poder Executivo

Autoriza a AGER Agência Reguladora dos Serviços Públicos Delegados do Município de Sinop a abrir Crédito Adicional Suplementar, no valor de R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais), e dá outras providências.

Encaminhando para:

- Comissão de Justiça e Redação;
- Comissão de Finanças, Orçamentos e Fiscalização.



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

## ESTADO DE MATO GROSSO

Projeto de Decreto Legislativo  
nº 040/2023

Autoria do vereador Paulinho Abreu

Concede Título de Cidadão Sinopense Honorário ao Sr. Ricardo Murilo Padilha de Araújo.

Encaminhando para:

- Comissão de Justiça e Redação.

- Matérias para Ordem do Dia:

Projeto de Decreto Legislativo  
nº 035/2023

Autoria do vereador Dilmair Callegaro

Concede Título de Cidadão Sinopense Honorário ao Sr. Júlio Gasques.

2ª votação

Projeto de Lei nº 031/2023

Autoria do vereador Ademir Debortoli

Dispõe sobre a implementação da “Operação Cata-Bagulho” no Município de Sinop, e dá outras providências.

1ª votação

Parecer nº 078/2023

Autoria da Comissão de Justiça e Redação

Exara parecer favorável ao trâmite do Projeto de Lei nº 031/2023, de autoria do vereador Ademir Debortoli.

Parecer nº 017/2023

Autoria da Comissão de Obras, Viação e Serviços Urbanos

Exara parecer favorável ao Projeto de Lei nº 031/2023, de autoria do vereador Ademir Debortoli.

Projeto de Lei nº 040/2023

Autoria do vereador Ademir Debortoli

Dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de intérprete da Língua Brasileira de Sinais - Libras, em todos os eventos públicos oficiais no âmbito do município de Sinop.

1ª votação

Parecer nº 104/2023

Autoria da Comissão de Justiça e Redação

Exara parecer favorável ao trâmite do Projeto de Lei nº 040/2023, de autoria do vereador Ademir Debortoli.

Parecer nº 008/2023

Autoria da Comissão de Economia, Indústria, Comércio, Turismo, Agricultura, Trabalho, Administração e Serviços Públicos

Exara parecer favorável ao Projeto de Lei nº 040/2023, de autoria do vereador Ademir Debortoli.

Parecer nº 004/2023

Autoria da Comissão dos Direitos Humanos e Defesa da Cidadania e dos Direitos da Criança e do Adolescente

Exara parecer favorável ao Projeto de Lei nº 040/2023, de autoria do vereador Ademir Debortoli.



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

## ESTADO DE MATO GROSSO

Projeto de Lei nº 050/2023

**Autoria dos vereadores Professora Graciele e Mário Sugizaki**

Dispõe sobre a isenção do Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU às pessoas com deficiência ou seus responsáveis legais, e dá outras providências.

**1ª votação**

Parecer nº 137/2023

**Autoria da Comissão de Justiça e Redação**

Exara parecer favorável ao trâmite do Projeto de Lei nº 050/2023, de autoria dos vereadores Professora Graciele e Mário Sugizaki.

Parecer nº 030/2023

**Autoria da Comissão de Finanças, Orçamentos e Fiscalização**

Exara parecer favorável ao Projeto de Lei nº 050/2023, de autoria dos vereadores Professora Graciele e Mário Sugizaki.

Moção de Aplauso nº 050/2023

**Autoria do vereador Professor Hedvaldo Costa e vereadores**

Encaminham Moção de Aplauso ao site "Momento MT: Empoderando Mato Grosso com Informação", pela divulgação do *banner* da Associação de Pais e Amigos de Pessoas com Espectro Autista de Sinop.

Requerimento nº 093/2023

**Autoria do vereador Mário Sugizaki**

Requer ao Exmo. Sr. Roberto Dorner - Prefeito de Sinop, e à Sra. Daniela Galhardo - Secretária Municipal de Saúde, informações a respeito da retomada dos serviços de regulação na UBS Alto da Glória, conforme especifica.

Indicação nº 634/2023

**Autoria do vereador Dilmair Callegaro**

Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner - Prefeito de Sinop, com cópia ao Sr. Klayton Gonçalves - Secretário Municipal de Desenvolvimento Econômico, a necessidade da criação do "1º Emprega Sinop", conforme especifica.

Indicação nº 635/2023

**Autoria do vereador Dilmair Callegaro**

Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner - Prefeito de Sinop, com cópia à Sra. Daniela Galhardo - Secretária Municipal de Saúde, a necessidade de disponibilizar aparelhos celulares com aplicativo *whatsapp* em todos os postos de saúde, conforme especifica.

Indicação nº 636/2023

**Autoria do vereador Ademir Debortoli**

Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner - Prefeito de Sinop, com cópia ao Sr. Remídio Kuntz - Secretário de Obras e Serviços Urbanos, a necessidade da instalação de luminárias na Avenida André Maggi, próximo à entrada do Bairro Daury Riva, local onde ocorre a feira livre.



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

## ESTADO DE MATO GROSSO

Indicação n° 637/2023

**Autoria do vereador Toninho Bernardes**

Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner - Prefeito de Sinop, com cópia ao Sr. Valdir Aparecido Sartorelo - Secretário Municipal de Trânsito e Transporte Urbano, e ao Sr. Remídio Kuntz - Secretário de Obras e Serviços Urbanos, a necessidade de realizar estudo e construir redutores de velocidade ao longo da Avenida São Francisco, situada entre os bairros Buritis e São Francisco.

Indicação n° 638/2023

**Autoria do vereador Toninho Bernardes**

Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner - Prefeito de Sinop, com cópia ao Sr. Remídio Kuntz - Secretário de Obras e Serviços Urbanos, a necessidade de realizar limpeza nas vias e restauração de meio-fio e bocas de lobo na Comunidade Vitória.

Indicação n° 639/2023

**Autoria do vereador Mário Sugizaki**

Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner - Prefeito de Sinop, com cópia à Sra. Daniela Galhardo - Secretária Municipal de Saúde, a necessidade de inserir mais uma equipe de atendimento na UBS Ibirapuera.

Indicação n° 640/2023

**Autoria do vereador Elbio Volkweis**

Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner - Prefeito de Sinop, com cópia ao Sr. Remídio Kuntz - Secretário de Obras e Serviços Urbanos, a necessidade da utilização de massa asfáltica composta por borracha proveniente da reciclagem de pneus.

Indicação n° 641/2023

**Autoria do vereador Elbio Volkweis**

Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner - Prefeito de Sinop, com cópia à Sra. Silvia Cristina Villar Borges de Oliveira - Secretária Municipal de Administração, a necessidade da identificação de todos os veículos da frota municipal, conforme especifica.

Indicação n° 642/2023

**Autoria do vereador Luís Paulo da Gleba**

Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner - Prefeito de Sinop, com cópia à Sra. Márcia Cristina Lopes Hernandorena - Diretora Presidente da AGER Sinop, e à Concessionária de Transporte Coletivo de Sinop - Empresa Viação Rosa Ltda., a necessidade de cumprir a Lei n° 741/2003, de 15 de setembro de 2003, que dispõe sobre a obrigatoriedade de colocação de placas em todos os pontos de ônibus do transporte coletivo, informando os horários, trajetos, constando mapas destes, para orientação dos usuários.

Indicação n° 643/2023

**Autoria do vereador Luís Paulo da Gleba**

Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner - Prefeito de Sinop, com cópia ao Sr. Remídio Kuntz - Secretário de Obras e Serviços Urbanos, a necessidade da substituição de lâmpadas nos postes de iluminação pública da Comunidade Águas Claras.



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

Indicação n° 644/2023

**Autoria do vereador Célio Garcia**

Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner - Prefeito de Sinop, com cópia ao Exmo. Sr. Juarez Costa - Deputado Federal, a necessidade de viabilizar recursos para asfaltamento da Estrada Águas Claras.

Indicação n° 645/2023

**Autoria do vereador Célio Garcia**

Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner - Prefeito de Sinop, com cópia à Sra. Daniela Galharo - Secretária Municipal de Saúde, a necessidade da implantação de um Centro de Atendimento Multidisciplinar de Fisioterapia.

Indicação n° 646/2023

**Autoria do vereador Lucinei**

Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner - Prefeito de Sinop, com cópia ao Sr. Remídio Kuntz - Secretário de Obras e Serviços Urbanos, a necessidade da construção de pista de caminhada com iluminação em LED na Praça 8 de Março (P-23).

Indicação n° 647/2023

**Autoria do vereador Lucinei**

Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner - Prefeito de Sinop, com cópia ao Sr. Valdir Aparecido Sartorelo - Secretário Municipal de Trânsito e Transporte Urbano, e ao Sr. Remídio Kuntz - Secretário de Obras e Serviços Urbanos, a necessidade da implantação de faixas elevadas na rotatória da Praça Wagner Bregonci Santos (P-25).

- Palavra aos vereadores inscritos;
- Encerramento da Sessão.

CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP  
ESTADO DE MATO GROSSO

Em, 06 de setembro de 2023.

  
Paulinho Abreu  
Presidente

  
Toninho Bernardes  
1° Secretário

**PROJETO DE Nº 047/2023**

**DATA:** 04 de setembro de 2023

**SÚMULA:** Autoriza o Poder Executivo a abrir Crédito Adicional Suplementar, no valor de R\$ 27.478.820,90 (vinte e sete milhões e quatrocentos e setenta e oito mil e oitocentos e vinte reais e noventa centavos), e dá outras providências.

**RÉGIME DE  
URGÊNCIA**

**ROBERTO DORNER, PREFEITO MUNICIPAL DE SINOP, ESTADO DE MATO GROSSO**, no uso de suas atribuições legais, faz saber que a Câmara Municipal de Vereadores aprovou, e ele sanciona a seguinte Lei;

Art. 1º. Fica o Poder Executivo Municipal autorizado abrir Crédito Adicional Suplementar, no valor de R\$ R\$ 27.478.820,90 (vinte e sete milhões e quatrocentos e setenta e oito mil e oitocentos e vinte reais e noventa centavos), nos termos do Artigo 41, inciso I da Lei Federal nº 4320, de 17 de março de 1964, para reforço de dotação consignada no orçamento para o presente exercício, aprovado pela Lei Municipal nº 3153/2022 de 09 de dezembro de 2022, conforme segue:

|                         |   |
|-------------------------|---|
| 11                      | SEC. MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, ESPORTE E CULTURA   |
| 11.001                  | FUNDO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - FME   |
| 11.001.12.122.0014.2033 | MANUTENÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  |
| 3.3.90.00.00.00         | Aplicações diretas  |
| 25001001000             | Educação - mínimo 25% R\$ 397.674,73<br>(trezentos e noventa e sete mil e seiscentos e setenta e quatro reais e setenta e três centavos)                  |
| 11.001.12.128.0014.2036 | FORMAÇÃO CONTINUADA E CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO   |
| 3.3.90.00.00.00         | Aplicações diretas  |
| 25001001000             | Educação - mínimo 25% R\$ 136.295,26<br>(cento e trinta e seis mil e duzentos e noventa e cinco reais e vinte e seis centavos)                            |
| 11.001.12.361.0014.1016 | IMPLANTAÇÃO, CONSTRUÇÃO, URBANIZAÇÃO, AMPLIAÇÃO E REFORMA DE ESCOLAS DE ENSINO FUNDAMENTAL  |
| 4.4.90.00.00.00         | Aplicações diretas  |
| 25001001000             | Educação - mínimo 25% R\$ 5.000.000,00<br>(cinco milhões de reais)  |
| 11.001.12.361.0014.2039 | MANUTENÇÃO DO ENSINO FUNDAMENTAL  |
| 3.1.90.00.00.00         | Aplicações diretas  |
| 15001001000             | Educação - mínimo 25% R\$ 5.162.557,57<br>(cinco milhões e cento e sessenta e dois mil e quinhentos e cinquenta e sete reais e cinquenta e sete centavos) |
| 3.3.90.00.00.00         | Aplicações diretas  |

|                         |   |                          |
|-------------------------|---|--------------------------|
| 25001001000             | Educação - mínimo 25%   | R\$ 4.605.846,65         |
|                         | (quatro milhões e seiscentos e cinco mil e oitocentos e quarenta e seis reais e sessenta e cinco centavos)    |                          |
| 11.001.12.361.0014.2040 | MANUTENÇÃO DO TRANSPORTE ESCOLAR  |                          |
| 3.3.90.00.00.00         | Aplicações diretas  |                          |
| 25001001000             | Educação - mínimo 25%   | R\$ 3.903.784,00         |
|                         | (três milhões e novecentos e três mil e setecentos e oitenta e quatro reais)                                  |                          |
| 11.001.12.365.0014.2041 | MANUTENÇÃO DA EDUCAÇÃO INFANTIL - PRÉ ESCOLA  |                          |
| 3.1.90.00.00.00         | Aplicações diretas  |                          |
| 15001001000             | Educação - mínimo 25%   | R\$ 1.615.144,99         |
|                         | (um milhão e seiscentos e quinze mil e cento e quarenta e quatro reais e noventa e nove centavos)             |                          |
| 3.3.90.00.00.00         | Aplicações diretas  |                          |
| 25001001000             | Educação - mínimo 25%   | R\$ 2.969.159,63         |
|                         | (dois milhões e novecentos e sessenta e nove mil e cento e cinquenta e nove reais e sessenta e três centavos) |                          |
| 11.001.12.365.0014.2042 | MANUTENÇÃO DA EDUCAÇÃO INFANTIL – CRECHES   |                          |
| 3.1.90.00.00.00         | Aplicações diretas  |                          |
| 15001001000             | Educação - mínimo 25%   | R\$ 1.761.418,15         |
|                         | (um milhão e setecentos e sessenta e um mil e quatrocentos e dezoito reais e quinze centavos)                 |                          |
| 3.3.90.00.00.00         | Aplicações diretas  |                          |
| 25001001000             | Educação - mínimo 25%   | R\$ 1.926.939,92         |
|                         | (um milhão e novecentos e vinte e seis mil e novecentos e trinta e nove reais e noventa e dois centavos)      |                          |
| <b>TOTAL</b>            |   | <b>R\$ 27.478.820,90</b> |

Art. 2º. Para cumprimento do artigo anterior e de acordo com o art. 43, parágrafo 1º inciso III da Lei Federal nº 4.320/64 ficam parcialmente anuladas as seguintes dotações orçamentárias:

|                         |  |                  |
|-------------------------|--|------------------|
| 07                      | SECRETARIA DE OBRAS E SERVIÇOS URBANOS                                   |                  |
| 07.001                  | SECRETARIA DE OBRAS E SERVIÇOS URBANOS                                   |                  |
| 07.001.15.451.0012.1050 | PAVIMENTAÇÃO ASFÁLTICA E EXECUÇÃO DE REDES DRENAGEM DAS VIAS URBANAS     |                  |
| 4.4.90.00.00.00         | Aplicações diretas   |                  |
| 25000000000             | Recurso livre  | R\$ 2.036.784,00 |
|                         | (dois milhões e trinta e seis mil e setecentos e oitenta e quatro reais) |                  |
| 07.001.15.451.0012.1051 | IMPLANTAÇÃO, CONSTRUÇÃO, URBANIZAÇÃO E AMPLIAÇÃO DE PRAÇAS PÚBLICAS      |                  |
| 4.4.90.00.00.00         | Aplicações diretas   |                  |
| 15000000000             | Recurso livre  | R\$ 250.000,00   |
|                         | (duzentos e cinquenta mil reais)   |                  |

|                         |  |  |
|-------------------------|--|--|
| 07.001.15.451.0012.2119 | MANUTENÇÃO E ADEQUAÇÃO DAS REDES DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA           |  |
| 4.4.90.00.00.00         | Aplicações diretas   |  |
| 15000000000             | Recurso livre  | R\$ 498.700,00<br>(quatrocentos e noventa e oito mil e setecentos reais)   |
| 07.001.15.451.0012.2120 | MANUTENÇÃO DA FABRICA DE ARTEFATOS DE CONCRETO E MARCENARIA      |  |
| 4.4.90.00.00.00         | Aplicações diretas   |  |
| 15000000000             | Recurso livre  | R\$ 450.000,00<br>(quatrocentos e cinquenta mil reais)   |
| 07.001.15.452.0012.2121 | MANUTENÇÃO DO CEMITÉRIO MUNICIPAL                                |  |
| 4.4.90.00.00.00         | Aplicações diretas   |  |
| 15000000000             | Recurso livre  | R\$ 108.695,36<br>(cento e oito mil e seiscentos e noventa e cinco reais e trinta e seis centavos)               |
| 11                      | SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, ESPORTE E CULTURA              |  |
| 11.003                  | GERÊNCIA DE ESPORTES   |  |
| 11.003.27.812.0015.1024 | CONSTRUÇÃO E AMPLIAÇÃO DE PRAÇAS ESPORTIVAS                      |  |
| 4.4.90.00.00.00         | Aplicações diretas   |  |
| 25000000000             | Recurso livre  | R\$ 1.867.000,00<br>(um milhão e oitocentos e sessenta e sete mil reais)   |
| 12                      | SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, TRABALHO E HABITAÇÃO |  |
| 12.001                  | FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL                            |  |
| 12.001.08.244.0016.1025 | CONSTRUÇÃO E AMPLIAÇÃO DA REDE DA PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA - PSB   |  |
| 4.4.90.00.00.00         | Aplicações diretas   |  |
| 15000000000             | Recurso livre  | R\$ 6.380.000,00<br>(seis milhões e trezentos e oitenta mil reais)   |
| 12.001.08.244.0016.1026 | CONSTRUÇÃO E AMPLIAÇÃO DA REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL - PSE |  |
| 4.4.90.00.00.00         | Aplicações diretas   |  |
| 15000000000             | Recurso livre  | R\$ 651.725,35<br>(seiscentos e cinquenta e um mil e setecentos e vinte e cinco reais e trinta e cinco centavos) |
| 13                      | SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO                |  |
| 13.001                  | SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO                          |  |
| 13.001.22.122.0022.1030 | AQUISIÇÃO DE VEÍCULO   |  |
| 4.4.90.00.00.00         | Aplicações diretas   |  |
| 15000000000             | Recurso livre  | R\$ 200.000,00<br>(duzentos mil reais)   |
|                         | <b>TOTAL</b>   | <b>R\$ 12.442.904,71</b>   |

Art. 3º. Servirá de cobertura para a abertura do Crédito Adicional Suplementar retro, em conformidade com inciso I do § 1º do art. 43, da Lei Federal nº 4.320/64 os recursos no montante de R\$ 15.035.916,19 (quinze milhões e trinta e cinco mil novecentos e dezesseis reais e dezenove centavos) resultantes do Superávit Financeiro, Recursos da Fonte Livre, apurados conforme Planilha elaborada pela Diretoria Executiva de Orçamento da Secretaria de Planejamento, Finanças e Orçamento, apensada como parte integrante da presente Lei.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE SINOP.  
ESTADO DE MATO GROSSO.  
Em, 04 de setembro de 2023

  
**ROBERTO DORNER**  
Prefeito Municipal

**A N E X O V – SUPERÁVIT FINANCEIRO (DEC. N° 001/2023)**

**EXERCÍCIO DE 2022 SUPLEMENTADO PARA O EXERCÍCIO DE 2023,  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SINOP – SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO, FINANÇAS E ORÇAMENTO.**

**DEMONSTRATIVO DE DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS EM CONTA SALDO 2022 PARA SUPLEMENTAÇÃO 2023**

| <b>RRECURSO/CONTA<br/>(A)</b>                 | <b>RESTOS LIQUIDADOS<br/>(B)</b> | <b>RESTOS A LIQUIDAR<br/>(C)</b> | <b>DEP.TERC./<br/>SERV.DA<br/>DIV. A<br/>PAGAR<br/>(D)</b> | <b>TOTAL RP<br/>EXERCICIO<br/>2022<br/>(E) =<br/>(B+C+D)</b> | <b>RECURSOS<br/>EM CONTA -<br/>BDT<br/>31/12/2022<br/>(F)</b> | <b>TOTAL A SER<br/>SUPLEMENTADO/<br/>SUPERÁVIT<br/>FINANCEIRO<br/>(G) = (F - E)</b> | <b>DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA A<br/>SER SUPLEMENTADA/FONTE</b> | <b>VALOR R\$</b> |
|---|----------------------------------|----------------------------------|--|--|---|---|--|------------------|
| <b>FONTE: 1.500.0000,000 E 2.500.0000,000</b> |                                  |                                  |  |  |   |   |  |                  |
| Bco Brasil - CT. FPM -<br>111.431-X           |                                  |                                  |  |  | 7.454,48  |   | DECRETO 07/2023 DE 13/01/2023                            | 778.431,53       |
| Bco Brasil - CT. MOV.T.<br>111.770-X          |                                  |                                  |  |  | 66.849.003,84   |   | DECRETO 61 /2023 DE 09/03/2023                           | 3.945.278,00     |
| Caixa Econ.Federal - CT.<br>SALARIO-028-3     |                                  |                                  |  |  | 587.599,98  |   | DECRETO 78 /2023 DE 30/03/2023                           | 97.227.784,75    |
| CEF - PMS Execução<br>Fiscal 79-8             |                                  |                                  |  |  | 123.944,15  |   | DECRETO 128 /LEI 3199 DE05/04/2023                       | 18.979.119,41    |
| BCO DO BRASIL -<br>IPVA 43.111-7              |                                  |                                  |  |  | 135.107,23  |   | DECRETO 135 /2023 DE 05/05/2023                          | 8.31.594,63      |
| BC. DO BRASIL - ICMS<br>- 25.013-9            |                                  |                                  |  |  | 44.145,99   |   | DECRETO 144 /2023 DE 15/05/2023                          | 553.988,68       |
| CAIXA ECON.<br>FEDERAL - IPTU 61-5            |                                  |                                  |  |  | 97.386,06   | 155.804.127,42  | DECRETO 149 /2023 DE 24/05/2023                          | 18.034.565,81    |
| CAIXA<br>ECON.FEDERAL-<br>CT.MOVT. 4-6        | 4.584.029,89                     | 11.505.295,75                    | 1.861.360,82   | 17.950.686,46  | 103.062.546,21  |   | DECRETO 213 /2023 DE21/08/2023                           | 97.385.500,00    |
| BCO DO BRASIL -<br>CFM - 28.866-7             |                                  |                                  |  |  | 2.856,18  |   | 1016.4.4.90.00.00.25001001000                            | 5.000.000,00     |
| CEF - ISSQN 468-8                             |                                  |                                  |  |  | 38.765,70   |   | 2042.3.3.90. 00.00.25001001000                           | 519.569,14       |
| BC. DO BRASIL - CT.<br>MOVT. 109.554-4        |                                  |                                  |  |  | 717,81  |   |  |                  |
| BCO DO BRASIL-<br>ISSQN CENTRAL-<br>36.555-6  |                                  |                                  |  |  | 27.603,56   |   |  |                  |
| CEF - Arrecadação 296-0                       |                                  |                                  |  |  | 2.586.554,50  |   |  |                  |





**SINOP**  
PREFEITURA

"Trabalhando por você!"

|   |                     |                      |                     |                      |                       |                       |  |  |                      |
|---|---------------------|----------------------|---------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|--|--|----------------------|
| BCO DO BRASIL IPI<br>119.664-2                    |                     |                      |                     |                      | 302,50                |                       |  |  |                      |
| BCO DO BRASIL-PMS<br>SIMPLES NACIONAL<br>37.716-3 |                     |                      |                     |                      | 188.656,64            |                       |  |  |                      |
| <b>TOTAIS</b>                                     | <b>4.584.029,89</b> | <b>11.505.295,75</b> | <b>1.861.360,82</b> | <b>17.950.686,46</b> | <b>173.752.644,83</b> | <b>155.804.127,42</b> |  |  | <b>80.051.121,95</b> |
| <b>TOTAL SUPERÁVIT FINANCEIRO= (G-1)</b>          |                     |                      |                     |                      |                       |                       |  |  |                      |
| <b>R\$ 75.753.005,47</b>                          |                     |                      |                     |                      |                       |                       |  |  |                      |

DEO/SPFO 04/09/2023

Nota: A) Dados Extraídos do BDT de 31/12/2022 e Relatório de Restos a Pagar em 31/12/2022.

*Frute M. Franke*

JUETE MALLMANN FRANKE

Secretária Municipal de Planejamento, Finanças e Orçamento

**EXERCÍCIO DE 2021 SUPLEMENTADO PARA O EXERCÍCIO DE 2023.  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SINOP –SECRETÁRIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO, FINANÇAS E ORÇAMENTO**

| DEMONSTRATIVO DE DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS EM CONTA SALDO 2022 PARA SUPLEMENTAÇÃO 2023 |                   |                   |                                   |                         |                                    |   |   |                     |  |
|---|-------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------------|------------------------------------|---|---|---------------------|--|
| RECURSO/CONTA   | RESTOS LIQUIDADOS | RESTOS A LIQUIDAR | DEP. TERC./ SERV. DA DIV. A PAGAR | TOTAL RP EXERCÍCIO 2022 | RECURSOS EM CONTA - BDT 31/12/2022 | TOTAL A SER SUPLEMENT. / SUPERÁVIT FINANCEIRO | DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA A SER SUPLEMENTADA/FONTE | VALOR R\$           |  |
| (A)   | (B)               | (C)               | (D)                               | (E) = (B+C+D)           | (F)                                | (G) = (F - E)                                 |   |                     |  |
| <b>FONTE: 1.500.0000.000 e 2.500.0000.000 - RECURSO LIVRE</b>                         |                   |                   |                                   |                         |                                    |   |   |                     |  |
|   |                   |                   |                                   |                         |                                    |   | 2033.3.3.90.37.00.00.25001001000              | 397.674,73          |  |
|   |                   |                   |                                   |                         |                                    |   | 2036.3.3.90.39.00.00.25001001000              | 136.291,26          |  |
|   |                   |                   |                                   |                         |                                    |   | 2039.3.3.90.37.00.00.25001001000              | 2.322.399,64        |  |
|   |                   |                   |                                   |                         |                                    |   | 2039.3.3.90.34.00.00.25001001000              | 1.012.985,01        |  |
|   |                   |                   |                                   |                         |                                    |   | 2039.3.3.90.30.00.00.25001001000              | 150.000,00          |  |
|   |                   |                   |                                   |                         |                                    |   | 2039.3.3.90.39.00.00.25001001000              | 1.204.462,00        |  |
|   | 0,00              | 0,00              | 0,00                              | 0,00                    | 9.516.347,05                       | 9.516.347,05                                  | 2041.3.3.90.30.00.00.25001001000              | 75.000,00           |  |
|   |                   |                   |                                   |                         |                                    |   | 2041.3.3.90.34.00.00.25001001000              | 395.685,09          |  |
|   |                   |                   |                                   |                         |                                    |   | 2041.3.3.90.37.00.00.25001001000              | 1.623.321,54        |  |
|   |                   |                   |                                   |                         |                                    |   | 2041.3.3.90.39.00.00.25001001000              | 1875.155,00         |  |
|   |                   |                   |                                   |                         |                                    |   | 2042.3.3.90.30.00.00.25001001000              | 75.000,00           |  |
|   |                   |                   |                                   |                         |                                    |   | 2042.3.3.90.34.00.00.25001001000              | 254.000,00          |  |
|   |                   |                   |                                   |                         |                                    |   | 2042.3.3.90.37.00.00.25001001000              | 867.939,92          |  |
| <b>TOTAIS</b>   | <b>00,0</b>       | <b>0,00</b>       | <b>0,00</b>                       | <b>0,00</b>             | <b>9.516.347,05</b>                | <b>9.516.347,05</b>                           |   | <b>9.516.347,05</b> |  |
| <b>TOTAL SUPERÁVIT FINANCEIRO= (G-I)</b>  |                   |                   |                                   |                         |                                    |   | <b>RS 0,00</b>                                |                     |  |

Secretaria Municipal de Planejamento, Finanças e Orçamento 04/09/2023.

*IVETE MALLMANN FRANKE*

**IVETE MALLMANN FRANKE**

Secretaria Municipal de Planejamento, Finanças e Orçamento

**MENSAGEM AO PROJETO DE LEI Nº 047/2023**

**Senhor Presidente,  
Senhores Vereadores,**

Com cumprimentos cordiais, embasada em predicamentos de Lei, encaminho para apreciação desta augusta Casa a matéria epigrafada que *"Autoriza o Poder Executivo a abrir Crédito Adicional Suplementar, no valor de R\$ R27.478.820,90 (vinte e sete milhoes e quatrocentos e setenta e oito mil e oitocentos e vinte reais e noventa centavos), e dá outras providências."*

Trata a matéria do pedido de autorização legislativa para abertura de crédito suplementar, nos termos do inciso I do Art. 41 da Lei Federal nº 4320/64, no valor R\$ 27.478.820,90 (vinte e sete milhoes e quatrocentos e setenta e oito mil e oitocentos e vinte reais e noventa centavos), com o fito de suprir dotações já consignadas no orçamento vigente, a fim de assegurar à continuidade dos serviços públicos.

O referido crédito suplementar contempla a Secretaria Municipal de Educação, Esporte e Cultura, para atender a folha de pagamento, manutenções e reparos das unidades escolares, manutenção do transporte, terceirizadas, e obras da Escola Tempo Integral Sabrina, aditivo do Nico Baracat, Terra Rica e a ampliação da Escola Maria Aparecida Amaro.

Como a abertura do crédito adicional suplementar depende da existência efetiva e da disponibilidade de recursos que não estejam comprometidos, no art. 2º do referido projeto, foram parcialmente anuladas dotações para fazer face ao aludido crédito.

Certos em contar com o apoio dessa Edilidade para a aprovação do projeto de lei supra, requeremos sua apreciação **em regime de urgência**.

Atenciosamente,

  
**ROBERTO DORNER**  
Prefeito Municipal

**PROJETO DE LEI Nº. 048/2023**

**DATA:** 06 de setembro de 2023

**SÚMULA:** Institui o Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde do Município – 2ª edição, e dá outras providências.

**ROBERTO DORNER, PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SINOP, ESTADO DE MATO GROSSO**, no uso de suas atribuições legais, faz saber que a Câmara Municipal de Vereadores aprovou e ele sanciona a seguinte Lei;

Art. 1º. Fica instituído o Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde do Município de Sinop – 2ª edição, para nortear a sistematização da assistência de enfermagem no âmbito das Unidades Básicas de Saúde.

Art. 2º. O protocolo de que trata o *caput* do artigo 1º é parte integrante da presente Lei.

Art. 3º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º. Ficam revogadas as disposições em contrário, em especial a Lei nº 2127/2015, de 02 de junho de 2015.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE SINOP.  
ESTADO DE MATO GROSSO.  
EM, 06 de setembro de 2023.

  
**ROBERTO DORNER**  
Prefeito Municipal

**MENSAGEM AO PROJETO DE LEI Nº. 048/2023**

**Senhor Presidente,  
Senhores Vereadores,**

Embasado em preceitos regimentais, encaminho para apreciação e deliberação dos nobres pares desta augusta Casa Legislativa a proposta epigrafada que *"Institui o Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde do Município – 2ª edição, e dá outras providências"*.

O Protocolo de Enfermagem é uma importante ferramenta que disciplina as rotinas de atendimento do profissional de enfermagem na rede pública de saúde, assegurando um atendimento de qualidade e ao mesmo tempo, autorizado pelo órgão competente na fiscalização das atividades desses profissionais. A sistematização aqui proposta abrange desde a entrada do paciente na unidade básica de saúde até o seu efetivo encaminhamento que poderá ser imediato, prioritário ou no dia. O paciente receberá orientação acerca do encaminhamento seguro, com indicações específicas sobre o seu caso. Sua elaboração e implantação tornou-se necessária, visto que o profissional Enfermeiro, como membro ativo da equipe multiprofissional, precisa desenvolver um trabalho com autonomia e maior resolutividade, inserido nos programas de saúde pública preconizados pelo Ministério da Saúde, conforme disposto na Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986, que trata da regulamentação do exercício da Enfermagem.

O manual trata de temas de fundamental relevância para a prática clínica do enfermeiro na atenção básica, com o diferencial de contemplar os aspectos que direcionam essa atividade. O protocolo, ora em apreciação, foi revisado por uma comissão de profissionais enfermeiros revisores, na qual realizou atualizações no *Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde do Município de Sinop* (Lei nº 2127/2015), baseadas nos novos cadernos de atenção básica, notas técnicas e portarias ministeriais. O documento reúne informações de grande valia, haja vista tratar-se de um guia de atuação nos locais de trabalho, respaldando o desempenho dos enfermeiros e demais profissionais da equipe de saúde, orientando as ações de educação permanente no ambiente da prática, além dos estudantes interessados no cuidado em atenção básica.

Ressalto que as devidas atualizações do protocolo de enfermagem passaram por plenária de Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Sinop, recebendo aprovação conforme RESOLUÇÃO Nº044/CMSS/MT/2023 de 02 de agosto de 2023.

Diante do exposto, e demonstrada a necessidade e legalidade da autorização ora solicitada, bem como sabedores que somos do alto espírito municipalista que norteia essa nobre edilidade, solicitamos a anuência dos nobres pares para aprovação da matéria.

Respeitosamente,

  
**ROBERTO DORNER**  
Prefeito Municipal



**PREFEITURA DE SINOP SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA  
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM EM ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE  
SINOP**

**2ª EDIÇÃO**

**SINOP – MT  
2023**



## **PROTOCOLO DE ENFERMAGEM EM ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SINOP – 2ª EDIÇÃO**

### **AUTORES**

Enf. Ana Paula Fernandes  
Enf. Esp. Ana Rosa Perazzoli  
Enf. Esp. Ilana Maria Coelho da Costa  
Enf. Esp. Karen Araujo de Souza Queiroz  
Enf. Manoelito da Silva Rodrigues  
Enf. Me. Márcio Henrique de Souza  
Enf. Esp. Margit Ahlert Gutbier  
Enf. Esp. Patrícia Akemi Kamitani  
Enf. Esp. Pedro Henrique Guimarães da Silva Siqueira  
Enf. Esp. Thiara Chaves dos Santos

### **ATUALIZAÇÕES**

Enf. Esp. Ana Rosa Perazzoli  
Enf. Me. Dayane Aparecida de Souza  
Enf. Esp. Karen Araujo de Souza Queiroz  
Enf. Me. Márcio Henrique de Souza  
Enf. Ma. Thiara Chaves dos Santos

### **REVISORES**

Enf. Esp. Debora Milena Trevisanutto  
Tec. Enf. Elcinéia Rodrigues Paiva Barbosa  
Enf. Esp. Ellen Letícia da Silva Ribeiro  
Enf. Jackson Douglas Serra Pinheiro  
Enf. Esp. Joana Rodrigues Nascimento de Moraes da Silva  
Enf. Ma. Joice Lilian Porfirio de Souza



Enf. Me. João Gustavo Breganó  
Enf.Esp. Lígia Paula Longhi  
Enf. Esp. Marlene Maria Bonetti  
Enf. Esp. Paula Francieli Zwirtes  
Enf. Silvana Assunção de Oliveira Enf.  
Esp. Vanessa Gatto

### **CONTRIBUIÇÕES**

Enf.Esp Marcelo Roberto Klement Farm.  
Bioq. Ana Paula Muller

### **REVISOR FINAL**

Enf. Esp. Patricia Akemi Kamitani

### **APROVAÇÃO**

Enf. Esp. Geovana Cavalet  
Coordenadora da Estratégia Saúde da Família

Assist. Social Mara Cristiane Meyer  
Diretora de Atenção Primária a Saúde

Enf. Esp. Daniela Cristina de Oliveira Galhardo Barbosa  
Secretária Municipal de Saúde



## PROTOCOLO DE ENFERMAGEM EM ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SINOP – 2ª EDIÇÃO

Pelo exemplo de fé, força e dedicação,  
À Enfermeira Endira Pichler Testolin (*In memoriam*)

### PREFÁCIO

Este protocolo é o resultado do esforço, do conhecimento e experiência de profissionais que atuam em instituições de saúde na área da atenção básica, os quais, unidos aos ideais de qualidade, de segurança profissional, autonomia e compromisso ético, tornaram possível a sua realização.

Esse instrumento trata de temas de fundamental relevância para a prática clínica do enfermeiro na atenção básica com o diferencial de contemplar, em forma de fluxograma, os aspectos que direcionam essa prática. Reúne informações que serão de grande valia para os gestores por ser um guia da atuação nos locais de trabalho, por respaldar o desempenho dos enfermeiros e demais profissionais da equipe de saúde, por orientar as ações de educação permanente no ambiente da prática além dos estudantes interessados no cuidado em atenção básica.

A adoção deste Protocolo deve ser tomada como um desafio, pois implica, muitas vezes, em fazer rupturas em práticas e crenças internalizadas partindo para a competência técnica e política, como sujeitos sociais que somos dotados de conhecimento, de raciocínio, de percepção e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, prontos a intervirem em contextos de incertezas e complexidades para fortalecer o Sistema Único de Saúde.

Esperamos que este trabalho, uma construção coletiva entre profissionais enfermeiros, sirva de inspiração para o surgimento de outros de igual qualidade, para que possamos avançar na consolidação da tão almejada qualidade na assistência de enfermagem.



## DISPOSIÇÕES LEGAIS DE ATUALIZAÇÃO E REVISÃO

As atualizações realizadas no Protocolo de Enfermagem a Atenção a Saúde do Município de Sinop, a Lei Municipal 2127/2015 de 02 de junho de 2015, foram realizadas em conformidade com:

A **Constituição Federal, artigo 5º**, incisos: “II – Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de Lei.” “XIII – é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer.”;

**Lei 8080/90, de 19 de setembro de 1990**, a qual “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.”;

**Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011**, que regulamenta a Lei nº 8080/90:

Capítulo I da Organização do SUS/Seção II da Hierarquização/ Art. 9º - “São portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços: I - de atenção primária; II – de atenção à urgência e emergência; III – de atenção psicossocial; e IV – especiais de acesso aberto;”

Capítulo IV da Assistência à Saúde/ Seção I da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES/ Art. 21- “A relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.”

Capítulo IV da Assistência à saúde/ Seção II da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME/ Art. 25 – “A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.”

Capítulo IV da Assistência à Saúde/ Seção II da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME/ Art. 26 – “O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os protocolos clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT);”

Capítulo IV da Assistência à Saúde/ Seção II da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME/ Art. 27 – “O Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME,



respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.”

Capítulo IV da Assistência à Saúde/ Seção II da Relação Nacional de Medicamentos

Essenciais – RENAME/ Art. 28 – “O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente: I – estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS; II – ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS; III – estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos;”

**Portaria Ministerial nº 2.436/2017**, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica; bem como dos programas do Ministério da Saúde implantados no município: Programa Nacional de Suplementação de Ferro, Programa Nacional de Suplementação da Vitamina A, Hiperdia, Programa de Prevenção do Câncer de colo de útero e de mama, Pré-natal, parto e puerpério de baixo risco, Hanseníase, Tuberculose, PACS, PSF, saúde da criança, idoso e adolescente, Programa de Monitoração das Doenças Diarreicas Agudas – a MDDA, tabagismo, imunização, planejamento familiar, vigilância sanitária e epidemiológica, DST/AIDS;

**Atualizações dos Manuais de Normas Técnicas** publicados pelo Ministério da Saúde;

**Lei nº 7498/86 e o Decreto nº 94.406/87**, que dispõe e regulamenta sobre o exercício da enfermagem, bem como as resoluções do Conselho Federal de Enfermagem: 195/97, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro; 358/09, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências 564/2017, que aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem; 302/05, que baixa normas para ANOTAÇÃO da Responsabilidade Técnica de Enfermeiro(a), em virtude de Chefia de Serviço de Enfermagem, nos estabelecimentos das instituições e empresas públicas, privadas e filantrópicas; 290/04, que fixa as Especialidades de Enfermagem;

**Portaria 2.436/17 do Ministério da Saúde** que “Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”;



**Portaria nº 1.625/07, do Ministério da Saúde**, a qual “Altera atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família – ESF dispostas na Política Nacional de atenção Básica”, mais especificamente o Art. 1º/II – das atribuições dos profissionais enfermeiros das equipes Saúde da Família: “realizar consultas de enfermagem”, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municipais ou os do Distrito Federal;

**Norma Operacional de Assistência à Saúde – SUS 01/2001** publicada pelo Ministério da Saúde, da Portaria 95/GM. De 26 de janeiro de 2001;

Enfim, diante dos dispostos e considerando a necessidade de atualizar a normatização, no âmbito Municipal, das atividades inerentes aos enfermeiros face ao modelo de atenção vigente, torna-se, após aprovação, caráter público para consulta a 2ª edição do PROTOCOLO DE ENFERMAGEM EM ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SINOP.

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA E SUA IMPORTÂNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....</b> | <b>21</b> |
| <b>1. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA.....</b>                          | <b>23</b> |
| 1.1 Acolhimento .....  | 23        |
| 1.2 Classificação de Risco .....   | 23        |
| 1.2.1 Aspectos Legais .....  | 24        |
| 1.2.2 Modelo de classificação de risco .....   | 24        |
| Referências .....  | 27        |
| <b>2. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA .....</b>                            | <b>28</b> |
| 2.1 Estratégia da Saúde da Família .....   | 28        |
| 2.2 Processo De Trabalho Do Enfermeiro Na Saúde Da Família .....                                 | 29        |
| 2.3 Rede de apoio à saúde da família .....   | 33        |
| Referências .....  | 34        |
| <b>3. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA .....</b>                            | <b>35</b> |
| 3.1 Puericultura .....   | 35        |
| 3.1.1 Periodicidade .....  | 36        |
| 3.2 Consulta de Enfermagem .....   | 37        |
| 3.2.1 Anamnese .....   | 37        |
| 3.2.2 Exame físico .....   | 38        |
| 3.2.3 Avaliação do Crescimento e Desenvolvimento.....  | 38        |
| 3.2.4 Prescrições de Enfermagem/ orientações, exames e encaminhamentos..                         | 39        |
| 3.2.4.1 Orientações de primeira consulta.....  | 39        |
| 3.2.4.2 Orientações sobre saúde bucal .....  | 39        |
| 3.2.4.3 Suplementações de vitamina A.....  | 40        |
| 3.2.4.4 Suplementação de ferro .....   | 40        |
| 3.2.4.5 Suplementação NUTRISUS.....  | 41        |
| 3.3 Queixas comuns na infância.....  | 42        |
| 3.3.1 Alterações respiratórias.....  | 42        |
| 3.3.2 Cólica No Recém-Nascido.....   | 43        |
| 3.3.3 Constipação intestinal.....  | 46        |
| 3.3.4 Coto umbilical .....   | 47        |

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| 3.3.5     | Dermatite amoniaca.....  | 48        |
| 3.3.6     | Dermatite seborreica .....   | 49        |
| 3.3.7     | Diarréia.....  | 50        |
| 3.3.8     | Dores recorrentes em membros: “dores de crescimento”.....              | 51        |
| 3.3.9     | Escabiose.....   | 52        |
| 3.3.10    | Estomatite.....  | 53        |
| 3.3.11    | Estrófulos .....   | 54        |
| 3.3.12    | Febre .....  | 55        |
| 3.3.13    | Fimose .....   | 56        |
| 3.3.14    | Larva migrans.....   | 57        |
| 3.3.15    | Impetigo.....  | 57        |
| 3.3.16    | Intertrigo fúngico.....  | 59        |
| 3.3.17    | Miliária (brotoeja).....   | 60        |
| 3.3.18    | Monilíase oral/ candidíase oral.....                                   | 60        |
| 3.3.19    | Refluxo no recém-nascido.....  | 61        |
| 3.3.20    | Parasitose intestinal.....   | 62        |
| 3.3.21    | Pediculose.....  | 63        |
| 3.3.22    | Conjuntivite.....  | 65        |
| 3.3.23    | Tosse.....   | 65        |
|           | Referências .....  | 67        |
| <b>4.</b> | <b>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE .....</b> | <b>70</b> |
| 4.1       | Saúde do Adolescente.....  | 71        |
| 4.2       | Consulta de Enfermagem.....  | 72        |
| 4.2.1     | Anamnese.....  | 72        |
| 4.2.2     | Exame Físico.....  | 73        |
| 4.2.2.1   | Avaliação dos Sinais Vitais.....                                       | 74        |
| 4.2.2.2   | Avaliação do crescimento e desenvolvimento.....                        | 74        |
| 4.2.3     | Prescrições de Enfermagem/ Orientações, exames e Encaminhamentos.....  | 78        |
| 4.2.3.1   | Métodos contraceptivos na adolescência.....                            | 78        |
| 4.2.3.2   | Exames Laboratoriais.....  | 80        |
| 4.3       | Gravidez na Adolescência.....  | 81        |
| 4.3.1     | Aspectos legais .....  | 81        |
| 4.3.2     | Atendimento a adolescentes com resultado positivo de gravidez.....     | 82        |
| 4.3.3     | Acompanhamento pré-natal.....  | 82        |
| 4.3.4     | Paternidade na adolescência.....                                       | 83        |

|        |  |     |
|--------|--|-----|
| 4.4    | <b>Queixas Comuns Na Adolescência.....</b>                               | 84  |
| 4.4.1  | Halitose.....  | 84  |
| 4.4.2  | Dismenorréia.....  | 84  |
| 4.4.3  | Dor ovulatória.....  | 85  |
| 4.4.4  | Assimetria ou outras patologias mamárias.....                            | 85  |
| 4.4.5  | Acne.....  | 86  |
| 4.4.6  | Escoliose.....   | 86  |
| 4.4.7  | Cifose.....  | 87  |
| 4.4.8  | Anemias por deficiência de ferro.....                                    | 87  |
| 4.4.9  | Infecções de trato urinário (ITU).....                                   | 88  |
| 4.4.10 | Fimose.....  | 89  |
| 4.4.11 | Alterações oculares.....   | 89  |
|        | <b>Referências .....</b>   | 91  |
| 5.     | <b>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM .....</b>         | 93  |
| 5.1    | Consulta de Enfermagem.....  | 94  |
| 5.2    | Sintomas Prostáticos.....  | 95  |
|        | <b>Referências .....</b>   | 96  |
| 6.     | <b>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER .....</b>        | 97  |
| 6.1    | Consulta de Enfermagem.....  | 97  |
| 6.2    | <b>Queixas Comuns Em Saúde Da Mulher.....</b>                            | 98  |
| 6.2.1  | Atraso menstrual.....  | 98  |
| 6.2.2  | Mastalgia.....   | 98  |
| 6.2.3  | Dismenorreia .....   | 99  |
| 6.2.4  | Queixas urinárias - Dor e aumento da frequência.....                     | 100 |
| 6.3    | <b>Prevenção De Câncer De Colo Do Útero.....</b>                         | 102 |
| 6.3.1  | Exame Citopatológico do colo do útero.....                               | 102 |
| 6.4    | <b>Prevenção Do Câncer De Mama.....</b>                                  | 106 |
| 6.5    | <b>Atenção Às Mulheres No Climatério.....</b>                            | 108 |
|        | <b>Referências .....</b>   | 111 |
| 7.     | <b>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO PLANEJAMENTO FAMILIAR .....</b> | 112 |
| 7.1    | Aspectos Legais.....   | 112 |
| 7.2    | <b>Consulta Pré-Concepcional.....</b>                                    | 113 |
| 7.2.1  | Anamnese.....  | 113 |
| 7.2.2  | Exame Físico Direcionado.....  | 115 |
| 7.2.3  | Prescrição de Enfermagem.....  | 115 |

|           |   |     |
|-----------|---|-----|
| 7.2.3.1   | Solicitação de Exames laboratoriais.....  | 115 |
| 7.2.3.2   | Quanto hábitos e estilos de vida.....   | 116 |
| 7.2.3.3   | Quanto à prevenção de doenças e infecções.....  | 116 |
| 7.2.3.4   | Quanto ao preparo para concepção.....   | 117 |
| 7.2.3.5   | Quanto à suplementação pré-concepcional.....  | 120 |
| 7.2.3.6   | Quanto a casais com dificuldade na concepção natural.....                               | 121 |
| 7.3       | Consulta de Contraceção.....  | 121 |
| 7.3.1     | Anamnese.....   | 121 |
| 7.3.2     | Exame Físico Direcionado .....  | 122 |
| 7.3.3     | Prescrição de enfermagem .....  | 122 |
| 7.3.3.1   | Métodos contraceptivos comportamentais e métodos de barreira .....                      | 122 |
| 7.3.3.2   | Métodos Contraceptivos hormonais orais.....   | 123 |
| 7.3.3.3   | Métodos contraceptivos hormonais injetáveis.....  | 124 |
| 7.3.3.4   | Método contraceptivo de emergência.....   | 125 |
| 7.3.3.5   | Dispositivo intrauterino - DIU.....   | 126 |
| 7.3.3.5.1 | Reações adversas e condutas .....   | 127 |
| 7.3.4     | Método contraceptivo definitivo (esterilização).....                                    | 128 |
|           | Referências .....   | 129 |
| 8.        | PROCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À MULHER NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO E PUERPÉRIO ..... | 131 |
| 8.1       | Atribuições Do Enfermeiro No Pré-Natal De Baixo Risco e Puerpério.....                  | 131 |
| 8.2       | Consulta De Enfermagem no Pré-natal.....  | 132 |
| 8.2.1     | Anamnese com Estratificação de Risco Gestacional .....                                  | 133 |
| 8.2.3     | Exames de Assistência Pré-natal .....   | 137 |
| 8.2.4     | Suplementação Fólica e de Ferro .....   | 138 |
| 8.2.5     | Imunização .....  | 138 |
| 8.3       | Queixas Comuns na Gestação .....  | 139 |
| 8.3.1     | Náuseas, Vômitos e Tonturas .....   | 139 |
| 8.3.2     | Pirose (Azia) .....   | 140 |
| 8.3.3     | Sialorréia (Salivação Excessiva) .....  | 141 |
| 8.3.4     | Fraquezas e Desmaios .....  | 141 |
| 8.3.5     | Dor Abdominal / Cólicas, Flatulência e Obstipação Intestinal .....                      | 142 |
| 8.3.6     | Hemorróidas .....   | 143 |
| 8.3.7     | Corrimento Vaginal .....  | 143 |
| 8.3.8     | Queixas Urinárias .....   | 143 |

|   |   |            |
|---|---|------------|
| 8.3.9   | Falta De Ar e Dificuldade Para Respirar .....                 | 144        |
| 8.3.10  | Mastalgia .....   | 144        |
| 8.3.11  | Lombalgia/Síndrome miofascial.....                            | 145        |
| 8.3.12  | Cefaléia.....   | 145        |
| 8.3.13  | Sangramento Nas Gengivas .....                                | 146        |
| 8.3.14  | Varizes .....   | 146        |
| 8.3.15  | Câimbras .....  | 146        |
| 8.3.16  | Pigmentações/ Cloasma Gravídico.....                          | 147        |
| 8.3.17  | Estrias .....   | 147        |
| 8.3.18  | Edema .....   | 148        |
| <b>8.4</b>  | <b>Consulta de Pré-Natal e Puerperal da Amamentação .....</b> | <b>148</b> |
| 8.4.1   | Preparo da Mama.....  | 149        |
| 8.4.2   | Aleitamento Materno .....                                     | 149        |
| 8.4.3   | Manejo de Intercorrências durante a amamentação .....         | 150        |
| 8.4.3.1   | Bebê que não suga ou tem sucção fraca .....                   | 150        |
| 8.4.3.2   | Apojadura tardia.....   | 150        |
| 8.4.3.3   | Mamilos planos ou invertidos.....                             | 151        |
| 8.4.3.4   | Ingurgitamento Mamário.....                                   | 151        |
| 8.4.3.5   | Dor Mamilar/Fissura.....                                      | 151        |
| 8.4.3.6   | Candidíase/Monilíase mamária .....                            | 152        |
| 8.4.3.7   | Ejeção do leite exagerado.....                                | 152        |
| 8.4.3.8   | Mastite.....  | 153        |
| <b>8.5</b>  | <b>Consulta de enfermagem no Puerpério.....</b>               | <b>153</b> |
| 8.5.1   | Anamnese.....   | 154        |
| 8.5.2   | Exame Físico Geral .....                                      | 155        |
| 8.5.3   | Prescrições de Enfermagem .....                               | 155        |
| 8.5.4   | Suplementação de Ferro .....                                  | 156        |
| <b>Referências .....</b>  |   | <b>156</b> |
| <b>9. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DO PAI/PARCEIRO/PARCEIRAS .....</b> |   | <b>158</b> |
| 9.1   | O Atendimento ao Pré-Natal das Parcerias .....                | 158        |
| 9.2   | Consulta De Enfermagem .....                                  | 161        |
| 9.2.1   | Anamnese .....  | 161        |
| 9.2.2   | Exame físico .....  | 162        |
| 9.2.3   | Prescrições de Enfermagem .....                               | 162        |

|            |   |            |
|------------|---|------------|
| 9.2.4      | Exames Laboratoriais .....  | 163        |
|            | Referências .....   | 163        |
| <b>10.</b> | <b>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA .....</b> | <b>164</b> |
| 10.1       | Consulta de Enfermagem .....  | 164        |
| 10.1.1     | Avaliação Sociofamiliar .....   | 165        |
| 10.1.2     | Avaliação Multidimensional.....   | 166        |
| 10.1.3     | Avaliação Do Funcionamento Global .....                                 | 169        |
| 10.1.4     | Estratificação De Risco .....   | 171        |
| 10.1.5     | Referenciamento .....   | 173        |
| 10.1.6     | Prescrição De Enfermagem e Plano de Cuidados e Intervenção .....        | 173        |
| 10.1.6.1   | Cuidados gerais .....   | 173        |
| 10.1.6.2   | Cognição.....   | 174        |
| 10.1.6.3   | Comportamental.....   | 174        |
| 10.1.6.4   | Mobilidade .....  | 174        |
| 10.1.6.5   | Percepção .....   | 176        |
| 10.1.6.6   | Adesão ao tratamento medicamentoso.....                                 | 176        |
| 10.1.6.7   | Plano Alimentar Saudável .....  | 177        |
| 10.1.6.8   | Atividade física .....  | 177        |
| 10.1.6.9   | Uso de álcool, tabaco e outras drogas .....                             | 177        |
| 10.1.6.10  | Promoção da Saúde Mental.....   | 178        |
| 10.1.6.11  | Promoção a Saúde e prevenção de consequências.....                      | 178        |
|            | Referências .....   | 178        |
| <b>11.</b> | <b>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PARA VIGILÂNCIA</b>               |            |
|            | <b>EPIDEMIOLÓGICA .....</b>   | <b>179</b> |
| 11.1       | Atribuições sob vigilância epidemiológica.....                          | 180        |
| 11.2       | Etapas do processo de vigilância epidemiológica.....                    | 181        |
| 11.3       | Doenças de notificação obrigatória, imediata ou semanal.....            | 181        |
| 11.4       | Alimentação eletrônica de dados .....                                   | 186        |
| 11.5       | Epidemia e Surtos: .....  | 187        |
|            | Referências .....   | 188        |
| <b>12.</b> | <b>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO A INFECÇÕES SEXUALMENTE</b>       |            |
|            | <b>TRANSMISSÍVEIS .....</b>   | <b>189</b> |
| 12.1       | Rastreamento .....  | 189        |
| 12.2       | Principais Síndromes Clínicas.....                                      | 191        |
| 12.3       | Infecções Sexuais Causadoras de Úlceras.....                            | 192        |
| 12.4       | Herpes .....  | 193        |

|          |  |     |
|----------|--|-----|
| 12.4.1   | Sintomatologia .....   | 193 |
| 12.4.2   | Diagnóstico e tratamento.....  | 194 |
| 12.5     | Cancróide .....  | 194 |
| 12.5.1   | Sintomatologia.....  | 194 |
| 12.5.2   | Diagnóstico e tratamento.....  | 195 |
| 12.6     | Donovanose.....  | 195 |
| 12.6.1   | Sintomatologia.....  | 195 |
| 12.6.2   | Diagnóstico e tratamento .....                                       | 195 |
| 12.7     | Sífilis.....   | 196 |
| 12.7.1   | Sintomatologia.....  | 196 |
| 12.7.2   | Diagnóstico .....  | 197 |
| 12.7.3   | Tratamento.....  | 199 |
| 12.7.4   | Monitoramento e acompanhamento.....                                  | 199 |
| 12.7.5   | Crterios de retratamento de sífilis por reativação ou reinfeção..... | 200 |
| 12.7.6   | Sífilis congênita e criança exposta à sífilis.....                   | 200 |
| 12.8     | Infecções que causam corrimento vaginal e cervicite.....             | 201 |
| 12.8.1   | Candidíase vulvovaginal.....   | 202 |
| 12.8.1.1 | Sintomatologia.....  | 202 |
| 12.8.1.2 | Diagnóstico e tratamento .....                                       | 203 |
| 12.8.2   | Vaginose bacteriana .....  | 203 |
| 12.8.2.1 | Sintomatologia .....   | 203 |
| 12.8.2.2 | Diagnóstico e tratamento.....  | 203 |
| 12.8.3   | Trichomonas.....   | 205 |
| 12.8.3.1 | Sintomatologia.....  | 205 |
| 12.8.3.2 | Diagnóstico e tratamento.....  | 205 |
| 12.8.4   | Cervicite.....   | 205 |
| 12.8.4.1 | Sintomatologia.....  | 205 |
| 12.8.4.2 | Diagnóstico e tratamento.....  | 206 |
| 12.9     | Infecções Que Causam Corrimento Uretral .....                        | 207 |
| 12.9.1   | Uretrites.....   | 208 |
| 12.9.1.1 | Tratamento .....   | 208 |
| 12.10    | HIV.....   | 209 |
| 12.11    | Hepatites Virais .....   | 209 |
| 12.12    | Hepatite A .....   | 211 |
| 12.13    | Hepatite B .....   | 211 |

|  |            |
|--|------------|
| 12.13.1 Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite Tipo B.....                    | 212        |
| 12.14 Hepatite C.....  | 212        |
| 12.15 Zika Vírus.....  | 212        |
| 12.16 Doença Inflamatória Pélvica – DIP .....                              | 213        |
| 12.16.1 Sintomatologia .....   | 213        |
| 12.16.2 Diagnóstico e Tratamento .....                                     | 213        |
| 12.17 HPV .....  | 215        |
| 12.17.1 Sintomatologia.....  | 215        |
| 12.17.2 Diagnóstico e tratamento.....                                      | 215        |
| 12.18 Procedimento para comunicação de parceiros em ISTs.....              | 217        |
| 12.19 IST's e Violência Sexual.....  | 218        |
| Referências .....  | 219        |
| <b>13. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR ..</b>    | <b>222</b> |
| 13.1 Vigilância Em Saúde Do Trabalhador na UBS.....                        | 222        |
| 13.2 Atenção À Saúde do Trabalhador na UBS e CEREST .....                  | 222        |
| 13.3 Educação Em Saúde Na UBS .....  | 223        |
| 13.4 Consulta De Enfermagem .....  | 224        |
| 13.5 Condutas Frente a Acidente e Agravos .....                            | 225        |
| Referências .....  | 229        |
| <b>14. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL .....</b>         | <b>230</b> |
| 14.1 Promoção em saúde mental .....  | 230        |
| 14.2 Consulta de enfermagem .....  | 231        |
| 14.2.1 Crianças e Adolescentes .....                                       | 233        |
| 14.2.2 Idosos.....   | 234        |
| 14.2.3 Adultos.....  | 235        |
| 14.3 Classificação de risco e condutas de enfermagem .....                 | 235        |
| Referências .....  | 238        |
| <b>15. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA .....</b> | <b>240</b> |
| 15.1 Tipos De Violência.....   | 240        |
| 15.2 A promoção de saúde e prevenção de violências.....                    | 241        |
| 15.3 Responsabilidade Legal.....   | 243        |
| 15.4 Crianças e adolescentes em situação de violência.....                 | 244        |
| 15.4.1 Consulta de enfermagem na suspeita.....                             | 244        |
| 15.4.2 Consulta de enfermagem em casos de violência.....                   | 247        |
| 15.5 Mulheres em situação de violência.....                                | 251        |

|  |            |
|--|------------|
| 15.5.1 Consulta de enfermagem na suspeita.....   | 251        |
| Referências .....  | 254        |
| <b>16. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DENGUE .....</b>       | <b>256</b> |
| 16.1 Notificação.....  | 256        |
| 16.2 Classificação.....  | 257        |
| 16.3 Diagnóstico.....  | 257        |
| 16.4 Consulta de Enfermagem.....   | 258        |
| 16.5 Prescrição e condutas de enfermagem.....  | 260        |
| 16.5.1 Febre ou dor .....  | 261        |
| 16.5.2 Prurido.....  | 262        |
| 16.5.3 Náusea ou vômito.....   | 263        |
| Referências .....  | 263        |
| <b>17.PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO A LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA .....</b> | <b>264</b> |
| 17.1 Consulta de enfermagem.....   | 264        |
| 17.2 Casos suspeitos.....  | 266        |
| 17.2.1 Fluxo municipal.....  | 266        |
| 17.3 Casos confirmados.....  | 267        |
| 17.4 Organização da assistência a usuários com LTA.....                                | 268        |
| 17.4.1 Quanto a notificação e solicitação de medicação .....                           | 268        |
| 17.4.2 Quanto a medicação/ tratamento medicamentoso .....                              | 269        |
| 17.4.3 Quanto a adesão ao tratamento .....   | 270        |
| 17.4.4 Quanto às avaliações .....  | 271        |
| 17.4.5 Quanto ao relatório de acompanhamento .....                                     | 271        |
| 17.4.6 Critério de cura .....  | 271        |
| Referências .....  | 272        |
| <b>18. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM HANSENÍASE .....</b>   | <b>273</b> |
| 18.1 Conceito .....  | 273        |
| 18.2 Transmissão .....   | 274        |
| 18.3 Classificação .....   | 274        |
| 18.4 Principais sinais e sintomas.....   | 274        |
| 18.4.1 Outros sintomas e sinais clínicos de suspeita.....                              | 275        |
| 18.5 Consulta de Enfermagem .....  | 276        |
| 18.5.1 Na Suspeita .....   | 276        |

|   |  |     |
|---|--|-----|
| 18.5.2  | Após Diagnóstico .....   | 277 |
| 18.6  | Avaliação Da Função Neural, Grau De Incapacidade Física E Escore Omp.....    | 279 |
| 18.7  | Exames.....  | 279 |
| 18.8  | Tratamento.....  | 280 |
| 18.8.1  | Manejo De Possíveis Complicações Da Poliquimioterapia .....                  | 280 |
| 18.8.1.1  | Dapsona .....  | 280 |
| 18.8.1.2  | Rifampicina.....   | 281 |
| 18.8.1.3  | Clofazimina.....   | 282 |
| 18.9  | Notificação.....   | 283 |
| 18.10   | Transferência de usuários para outra unidade .....                           | 283 |
| 18.11   | Busca ativa dos contatos .....   | 283 |
| 18.12   | Teste Rápido Imunocromatográfico .....                                       | 284 |
| Referências   | .....  | 285 |
| <b>19. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO A PESSOA COM TUBERCULOSE</b>                    | .....  | 286 |
| 19.1  | Conceito .....   | 286 |
| 19.2  | Transmissão.....   | 286 |
| 19.3  | Sintomatologia.....  | 287 |
| 19.4  | Atribuições do Enfermeiro na APS no manejo da TB.....                        | 287 |
| 19.5  | Busca ativa e detecção/investigação de Sintomáticos Respiratórios (SR).....  | 290 |
| 19.6  | Orientações para coleta de escarro.....                                      | 291 |
| 19.7  | Notificação .....  | 292 |
| 19.8  | Transferência de pessoas em tratamento para TB entre unidades de saúde ..... | 293 |
| 19.9  | Esquema de tratamento para a TB.....   | 294 |
| 19.10   | Seguimento do tratamento em adultos.....                                     | 295 |
| 19.11   | Abandono do tratamento.....  | 296 |
| Referências   | .....  | 296 |
| <b>20. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO A PESSOA COM ILTB</b>                           | .....  | 298 |
| 20.1  | Identificação das pessoas com maior probabilidade de realizar ILTB.....      | 298 |
| 20.2  | Diagnóstico pela Prova Tuberculínica (PT).....                               | 299 |
| 20.3  | Tratamento.....  | 299 |
| 20.4  | Abandono do Tratamento .....   | 301 |
| Referências   | .....  | 301 |
| <b>21. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA</b> | .....  | 302 |
| 21.1  | Conceito.....  | 302 |

|            |  |            |
|------------|--|------------|
| 21.2       | Classificação .....  | 303        |
| 21.3       | Sintomatologia.....  | 304        |
| 21.4       | Fatores de risco.....  | 305        |
| 21.5       | Rastreamento da HAS.....   | 306        |
| 21.5.1     | Em crianças e adolescentes.....  | 306        |
| 21.5.2     | Em adultos.....  | 307        |
| 21.5.3     | Em idosos.....   | 307        |
| 21.5.4     | Em gestantes.....  | 307        |
| 21.5.5     | Em avaliação de Risco global (Frammighan).....                                 | 308        |
| 21.6       | Monitoramento de casos suspeitos.....  | 308        |
| 21.7       | O acompanhamento do usuário com HAS .....                                      | 309        |
| 21.7.1     | Fluxo de atenção .....   | 309        |
| 21.7.2     | Estratificação de risco em HAS .....   | 309        |
| 21.7.3     | Periodicidade de Acompanhamento .....  | 312        |
| 21.8       | Consulta de Enfermagem .....   | 313        |
| 21.8.1     | Consulta de Rastreio e investigação de HAS .....                               | 313        |
| 21.8.2     | Consulta de acompanhamento da pessoa com HAS.....                              | 315        |
| 21.8.3     | Solicitação de exames para pessoa com HAS.....                                 | 316        |
| 21.9       | Plano de cuidados de enfermagem e autocuidados.....                            | 316        |
| 21.9.1     | Adesão ao tratamento medicamentoso .....                                       | 316        |
| 21.9.2     | Plano Alimentar Saudável.....  | 317        |
| 21.9.3     | Atividade física.....  | 317        |
| 21.9.4     | Uso de álcool, tabaco e outras drogas.....                                     | 318        |
| 21.9.5     | Promoção da Saúde Mental.....  | 318        |
| 21.9.6     | Promoção a Saúde e prevenção de consequências.....                             | 318        |
| 21.10      | Meta terapêutica .....   | 318        |
| 21.11      | Condutas frente a crises hipertensivas .....                                   | 319        |
|            | Referências .....  | 321        |
| <b>22.</b> | <b>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À PESSOA COM DIABETES MELLITUS .....</b> | <b>323</b> |
| 22.1       | Conceito .....   | 323        |
| 22.2       | Sintomatologia .....   | 323        |
| 22.3       | Fatores de risco .....   | 324        |
| 22.4       | Rastreamento para assintomático .....  | 324        |
| 22.5       | Diagnóstico .....  | 325        |

|             |  |            |
|-------------|--|------------|
| 22.6        | O acompanhamento do usuário com diabetes mellitus .....                      | 326        |
| 22.6.1      | Fluxo de Atendimento .....   | 326        |
| 22.7        | Estratificação De Risco .....  | 327        |
| 22.7.1      | Periodicidade de Acompanhamento .....  | 329        |
| 22.7.2      | Controle glicêmico .....   | 330        |
| 22.8        | Consulta de enfermagem .....   | 331        |
| 22.8.1      | Consulta de acompanhamento da pessoa com DM.....                             | 333        |
| 22.8.2      | Plano de cuidados de enfermagem e autocuidado.....                           | 335        |
| 22.8.2.1    | Alimentação Saudável.....  | 336        |
| 22.8.2.2    | Atividade física .....   | 336        |
| 22.8.2.3    | Autocuidados com a olhos, pele e pés.....                                    | 337        |
| 22.8.2.4    | Cuidados com a utilização da Insulina .....                                  | 337        |
| 22.9        | Meta terapêutica.....  | 340        |
| 22.10       | Condutas frente a hipoglicemia e hiperglicemias .....                        | 341        |
| 22.10.1     | Manejo da hiperglicemia em usuários com DM.....                              | 342        |
| Referências | .....  | 343        |
| <b>23.</b>  | <b>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR</b> .....               | <b>345</b> |
| 23.1        | Gerenciamento de equipe.....   | 346        |
| 23.2        | Organização de Recursos.....   | 346        |
| 23.2.1      | Avaliação ambiental domiciliar.....  | 346        |
| 23.2.2      | Na assistência.....  | 347        |
| 23.2        | Fluxo de assistência.....  | 348        |
| 23.3        | Consulta de enfermagem.....  | 348        |
| 23.3.1      | Anamnese.....  | 349        |
| 23.3.2      | Exame Físico .....   | 349        |
| 23.3.3      | Diagnóstico e prescrição de enfermagem .....                                 | 350        |
| Referências | .....  | 350        |
| <b>24.</b>  | <b>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO A URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS</b><br>..... | <b>351</b> |
| 24.1        | Acolhimento .....  | 351        |
| 24.2        | Classificação de risco .....   | 352        |
| 24.2.1      | Aspectos legais .....  | 352        |
| 24.2.2      | Modelo de Classificação de Risco .....                                       | 353        |
| 24.3        | Identificação de Urgência e Emergência .....                                 | 355        |
| 24.3.1      | Em Sinais Vitais .....   | 355        |

|             |   |     |
|-------------|---|-----|
| 24.3.2      | Em Avaliação de Consciência .....                 | 356 |
| 24.3.3      | Em Glicemia Capilar e Saturação de Oxigênio ..... | 359 |
| 24.3.4      | Em Dor.....                                       | 360 |
| 24.3.5      | Em outras Situações ou queixas .....              | 361 |
| 24.3.6      | Em gestantes .....                                | 369 |
| 24.4        | Enfermagem em urgência e emergência na UBS .....  | 369 |
| 24.4.1      | Convulsão.....                                    | 371 |
| 24.4.2      | Traumas.....                                      | 372 |
| 24.4.3      | Insuficiência respiratória.....                   | 373 |
| 24.4.4      | Obstrução de vias aéreas por corpo estranho.....  | 373 |
| 24.4.5      | Parada cardiorrespiratória (PCR). .....           | 374 |
| Referências | .....   | 375 |

## **O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA E SUA IMPORTÂNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

---

O enfermeiro da equipe de atenção primária, que atua ou não nas equipes de Saúde da Família, desenvolve seu trabalho tanto no âmbito da unidade de saúde quanto na comunidade. Entre as suas atribuições estão a realização de assistência integral às pessoas e famílias na unidade de saúde desde o acolhimento com classificação do risco para os cuidados primários a consulta de enfermagem, bem como, e quando necessário, ações no domicílio através da visita domiciliar e/ou em outros espaços comunitários, para promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.

A Consulta de Enfermagem deve estar baseada em suporte teórico que oriente e ampare cada uma das etapas do processo e que deverão ser respeitadas, nos temas abordados neste protocolo:

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Neste contexto é importante lembrarmos que a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames poderão ser desenvolvidas durante o processo, de acordo com a necessidade, desde que incluídas na assistência integral à saúde do indivíduo e respeitando o Art. 11, § II da Lei nº 7.498/86, que determina a “prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”.

Em âmbito ressalta-se que no artigo nº 08 do Decreto Municipal nº 274/2015, de 08 de dezembro de 2015, constata-se que:

Para fins de prescrição de medicamentos antimicrobianos e de controle especial são considerados prescritores os seguintes profissionais: médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde, conforme protocolo estabelecido pelos programas de saúde pública do Ministério da Saúde em consonância com o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, legalmente legalizado. DECRETO MUNICIPAL Nº274, P.04, 2015.

# 1. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

---

Acolher é escutar de forma qualificada, engloba orientar adequadamente o usuário, visando à garantia da continuidade do tratamento e atentando para os limites do serviço. Em situação de atenção à urgência e emergência, é preferível que o acolhimento deva estar associado à classificação de risco.

## 1.1 Acolhimento

O acolhimento toda a equipe pode participar, já a classificação de risco deve ser realizada por profissional de saúde de nível superior capacitado.

O acolhimento pode ser usado como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso. Como forma de inclusão dos usuários, na medida em que pressupõe que não apenas determinados grupos populacionais inclusos nos ciclos de vida.

Além disso, a ampliação de acesso se dá, também, uma vez que contempla adequadamente tanto a agenda programada quanto à demanda espontânea, abordando-se cada uma dessas situações segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempos. (BRASIL, 2013)

De acordo com Brasil (2013) o acolhimento aparece marcado por tecnologias leves, baseado nas relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários, escutas e filtros, nas maneiras de lidar com o não previsto, fortalecendo a construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador.

Os Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem devem agir no exercício de suas funções, em grau auxiliar e de acordo com os protocolos pré-estabelecidos, normas e rotinas da instituição, sendo devidamente supervisionados e orientados pelo Enfermeiro responsável.

## 1.2 Classificação de Risco

A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde e grau de sofrimento (BRASIL, 2004).

Os determinantes da gravidade são definidos por sinais e sintomas clínicos apresentados pelo usuário no momento do acolhimento. Outras situações especiais, na ausência de urgências e emergências, devem ser priorizadas conforme legislações vigentes (idosos, gestantes, lactantes, portadores de deficiência, acamados ou com dificuldade de locomoção/mobilidade, usuários privativos de liberdade e/ou algemados, escoltados ou envolvidos em ocorrência policial, vítimas de abuso sexual) além de usuários que retornam em menos de 24h sem melhora de sintomas.

### 1.2.1 Aspectos Legais

O processo de classificação de risco realizado pela enfermagem deve obedecer às determinações da Resolução COFEN 661/2021:

**Art. 1º** No âmbito da Equipe de Enfermagem, a classificação de Risco e priorização da assistência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão.

§ 1º Para executar a Classificação de Risco e Priorização da Assistência, o Enfermeiro deverá ter curso de capacitação específico para o Protocolo adotado pela instituição, além de consultório em adequadas condições de ambiente e equipamentos para desenvolvimento da classificação.

§ 2º Para garantir a segurança do paciente e do profissional responsável pela classificação, deverá ser observado o tempo médio de 04 (quatro) minutos por classificação de risco, com limite de até 15 (quinze) classificações por hora. **Art. 2º** O Enfermeiro durante a atividade de Classificação de Risco não deverá exercer outras atividades concomitantemente.

**Art. 3º** O procedimento a que se refere esta Resolução deve ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se às determinações da Resolução COFEN nº 358/2009 e aos princípios da Política Nacional de Humanização do SUS.

Após a consulta e/ou avaliação inicial, o enfermeiro ao determinar o nível de risco do usuário poderá encaminhar para avaliação médica em casos de urgência/emergência e/ou em casos eletivos/não urgentes em que fogem de sua competência profissional.

### 1.2.2 Modelo de classificação de risco

Existem vários modelos de classificação de risco na urgência como o canadense (CTAS), o norte-americano (ESI) e o do Sistema Manchester (MTS). A implantação de protocolos de classificação de risco na atenção básica deve ser precedida de capacitação dos profissionais (médicos e enfermeiros).

O Caderno de Atenção Básica 28 (BRASIL, 2013), destaca o método Manchester de classificação de risco, em que as cores classificam o tempo de atendimento e priorização.

Para a escala de triagem de Manchester adaptou-se para os serviços de APS, considerando que os casos “não urgentes”, por exemplo, poderão ser agendados para uma consulta eletiva e os casos “pouco urgentes” poderão ser atendidos num outro turno, de acordo com demanda espontânea do dia, conforme quadro 2, a seguir (BRASIL, 2013).

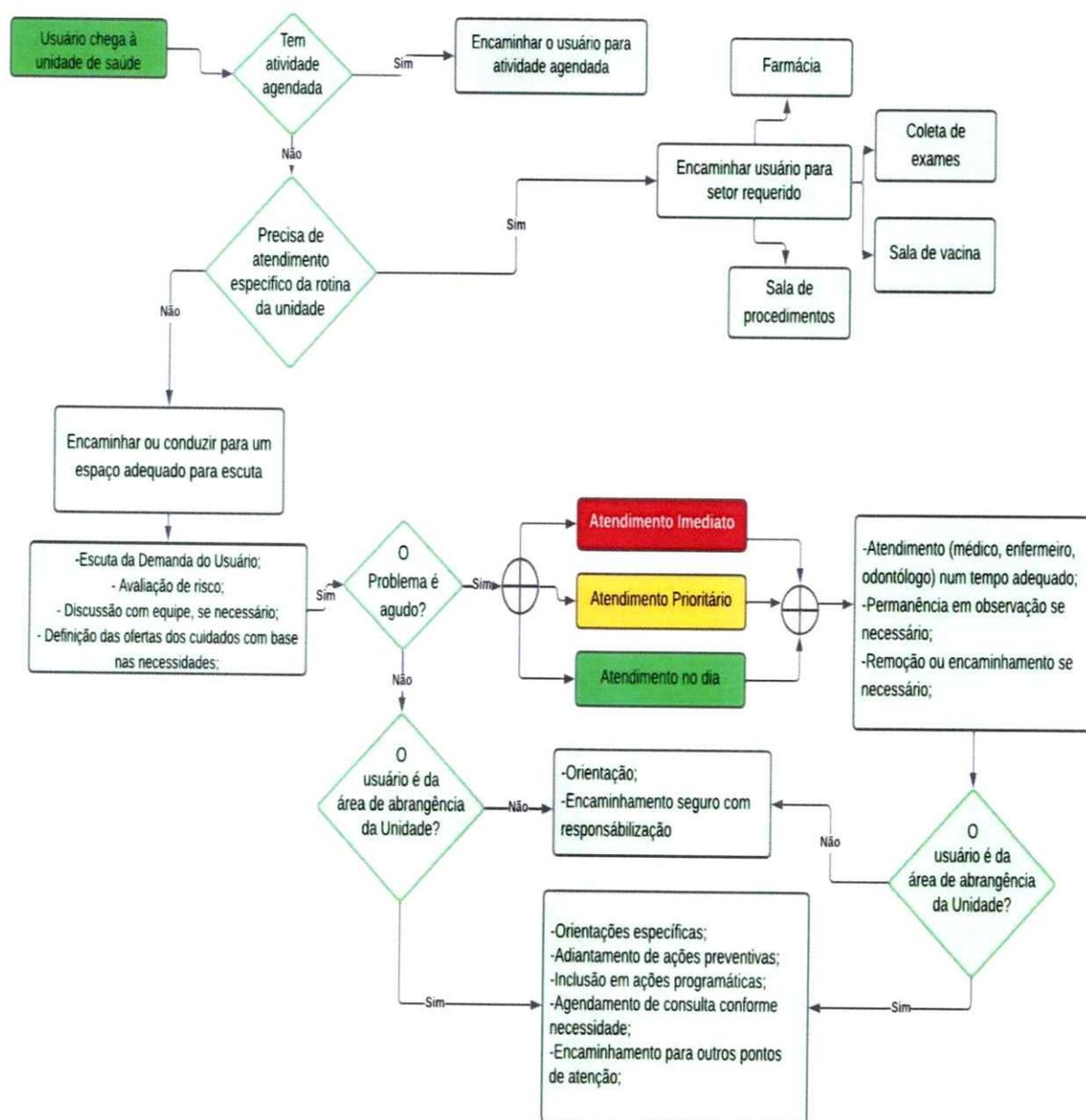
#### **Quadro 1 – Nível de Prioridade e condutas da equipe multiprofissional da APS**

|  |
|--|
| <b>Prioridade 1: Vermelho – EMERGENCIA – ATENDIMENTO IMEDIATO</b>  |
| O usuário necessita de ressuscitação;  |
| Deve ser categorizado como emergência;   |
| O atendimento médico é prioridade absoluta e o transporte deve ser realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), prioritariamente;   |
| O acesso ao serviço deve ser imediato e o serviço de atenção à saúde com maior competência para o atendimento desses usuários é o pronto-socorro/UPA. Dessa forma, o paciente que for atendido em uma Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família precisa ser referenciado para um prontosoocorro/UPA e removido de ambulância o mais rápido possível, após o primeiro atendimento; |
| <b>Prioridade 2: Laranja – MUITO URGENTE – ATENDIMENTO EM ATÉ 10MN</b>   |
| O usuário deve ser categorizado como “Muito Urgente”, que ainda não necessita de ressuscitação;  |
| O atendimento médico é prioridade e os primeiros cuidados devem ser realizados em no máximo 10 minutos e o transporte deve ser realizado prioritariamente pelo SAMU;   |
| - O acesso ao serviço deve ser imediato e o serviço de atenção com maior competência para o atendimento desses usuários é o pronto-socorro/UPA.  |
| <b>Prioridade 3: Amarelo – URGENTE – ATENDIMENTO EM ATÉ 60MIN</b>  |
| O usuário deve ser categorizado como “Urgente”;  |
| O atendimento deve ser realizado com prioridade, respeitando a ordem dos casos classificados como vermelho ou laranja. O protocolo de Manchester recomenda que o atendimento médico deva ser realizado em no máximo 60 minutos;  |
| O acesso ao serviço deve ser imediato, respeitando a classificação de risco.   |
| <b>Prioridade 4: Verde – POUCO URGENTE – ATENDIMENTO EM ATÉ 120MIN</b>   |
| O usuário deve ser categorizado como “Pouco Urgente”;  |
| O atendimento deve ser priorizado para o mesmo dia, após os primeiros cuidados.  |
| <b>Prioridade 5: Azul – NÃO URGENTE - ATENDIMENTO EM ATE 240MIN</b>  |
| O usuário deve ser categorizado como “Não Urgente”, pois não apresenta sinais de alerta e trata-se, portanto, de um caso eletivo. Logo, pode-se agendar uma atividade na UBS (consulta de enfermagem ou médica, ou grupo ou visita domiciliar) ou realizar o atendimento imediatamente, caso haja necessidade e possibilidade;   |

Como o protocolo de Manchester foi escrito inicialmente para serviços de pronto-socorro, este recomenda que o atendimento seja realizado em no máximo 240 minutos, o que não se adéqua aos serviços de APS, que possuem uma clientela adstrita e pratica o vínculo e a longitudinalidade da assistência. Assim, por exemplo, um paciente que procura a unidade de forma espontânea por achar que precisa de um “exame de rotina” ou “trocar uma receita vencida para o tratamento de sua diabetes” pode ser encaminhado para o agendamento programado, e não necessariamente ser atendido naquele momento, principalmente se a demanda espontânea do dia estiver sobrecarregando o serviço.

Fonte: Caderno da Atenção Básica - 28 – Acolhimento à demanda espontânea, 2013

### Fluxograma 1. Acolhimento à Demanda nas Unidades de Saúde da Família



Fonte: Adaptado de Caderno da Atenção Básica - 28 – Acolhimento à demanda espontânea, 2013.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 661/2009**, de 9 de Março de 2021.

SINOP. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Estratégia de saúde da família. **Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde do Município de Sinop**. 1º ed. Sinop, MT. 2015.

## 2. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA

---

A atenção à Saúde da Família (SF) está inserida no sistema de saúde brasileiro – o Sistema Único de Saúde (SUS) – como a estratégia capaz de consolidar as propostas do sistema e de fortalecer a Atenção Primária em Saúde (APS) como força motora das Redes de Atenção em Saúde (RAS).

Dentre as características mais marcantes da APS, está seu alto grau de descentralização e capilaridade, ou seja, a sua capacidade de chegar o mais próximo possível da vida das pessoas. Por essa razão, a APS tornou-se o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada no SUS. Tendo por princípios universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

Nesse sentido, a atenção à SF é considerada a estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da APS, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

### 2.1 Estratégia da Saúde da Família

A SF trabalha de forma a garantir a prestação da assistência integral e contínua e de boa qualidade à população, sendo, portanto, norteada pelos seguintes princípios:

- **Territorialização e Adscrição da Clientela:** que é a responsabilização da Unidade de Saúde Familiar (USF) por um território de abrangência definido, envolvendo o cadastramento e acompanhamento dessa população.
- **Equipe Multiprofissional:** composta por um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses, odontólogos e auxiliares ou técnicos em saúde bucal, dentre outros, poderão fazer parte das equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades locais.
- **Caráter Substitutivo:** é a substituição das práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho, centrado em ações integrais de saúde.

## 2.2 Processo De Trabalho Do Enfermeiro Na Saúde Da Família

A organização do trabalho na SF é fundamental para que a equipe possa avançar, tanto na integralidade da atenção quanto na melhoria do bem-estar e do próprio trabalho. Consiste na organização do serviço e na estruturação dos processos de trabalho da equipe que realiza o cuidado, envolvendo: realização de reuniões periódicas para discussão de casos, qualificação clínica, planejamento das ações; diagnóstico situacional do território; território adscrito; ações no território, busca ativa e visitas domiciliares permanentes e sistemáticas; acolhimento resolutivo em tempo integral; atendimento de urgências e emergências médicas e odontológicas do território; atenção orientada pela lógica das necessidades de saúde da população do território; serviços com normas e rotinas bem estabelecidas em cronogramas, fluxogramas e protocolos clínicos; linhas de cuidado com definição, monitoramento e regulação de fluxos, solicitações e compromissos com outros pontos de atenção com vistas a coordenar o cuidado na rede de atenção; práticas sistemáticas de monitoramento e análise dos resultados alcançados pela equipe e avaliação da situação de saúde do território, entre outros aspectos.

A PNAB (BRASIL, 2017) relaciona as atribuições comuns a **todos os membros que atuam nas equipes de SF**, a saber:

- I. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- II. Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- III. Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).
- IV. Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

- V. Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;
- 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;
- VII. Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;
- VIII. Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;
- IX. Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- X. Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;
- XI. Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;
- XII. Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;
- XIII. Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;
- XIV. Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;
- XV. Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;

- XVI. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
- XVII. Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;
- XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;
- XIX. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;
- XX. Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);
- XXI. Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;
- XXII. Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
- XXIII. Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;
- XXIV. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- XXV. Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

- XXVI. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- XXVII. Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros pro-gramas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;
- XXVIII. Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

**No que se referem à atuação específica do enfermeiro**, suas atribuições são (BRASIL, 2017):

- I. Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
- II. Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- III. Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
- IV. Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- V. Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
- VI. Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VII. Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
- VIII. Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e
- IX. Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Partindo das atribuições inerentes a todos os profissionais e àquelas especificamente do enfermeiro, é possível identificar ações determinantes para o processo de trabalho na SF, tais como:

- 1. Territorialização, Mapeamento e Cadastro;
- 2. Acolhimento;
- 3. Consulta de Enfermagem / Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);
- 4. Visita Domiciliar;

5. Reunião de equipe;
6. Educação permanente;
7. Estimular a participação do usuário;
8. Coordenação do cuidado;
9. Monitoramento e avaliação;

Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

**No que se referem à atuação específica do técnico de enfermagem**, suas atribuições são (BRASIL, 2017):

- 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.

### **2.3 Rede de apoio à saúde da família**

O Enfermeiro na ESF está inserido na RAS que integra a rede de cuidados e deve ser articulada intra e intersetorialmente para garantir a coordenação do cuidado do usuário.

As RAS são formadas por pontos em todos os níveis de atenção que devem ser interligados. Cada município tem a sua RAS estabelecida através de pactuações, dessa maneira, é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento de como a rede de saúde do seu município está estruturada para embasar e direcionar as ações da equipe.

A lógica das redes vem organizando o cuidado através de redes integradas que colocam a APS e a estratégia SF como o centro ordenador/coordenador das redes. No Brasil, várias redes temáticas foram criadas pelo Ministério da Saúde para garantir a integralidade do cuidado e a articulação intersetorial dos serviços de saúde, tais como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Urgência e Emergência, RedeCegonha, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Um dispositivo que a SF pode ter para potencializar o cuidado ofertado são os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) que fazem parte da APS, eles foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS, bem como sua resolubilidade (BRASIL, 2012).

Os NASF's são constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de SF, das equipes de APS para populações específicas (consultórios de rua, equipes ribeirinhas e fluviais etc.) e Academia da Saúde, atuando diretamente no apoio matricial às equipes as quais está vinculado e no território destas equipes (BRASIL, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p. 70), são atividades desenvolvidas pelo NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, etc.

## Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2014.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 15 jul. 2021.

GOIÁS, COREN – GO. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. 3ed. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2017.

### 3. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

---

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069 em 13 de julho de 1990, considera criança a pessoa entre 0 e 12 anos incompletos de idade. Em termos de acompanhamento de saúde da criança, o Ministério da Saúde segue a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que delimita a criança como o período entre 0 e 10 anos.

A saúde da criança, nos primeiros anos de vida, tem relação direta com o planejamento familiar e a adequada assistência ao pré-natal, parto e puerpério, assim como, com as medidas de promoção, proteção e recuperação à saúde, proporcionadas após o nascimento.

#### **Atenção:**

O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 3 a 5 dias após o parto, **deve ser incentivado desde o pré-natal**, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar. Essa estratégia faz parte do cuidado previsto para a “Primeira Semana de Saúde Integral” que inclui a realização do teste do pezinho e primeiras vacinas do RN e a primeira consulta puerperal e de puericultura (BRASIL,2006).

**Este momento é de extrema importância para aumentar o vínculo e orientar sobre como será o acompanhamento de puericultura e orientações sobre o aleitamento materno.**

#### 3.1 Puericultura

Puericultura é promover a saúde da criança, considerando o processo de desenvolvimento infantil físico e motor, crescimento, linguagem, afetividade e aprendizagem cognitiva.

Orientações como exercícios para desenvolvimento, cuidados, orientações nutricionais, vacinação e suplementação de vitaminas fazem parte deste cuidado.

### 3.1.1 Periodicidade

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de 0 a 10 anos pode ser realizado em consultas intercaladas entre o profissional enfermeiro e o médico, e através de estratégias de visitas domiciliares e grupos educativos.

**Quadro 1. Calendário de consultas de puericultura**

| Calendário de Puericultura         | Crianças à termo                    | Crianças pré-termo          |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| Consultas no 1º ano de vida        | 7 dias                              | 7 dias                      |
|                                    | 1º mês                              | Mensais até 6 meses         |
|                                    | 2º meses                            |                             |
|                                    | 4º meses                            |                             |
|                                    | 6º meses                            |                             |
|                                    | 9 meses                             | Bimestrais dos 7 a 12 meses |
|                                    | 12 meses                            |                             |
| Consultas no 2º ano de vida        | 1 ano e 6 meses                     | Trimestral de 13 a 24 meses |
|                                    | 2 anos                              | Semestral de 2 a 4 anos     |
| Consultas do 3º ao 10º ano de vida | Anual próxima ao mês de aniversário | Anual a partir de 4 anos    |

Fonte: Adaptado de Brasil (2012); SBP (2012).

Algumas condições da população infantil podem configurar **situações de vulnerabilidade** para saúde da criança e definir acompanhamento rigoroso e possíveis encaminhamentos:

- Malformações congênitas;
- Prematuridade (menor que 37 semanas);
- Asfixia grave ou Apgar menor que 7 no quinto minuto;
- Baixo peso ao nascer (menor que 2.500g);
- Criança residente em área de risco;

- Aleitamento materno ausente ou não exclusivo;
- Identificação de atraso no desenvolvimento;
- Problemas específicos da criança que interfiram na sua saúde;
- Não realização de vacinas;
- Suspeita ou evidência de violência;
- Mãe com menos de 18 anos de idade;
- Mãe com baixa escolaridade;
- História familiar de morte de criança com menos de cinco anos de idade;
- Mais do que três filhos morando juntos;
- Gestação gemelar;
- Ausência de pré-natal;
- Internações/Intercorrências;
- Problemas familiares e socioeconômicos que interferem na saúde da criança.

### **3.2 Consulta de Enfermagem**

A consulta de enfermagem consiste na avaliação sistemática do crescimento e desenvolvimento infantil, estado nutricional, situação vacinal, social e psíquico da criança, terapêutica ou encaminhamento adequado.

#### **3.2.1 Anamnese**

Primeira consulta deve-se questionar aspectos puerperais:

- Como foi a experiência do parto (como se sentiu);
- Tipo de parto, evolução do puerpério, queixas e dúvidas da puérpera;
- Observar indícios de depressão pós-parto (vide Pré-natal da mulher);
- Questionar se houve intercorrências pós-parto;
- Investigar interação mãe-bebê;
- Questionar mamas e a amamentação;
- Verificar situação vacinal da mãe e da criança;
- Questionar quanto à utilização da rede de apoio;
- Verificar o preenchimento completo do cartão de gestante/puérpera.

Quanto ao RN:

- Questionar dados da gestação, parto e pós-parto;
- Histórico diário e padrões de vida (amamentação, eliminações, sono, etc);
- Verificar se foram realizados os exames de triagem neonatal e vacinação.

### 3.2.2 Exame físico

Em todas as consultas de puericultura faz-se necessário exame físico céfalo-caudal.

### 3.2.3 Avaliação do Crescimento e Desenvolvimento

O crescimento da criança pode ser acompanhado pelos gráficos de peso, altura, índice de massa corporal (IMC) e perímetro cefálico inclusos na caderneta da criança.

**Quadro 2. Quadro evolutivo de peso, estatura e perímetro cefálico por faixa etária**

| MÊS/ANO      | PESO<br>(1º ANO DE VIDA) | ESTATURA   | PERÍMETRO<br>CEFÁLICO                       |
|--------------|--------------------------|------------|---|
| 1º trimestre | 20 a 30 g/dia            | 15 cm      | 1º e 2º mês: 2 cm/mês<br>3º mês: 1,5 cm/mês |
| 2º trimestre | 15 a 20 g/dia            | 10 cm      | 4º mês ao 6º: 1,5 cm/mês                    |
| 3º trimestre | 10 a 14 g/dia            |            | 6º ao 12º mês 0,5 cm/mês                    |
| 1 ano        |                          | 25 cm      |   |
| 2 anos       |                          | 10 a 12 cm | 0,3 cm/mês                                  |

Fonte: Adaptado de Brasil (2012).

Para o acompanhamento do desenvolvimento infantil, a caderneta da criança dispõe de *Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento*.

### 3.2.4 Prescrições de Enfermagem/ orientações, exames e encaminhamentos

#### Quadro 3. Exames solicitados na infância

| IDADE                      | EXAME  |
|----------------------------|--|
| Ao nascer                  | Teste do coraçãozinho (realizado no Hospital após o Nascimento de 24 à 48 horas de vida) |
|                            | Teste da Linguinha   |
| 3º ao 5º dia               | Teste do Pezinho   |
| Até o terceiro mês de vida | Teste da Orelhinha   |
|                            | Teste do Olhinho   |
| 1, 2 e 5 anos              | Hemograma, EAS e EPF   |
| 10 anos*                   | Hemograma, Glicemia, EAS, EPF e Perfil Lipídico  |

Fonte: Adaptado BRASIL (2012), SBP (2020)

\*Nas famílias com antecedentes de diabetes e doenças cardiovasculares, como infarto, acidente vascular cerebral (AVC) e hipertensão arterial, a periodicidade e o tipo de exame podem ser alterados. SBP (2020)

#### 3.2.4.1 Orientações de primeira consulta

Na primeira consulta faz-se necessário as orientações quanto:

- Cólica;
- Cuidados com o coto umbilical;
- Higiene em geral;
- Posição do RN no berço sempre de barriga para cima;
- Evitar: travesseiros, brinquedos, almofadas e outros objetos no berço da criança;
- Padrão de sono e eliminações – aspecto das fezes e urina;
- Icterícia neonatal;
- Aleitamento materno;
- Calendário de consultas de puericultura; ● Importância das vacinas.

#### 3.2.4.2 Orientações sobre saúde bucal

- **A higiene bucal** pode ser feita antes mesmo do nascimento dos primeiros dentes e a recomendação é de que a limpeza seja feita com fralda ou gaze umedecida em água filtrada/fervida (BRASIL, 2014).

- **De 12 a 36 meses** é possível limpar os dentes da criança com escovas dentais sempre com auxílio de um adulto responsável.
- **Entre 3 a 7 anos** após a criança ter escovado os próprios dentes, os pais deverão complementar esta higienização.

### 3.2.4.3 Suplementações de vitamina A

**Quadro 4. Prescrição de vitamina A.**

| Idade                   | Dose                      | Frequência             |
|-------------------------|---------------------------|------------------------|
| Crianças: 6 – 11 meses  | 100.000 UI (cor amarela)  | Uma dose               |
| Crianças: 12 – 59 meses | 200.000 UI (cor vermelha) | Uma vez a cada 6 meses |

Fonte: Brasil, 2022.

### 3.2.4.4 Suplementação de ferro

**Quadro 5. Prescrição de ferro**

| Público                         | Dose                                   | Periodicidade   |
|---------------------------------|--|---|
| Crianças: 6 – 9 meses           | Sulfato Ferroso<br>25mg/ml - 10 gotas* | 1º ciclo de<br>suplementação no período: 3<br>meses de suplementação diária |
| Crianças de 09 meses a 12 meses | PAUSA ENTRE OS CICLOS                  |   |
| Crianças de 12 meses a 15 meses | Sulfato Ferroso<br>25mg/ml - 10 gotas* | 2º ciclo de<br>suplementação no período: 3<br>meses de suplementação diária |

Fonte: Brasil, 2022. \*Equivalente a 12,5 mg de ferro elementar.

Caso a criança tenha atraso no ciclo proposto acima, reforça-se que sejam respeitados dois ciclos de suplementação diária de sulfato ferroso por três meses seguidos de pausa de três meses, bem como a idade estabelecida para garantir a efetividade da estratégia (6 a 24 meses de idade).

### Cuidados de enfermagem:

- Administrar o suplemento no mesmo horário, entre as refeições (mínimo de 30 minutos antes da alimentação);
- Quando não em aleitamento materno exclusivo-AME, oferecer junto com suco de fruta cítrica (ex.: laranja, caju, acerola) para aumentar a absorção do ferro;
- Orientar sobre ocorrência de possíveis efeitos adversos a suplementação de ferro (ex.: fezes escurecidas, diarreia, constipação intestinal);
- Orientar a mãe ou cuidador a retornar à UBS se qualquer sinal de reação alérgica medicamentosa.

### 3.2.4.5 Suplementação NUTRISUS

A estratégia NutriSUS propõe a dispensação dos sachês de micronutrientes pelas equipes de saúde da APS para que as famílias levem o insumo para seus domicílios e façam a oferta para as crianças durante as refeições.

#### Quadro 6. Prescrição de Nutrisus



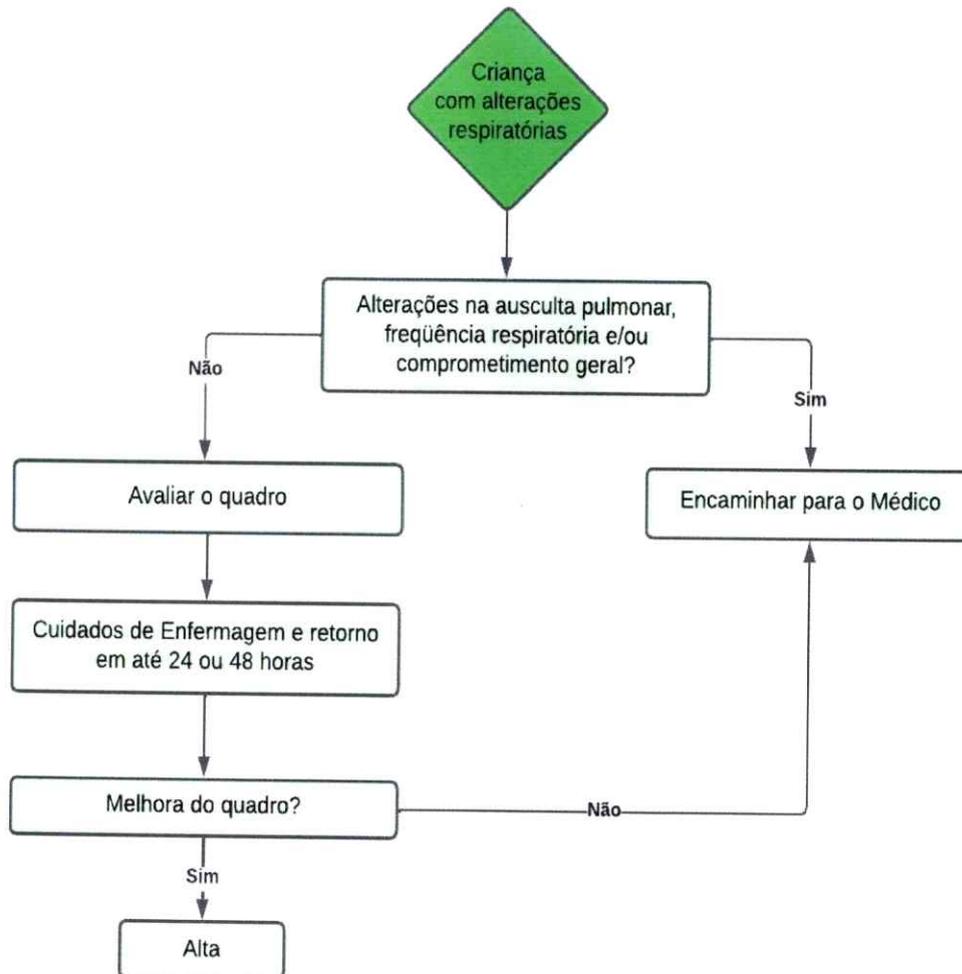
### Cuidados de enfermagem:

- Cada sachê deverá ser adicionado na alimentação pronta e já servida no prato da criança, como no arroz com feijão ou na comida amassada com o garfo.
- Não deve ser misturado em líquidos e em alimentos duros.
- O conteúdo em pó do sachê pode ser oferecido junto a qualquer uma das refeições do dia e não requer mudança de prática/rotina de preparação das refeições.
- **A criança que recebe suplementação pelo NutriSUS não deve receber outro suplemento de ferro, como o sulfato ferroso; e não necessita receber a megadose de vitamina A.**

### 3.3 Queixas comuns na infância

#### 3.3.1 Alterações respiratórias

Fluxograma 1: Conduitas frente as alterações respiratórias



Fonte: Baseado no Manual de Enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2013.

#### Cuidados de enfermagem:

- Orientar cuidador sobre a importância do aumento da ingestão hídrica para fluidificar as secreções;
- Orientar, que para conforto respiratório, ao dormir colocar a criança em decúbito elevado ( $> 45^\circ$ );
- Remover a umidade excessiva, mofo ou bolor da casa;
- Manter a casa ventilada, janelas abertas durante o dia com exposição ao sol se possível;
- Orientar, em períodos mais secos, umidificar ar ambiente com uma bacia de água à noite e retirá-la pela manhã;

- Não fumar na presença da criança;
- Oferecer dieta saudável;
- Evitar ambientes aglomerados para evitar infecções cruzadas;
- Promover higiene nasal com Soro Fisiológico 0,9% antes das mamadas e refeições, e antes de dormirem caso houver obstrução nasal;
- Orientar cuidador sobre alterações de temperatura corporal;
- Orientar sinais de alerta: respiração rápida, tiragens, ruídos respiratórios, fadiga, batimento de asa de nariz, flacidez e gemência.

**Quadro 6. Frequência respiratória na infância.**

| IDADE            | VALORES NORMAIS |
|------------------|-----------------|
| até 2 meses      | 60 IRP/Min.     |
| de 03 a 12 meses | 50 IRP/Min.     |
| > de 1 ano       | 40 IRP/Min.     |

Fonte: Baseado no Manual de Enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2012.

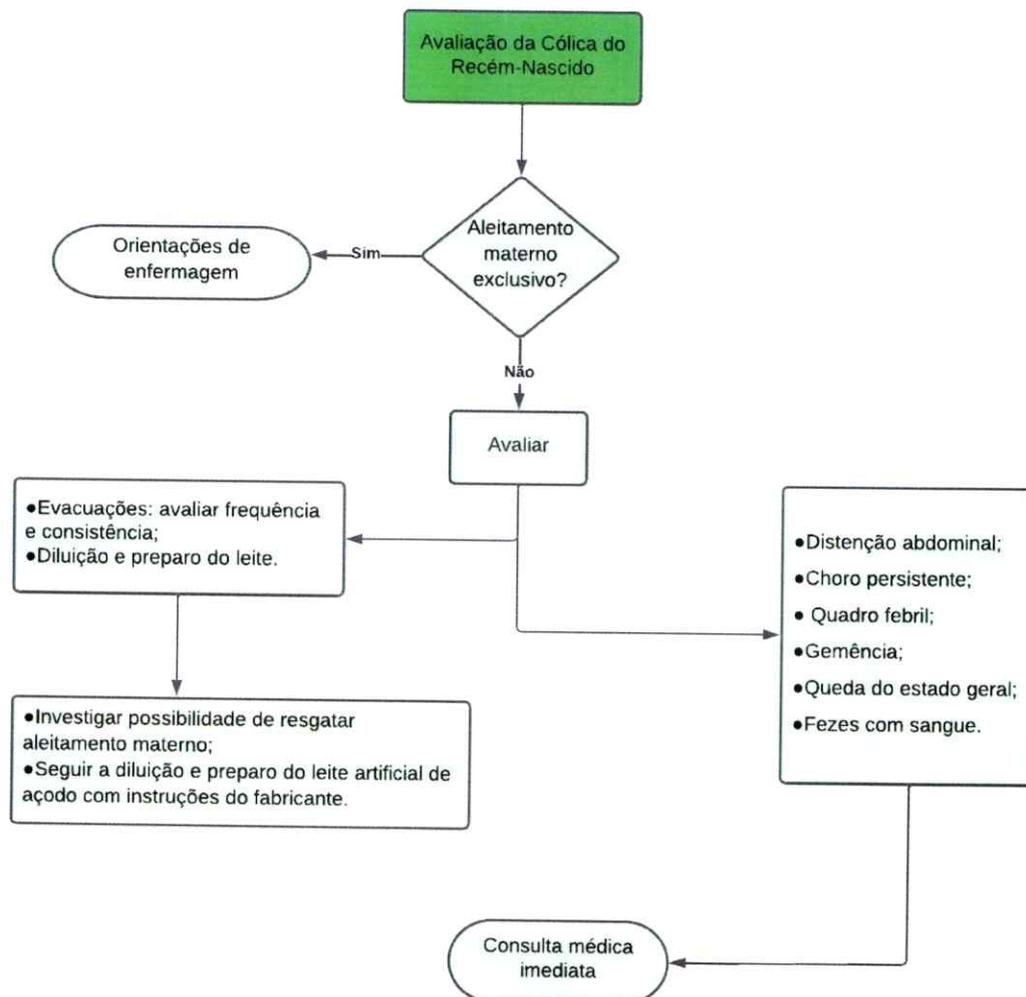
### 3.3.2 Cólica No Recém-Nascido

A cólica infantil usualmente afeta crianças nas primeiras semanas de vida e regride por si mesma, antes do 6º mês de vida. Caracteriza-se pelo choro excessivo, em tom alto e gritante, ataques de irritabilidade e angústia, rubor facial, flexão das pernas, arqueamento das costas, punhos cerrados, eliminação de flatos, abdome rígido e dificuldade para se acalmar.

Geralmente o choro tem duração de 3 horas, por pelo menos 3 vezes na semana, durante pelo menos 3 semanas nos primeiros 3 ou 4 meses de vida.

Cólicas patológicas devem ser investigadas sugerindo alterações de morfologia do sistema gastrointestinal ou alergias alimentares.

## Fluxograma 2: Conduitas frente às cólicas do R.N.



Fonte: Baseado no Manual de Enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2012.

### Cuidados de enfermagem:

- Colocar a criança em decúbito ventral apoiada nos braços sem mamar;
- Massagear o abdômen em movimentos circulares no sentido horário;
- Compressas mornas no abdome;
- Na suspeita de alergias alimentares, a dieta hipoalergênica materna pode ajudar;
- Não utilizar medicamentos tipo antiespasmódico ou chás;
- Tranquilizar a mãe, incentivando o vínculo e observar a dinâmica familiar;
- Orientar importância do aleitamento materno;
- Encaminhar para avaliação médica se necessário.

### 3.3.3 Constipação intestinal

A constipação intestinal é a eliminação das fezes, endurecidas, com dor ou dificuldade, além da sensação de evacuação insatisfatória e incompleta, que pode ou não ser acompanhada pelo aumento do intervalo entre as evacuações.

**Em recém-nascidos** pode haver um longo período (até 10 dias) sem evacuações, uma vez que o seu intestino está adaptando ao novo alimento (leite materno) e desenvolvendo o peristaltismo. Lactentes em uso de fórmula suplementar tendem a ter mais constipação intestinal, podendo ocorrer eliminações em até 14 dias.

Já **em crianças após o desmame ou em transição** para a alimentação complementar, pode-se observar a eliminação, com dor ou dificuldade, de fezes ressecadas não muito volumosas com intervalos variados, dependendo do alimento oferecido.

**Nos pré-escolares** é frequente a ocorrência do comportamento de retenção. Na maioria das vezes, o motivo é o medo de evacuar por sensação de desconforto, por vergonha, aversão ao vaso sanitário, ou busca de novas posições e lugares para evacuar.

**A partir dos quatro ou cinco anos**, o aumento da queixa de ressecamento fecal pela criança pode ser ocasionado por constrangimento e rejeição no convívio social. Deve-se avaliar tipo de alimentação, relações sociais com a família, amigos e dentro do ambiente escolar.

#### Cuidados de enfermagem:

- Investigar causas orgânicas como anormalidades anorretais (ânus imperfurado, ânus ectópico anterior, ânus anteriorizado, doença de Hirschsprung) e cólon. Além dessas, há causas extras intestinais, como uso de alguns medicamentos, doenças endócrinas, metabólicas e neurológicas;
- Orientar que o leite materno até os 06 meses protege o intestino facilitando o trânsito fecal;
- Orientar a correta diluição (conforme fabricante) de suplementação com leite artificial em crianças que não fazem uso de aleitamento materno;
- Após os 6 meses de vida, pode ser oferecido chá de ameixa preta, 1 a 2 ameixas de molho em 75 ml de água filtrada, visto que a fruta tem características laxativas;
- Exercícios e massagem abdominal no sentido horário podem ajudar no processo de eliminações de flatulência e fezes;
- Diminuir alimentos obstipantes (batata, cenoura cozida, banana-maçã e farináceos);

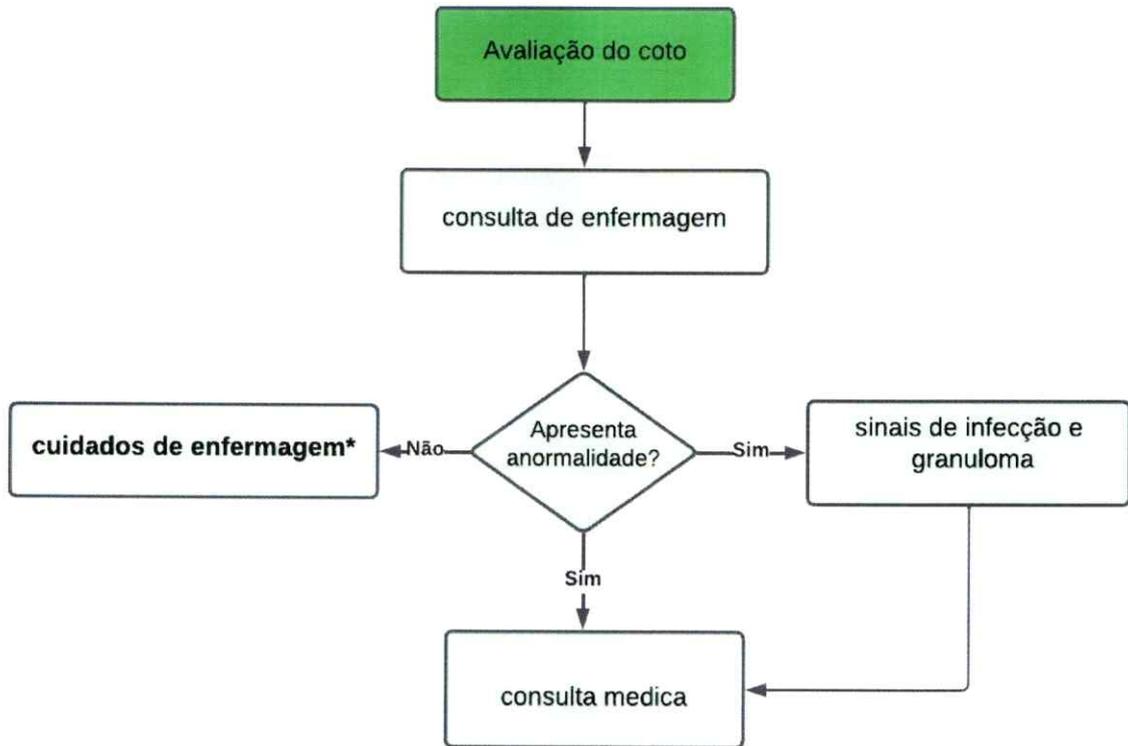
- Orientar pais a oferecerem alimentos ricos em fibras: verduras, mamão, laranja, tomates verdes, cenoura crua, farelo de trigo e aveia.
- Outros alimentos auxiliam na manutenção de um hábito intestinal regular:
  - ✓ vegetais folhosos (alface, agrião, brócolis, couve, espinafre);
  - ✓ frutas (abacaxi, ameixa, abacate, coco, laranja, mamão, melancia, melão, uva);
  - ✓ legumes (moranga, pepino, tomate, vagem);
  - ✓ Cereais integrais, aveia e farelo de trigo (barato, e pode ser acrescentado no caldo de feijão).
- Orientar a aumentar a ingestão hídrica.;
- Orientar a família que a criança tenha acesso irrestrito ao banheiro, se possível com adaptação para sua altura.;
- Orientar os pais que a criança seja encorajada a ficar no vaso sanitário após refeição para estimular a evacuação por meio do reflexo gastrocólico;
- Ajudar a criança a elaborar o medo da fase anal;
- Orientar os pais que crianças em uso de suplementação de ferro podem tender a maior constipação intestinal, por isso importância do aumento hídrico nesses casos;
- Crianças neuro-atípicas podem ter maior dificuldade no controle intestinal, podendo tratamento necessitar de apoio de outros profissionais nesse processo (psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, etc);
- Caso não ocorra melhora dos sintomas da criança dentro de seis meses (considerando boa adesão as recomendações) encaminhar para avaliação médica;
- Retornar imediatamente a Unidade Básica de Saúde se apresenta sinais de alerta (vômito, febre, distensão abdominal, sangramento anal e choro persistente).

### **3.3.4 Coto umbilical**

É a parte do cordão umbilical que fica anexa ao abdome, após o clampeamento e corte do mesmo. Inicialmente, apresenta-se gelatinoso e seco, progressivamente, mumificando perto do 3º ou 4º dia de vida e costuma desprender-se do corpo em torno do 6º ao 15º dia.

É importante pesquisar a presença de secreções na base do coto umbilical ou de eritema da pele ao redor da implantação umbilical.

### Fluxograma 3: Conduitas com coto umbilical



Fonte: Adaptado Protocolo de Enfermagem de Sinop (2015).

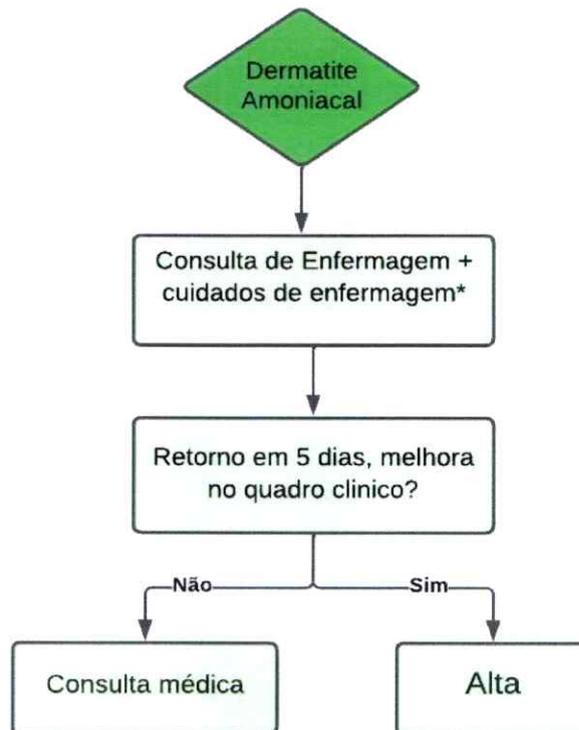
#### Cuidados de enfermagem:

- realizar higiene diária com água e sabão, enxaguar e secar bem;
- aplicar álcool 70% após cada troca de fralda e após o banho;
- não cobrir o coto umbilical com faixas;
- não utilizar outros produtos como: pomadas, talco, produtos químicos e moedas.
- Na presença de sinais sugestivos de infecções encaminhar para avaliação médica;
- Se presença de granuloma umbilical após queda do coto, ou na presença de hérnia, deve ser encaminhado para avaliação médica.

#### 3.3.5 Dermatite amoniacal

É conhecida como dermatite das fraldas e pela monília/cândida. Acomete a região da pele da criança que tem contato com as fraldas.

#### Fluxograma 4: Condutas frente a dermatite amônia cal



Fonte: Adaptado Protocolo de Enfermagem de Sinop (2015).

#### Cuidados de enfermagem:

- Lavar o local com água a cada troca de fralda;
- Suspender uso de lenços umedecidos, óleos e soluções de limpeza;
- Suspender uso de fraldas descartáveis;
- Realizar a troca de marca de fraldas e observar alterações;
- Em uso de fraldas de pano lavar com sabão neutro, enxaguar bem e evitar uso de produtos perfumados;
- Retornar caso haja piora do quadro clínico.

#### **Quadro 7. Prescrição medicamentosa/ dermatite por monília ou cândida.**

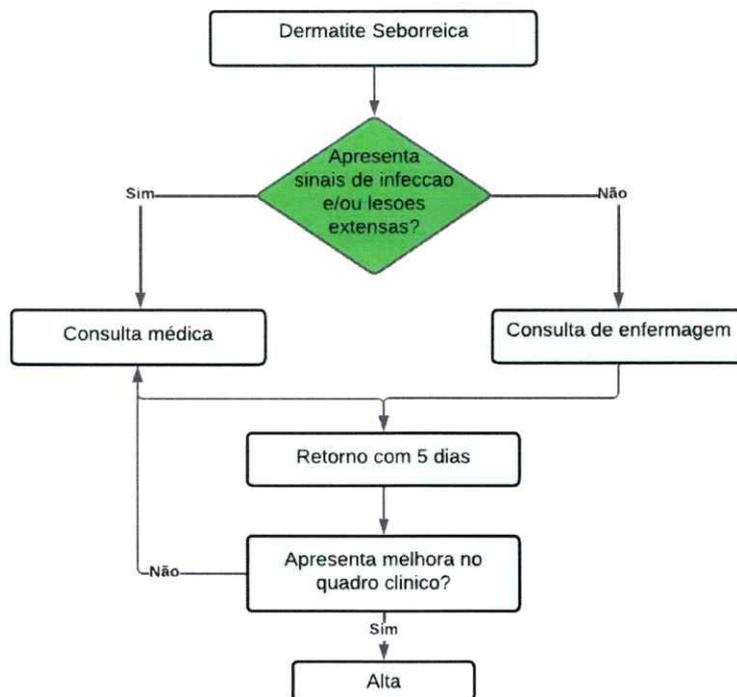
| Medicamento            | Modo de usar   |
|------------------------|--|
| Miconazol 20mg/g creme | Passar após cada troca de fralda de 7 a 10 dias.<br><br>Reavaliar após cinco dias ou antes, se necessário. |

Fonte: Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2013.

### 3.3.6 Dermatite seborreica

Lesão fúngica eritematosa, descamativa, papulosa, não pruriginosa, podendo apresentar, de forma focal ou generalizada, em couro cabeludo, em face, pescoço, axilas e área de fraldas. Podem evoluir para lesões pós-inflamatórias pigmentadas.

#### Fluxograma 5: condutas frente a dermatite seborreica



Fonte: Autores deste Protocolo (2021), baseado nas literaturas consultadas.

#### Cuidados de enfermagem:

- Uma vez ao dia: passar no couro cabeludo vaselina ou óleo mineral, deixar por uma hora e retirar delicadamente, com escova fina;
- Lavar a cabeça com sabonete neutro.

#### **Quadro 8. prescrição medicamentosa para dermatite seborreica.**

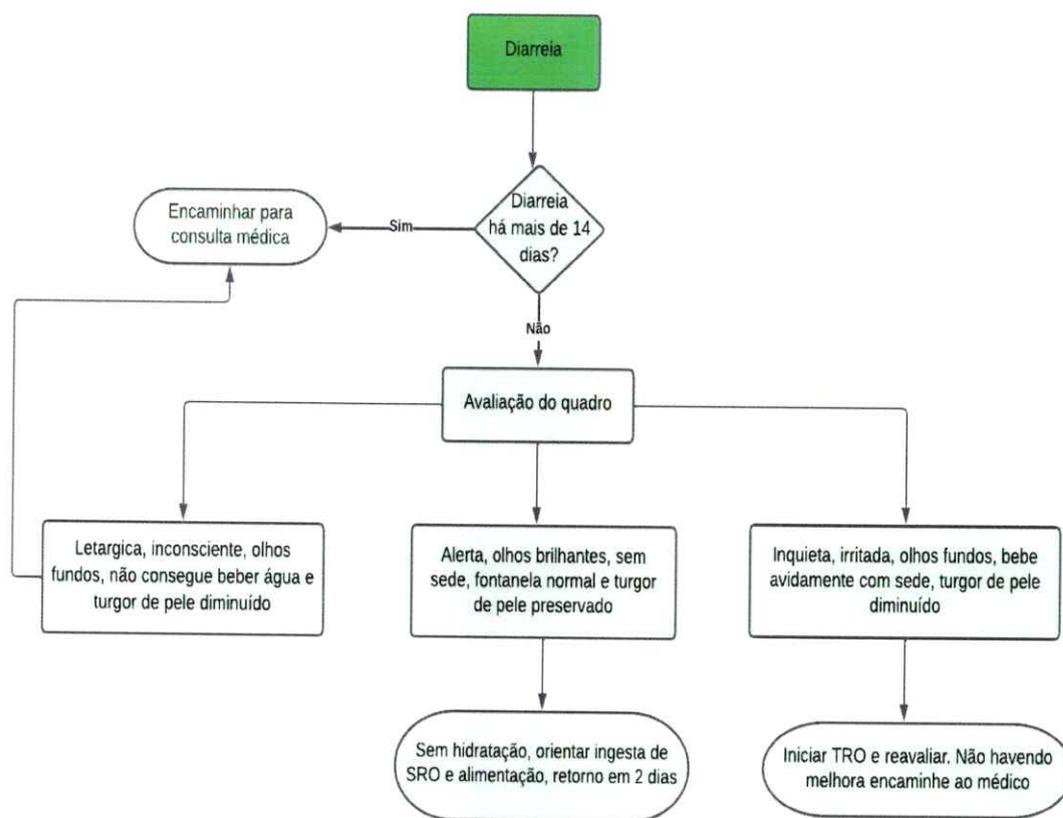
| Medicamento            | Modo de usar   |
|------------------------|--|
| Cetoconazol 2% shampoo | Aplica-se o produto 15 minutos antes do banho, nas áreas afetadas, enxaguando bem durante o banho (evitar contato com olhos e boca). |

Fonte: Adaptado Telessaúde 2011.

### 3.3.7 Diarréia

Considera-se diarreia quando há ocorrência de três ou mais evacuações amolecidas ou líquidas em um período de 24 horas. A maioria dos episódios de diarreia é provocada por um agente infeccioso e dura menos de duas semanas. Caso a diarreia dure mais de 14 dias, é considerada diarreia persistente.

#### Fluxograma 6: condutas frente aos casos de diarreia



Fonte: Baseado no Manual de Enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2012.

#### Cuidados de enfermagem:

- Aumentar a oferta de líquidos de baixa osmolaridade: água, leite materno, chá, suco, água de coco fresca, e alimentos de fácil digestão e absorção;
- Amamentar com maior frequência e por tempo mais longo a cada mamada. Se a criança se alimenta de leite materno, pode-se dar soro de reidratação oral (SRO), além do leite materno com colher ou copo;

- Fracionar os alimentos, e aumentar o número de refeições para evitar a anorexia; ● Oferecer alimentos com melhor teor energético, cuidado com o acréscimo de gorduras; ● Oferecer de hora em hora SRO, principalmente após evacuações líquidas.

**Quadro9. Esquema de prescrição de soro oral caseiro ou soro de reidratação oral.**

| IDADE                        | QUANTIDADE EM ML  |
|------------------------------|---|
| crianças até 12 meses        | 50 a 100 ml após cada evacuação aquosa                    |
| crianças maiores de 12 meses | 100 a 200 ml após cada evacuação aquosa                   |
| crianças de 10 anos ou mais  | à vontade, podendo complementar com água de coco natural. |

Fonte: Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2012.

- Encaminhar para avaliação médica se apresentar sinais de desidratação: criança inquieta e irritada, olhos fundos, bebe avidamente e com sede, boca seca e com ausência de saliva, ausência de lágrima e o sinal da prega cutânea.

**3.3.8 Dores recorrentes em membros: “dores de crescimento”**

São provavelmente, as causas mais frequentes de dores em membros na infância. Ocorrem em cerca de 4 a 20% das crianças em idade escolar, principalmente no sexo feminino.

As dores de crescimento apresentam as seguintes características:

1. Mais frequentes entre os seis e treze anos de idade;
2. Dores musculares de caráter difuso, bilateral, intermitente, não-articulares, sem traumatismos, de intensidade e frequência variáveis;
3. Ocorrem habitualmente em membros inferiores (coxa, face anterior da tíbia, cavo poplíteo e panturrilhas), mas podem ocorrer em membros superiores;
4. É mais frequente no final do dia ou à noite, pode despertar a criança do sono noturno;
5. Apresenta correlação variável com exercícios físicos;
6. Em metade dos casos, há referência de dores semelhantes em familiares e/ou dinâmicas familiares alteradas.

Cuidados de Enfermagem

- Orientar cuidadores que essas dores tem boa resposta ao calor com compressasquentes nas articulações e massagem nas regiões musculares;

- Observar práticas de atividades físicas (ausência ou excesso);
- Observar o vínculo e a afetividade na dinâmica familiar (pode ser usado o genograma e ecomapa);
- Após a exclusão de outras possíveis causas de dor em membros, é importante discutir o diagnóstico de dor de crescimento com os familiares, enfatizar o caráter benigno da queixa e tentar identificar a presença de fatores emocionais que possam estar desencadeando ou exacerbando os sintomas;
- Apesar de benigna, a dor de crescimento é responsável por considerável desconforto para as crianças e seus familiares e, por esta razão, deve ser valorizada. Apresentam cursos prolongados (acima de três meses), caracterizados pela presença de episódios agudos, de caráter recorrente, com duração, intensidade e periodicidade variáveis; ● Orientar retorno médico se persistência de dor ou sinais de alerta:

**SINAIS DE ALERTA :**

- Dor persistente localizada em pontos fixos;
- Dor com características diferentes (câimbras, parestesia ou fraqueza);
- Dor à palpação muscular e à movimentação passiva;
- Dificuldade e/ou alterações à marcha.

### 3.3.9 Escabiose

Doença de pele produzida pela penetração de um ácaro parasita, que provoca irritação e formação de vesículas e/ou pústulas e prurido intenso.

#### Quadro 10. tratamento escabiose

| Medicamento                                  | Dosagem e modo de usar  |
|--|---|
| Primeira opção:<br>Permetrina 50 mg/ml loção | Passar a loção do pescoço para baixo, incluindo palmas das mãos e plantas dos pés, regiões interdigitais, periumbilical, genital e áreas sob as unhas. A remoção do produto deve ser feita durante banho, de 8 a 14 horas após à aplicação. |

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Segunda opção:<br>Ivermectina 6 mg | Dose única, VO, obedecendo a escala de peso corporal<br>15 a 24 kg - 1/2 comprimido;<br>25 a 35 kg - 1 comprimido;<br>36 a 50 kg - 1 1/2 comprimidos;<br>51 a 65kg - 2 comprimidos;<br>A dose pode ser repetida após uma semana |
|------------------------------------|---|

Fonte: Adaptado Telessaúde, 2019 e Dermatologia na Atenção Básica, 2002.

#### Cuidados de enfermagem:

- Orientar sobre transmissibilidade e prevenção na família;
- Higiene Pessoal;
- Investigar outros casos no núcleo familiar e escolar;
- Lavar as roupas de cama e as de uso pessoal separadamente, se possível diariamente, passá-las a ferro e colocá-las ao sol.

### **3.3.10 Estomatite**

É uma inflamação da mucosa oral de etiologias diversas provocada por fungos, vírus, bactérias, agentes tóxicos, traumas, deficiência de vitaminas do complexo B e C e outras.

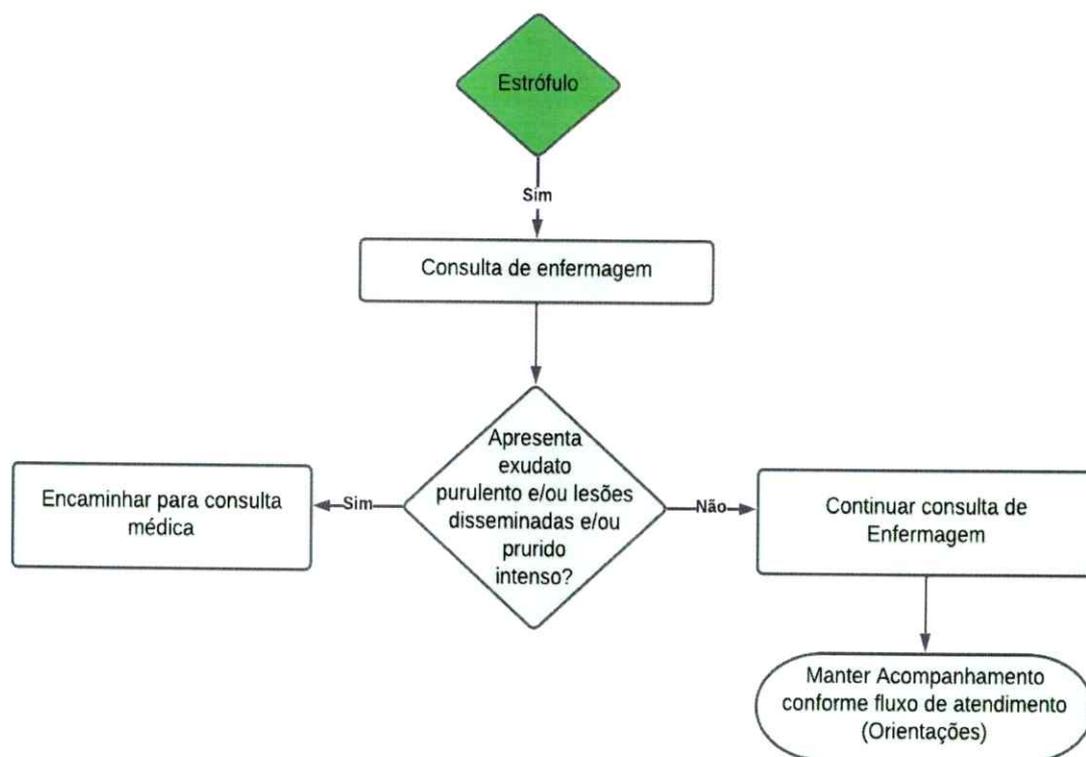
#### Cuidados de enfermagem:

- Orientar para evitar o uso de chupeta e mamadeira;
- Orientar esterilização das mamadeiras, chupetas e objetos de mordedura;
- Orientar higiene oral com água bicarbonatada (uma colher de chá de bicarbonato de sódio em 100 ml de água), crianças maiores fazem bochechos;
- Orientar escovação dos dentes com escova macia, dependendo das lesões;
- Não compartilhar objetos como garrafas de água, copos e talheres;
- Evitar beijar as mãos da criança e beijo próximo aos lábios;
- Orientar alimentação saudável pastosa e líquida, evitando alimentos ácidos e quentes;
- Crianças em aleitamento materno orientar higiene na área dos mamilos com água e sabão;
- Encaminhar para avaliação odontológica;
- Encaminhar para a consulta médica para possível antibioticoterapia.

### 3.3.11 Estrófulos

Pápulas pruriginosas, em forma de cúpula, com vesículas às vezes umbilicadas, desaparecendo frequentemente pela escoriação. É desencadeado por picada de insetos (uma só picada faz com que surjam inúmeras lesões). As extremidades e região da cintura pélvica são as mais acometidas.

**Fluxograma 7: condutas frente aos casos de estrófulo**



Fonte: Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2012.

#### Cuidados de enfermagem:

- Usar telas (mosquiteiro) nas janelas;
- Utilizar métodos para evitar picadas de inseto (repelentes próprios para a idade);
- Manter unhas curtas e limpas;
- Lavar roupas de cama e de uso pessoal separadamente, e diariamente passá-las a ferro;
- Encaminhar para avaliação médica se sinais de infecção.

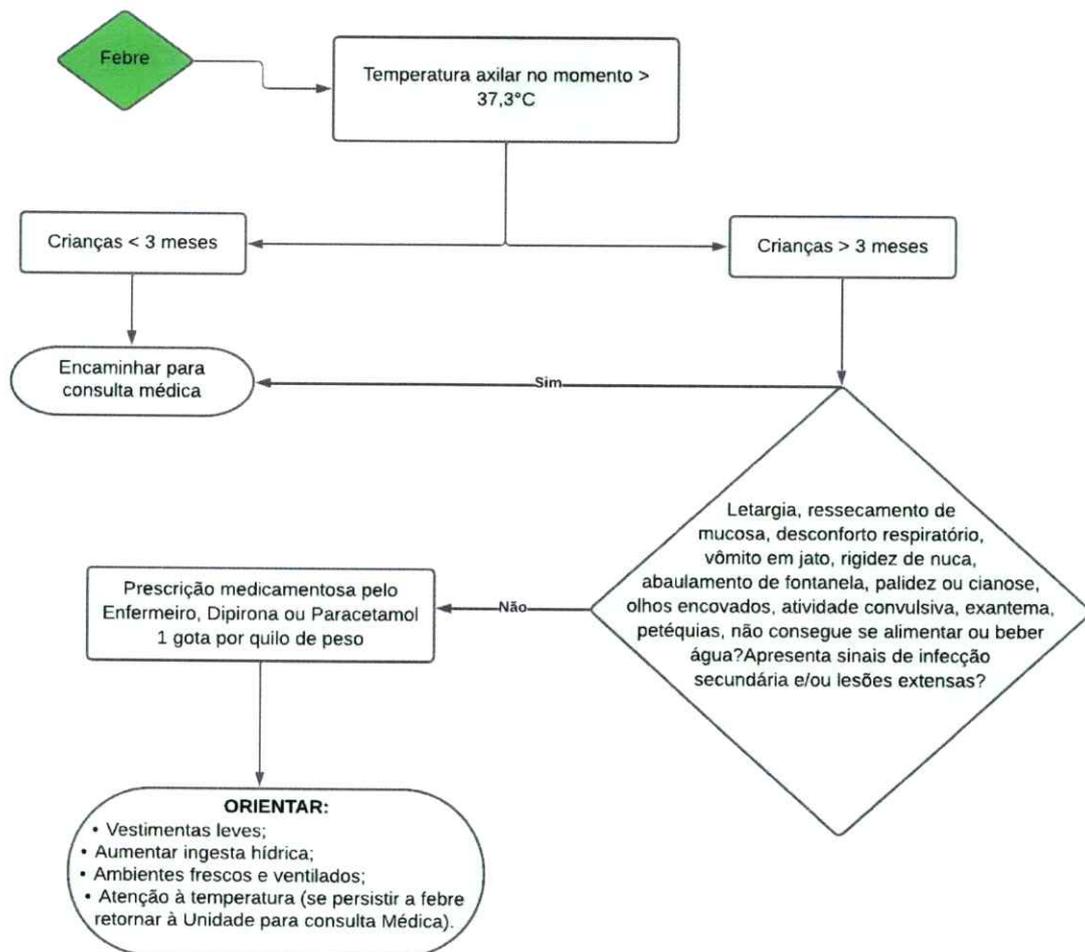
### Quadro 11. Tratamento estrófulo

| Medicamento       | Dosagem e modo de usar             |
|-------------------|------------------------------------|
| Pasta d'água pote | Passar nas lesões de 2 a 3x ao dia |

Fonte: Adaptado Telessaúde, 2019 e Dermatologia na Atenção Básica, 2002.

### 3.3.12 Febre

#### Fluxograma 8: condutas frente aos casos de febre



Fonte: Baseado no Manual de Enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2012.

#### Cuidados de enfermagem:

- Orientar os pais sobre importância a hidratação;
- Orientar vestimentas e ambientes ventilados;
- Investigar sinais de infecções bacterianas ou virais;

- Orientar que após a vacinação é comum febre baixa entre 24 a 48h;
- Orientar aos pais/responsáveis sinais de alerta: desconforto respiratório, manchas na pele, vômitos seguidos ou em jato;
- Orientar pais sobre o controle da temperatura com uso de termômetros, se possível; □ Encaminhar imediatamente para avaliação médica febre maior que 39,5°C.

**Quadro 12. Prescrição medicamentosa para febre.**

| Idade ou peso           | Paracetamol 200mg/ml | Dipirona 500mg/ml |
|-------------------------|----------------------|-------------------|
|                         | 1 GT/ KG/ DOSE       | 1 GT/ 2 KG/ DOSE  |
| 2 a 11 meses (6 a 9 kg) | 6 a 9                | 3 a 5             |
| 1 a 2 anos (10 a 14 kg) | 10 a 14              | 5 a 7             |
| 3 a 4 anos (15 a 19 kg) | 15 a 19              | 8 a 9             |

Fonte: Adaptado de COREN-RJ, (2012).

### 3.3.13 Fimose

A fimose é definida como a incapacidade de retrair o prepúcio, podendo ser:

- **Primária (ou fisiológica):** ocorre em quase todos os recém-nascidos e resolve espontaneamente em > 90% dos meninos nos primeiros 5 anos de vida. No exame físico, observa-se orifício prepucial complacente (distensível) e sem cicatrizes;
- **Secundária (ou patológica):** definida como prepúcio verdadeiramente não retrátil secundário a cicatrizes do prepúcio distal, com anel fibroso esbranquiçado e contraído e não distensível. Deve ser acompanhado por profissional médico.

#### Cuidados de enfermagem (fimose primária sem complicações):

- Evitar tração forçada do prepúcio ou “massagens”;
- Tração gentil do prepúcio durante as trocas de fralda e/ou durante o banho para limpeza, que usualmente irá retrair o prepúcio e expor a glândula gradual e progressivamente, enquanto o prepúcio vai sendo naturalmente retraído, lavar e secar a região exposta;
- Após a tração, sempre reduzir a tração (recobrir a glândula) para evitar parafimose;

- Não havendo resolução da fimose fisiológica sem complicações, o paciente pode ser encaminhado para avaliação médica;
- Quaisquer sinais de infecção, dor ou alterações urinárias deve ser encaminhado para avaliação médica.

### 3.3.14 Larva migrans

Erupção linear, serpiginosa, eritematosa, discretamente elevada, e muito pruriginosa consequente do deslocamento da larva na pele. As áreas mais afetadas são pés, pernas e nádegas. Vulgarmente chamado de bicho geográfico.

#### Quadro 13. prescrição medicamentosa para larvas migrans.

| Medicamento                             | Modo de usar   |
|---|--|
| Primeira opção:<br><br>Ivermectina 6 mg | Dose única, VO, obedecendo a escala de peso corporal<br><br>15 a 24 kg - 1/2 comprimido;<br>25 a 35 kg - 1 comprimido;<br>36 a 50 kg - 1 1/2 comprimidos;<br>51 a 65kg - 2 comprimidos;<br><br>Se falha terapêutica a dose pode ser repetida após dez dias |

Fonte: Adaptado Telessaúde, 2019

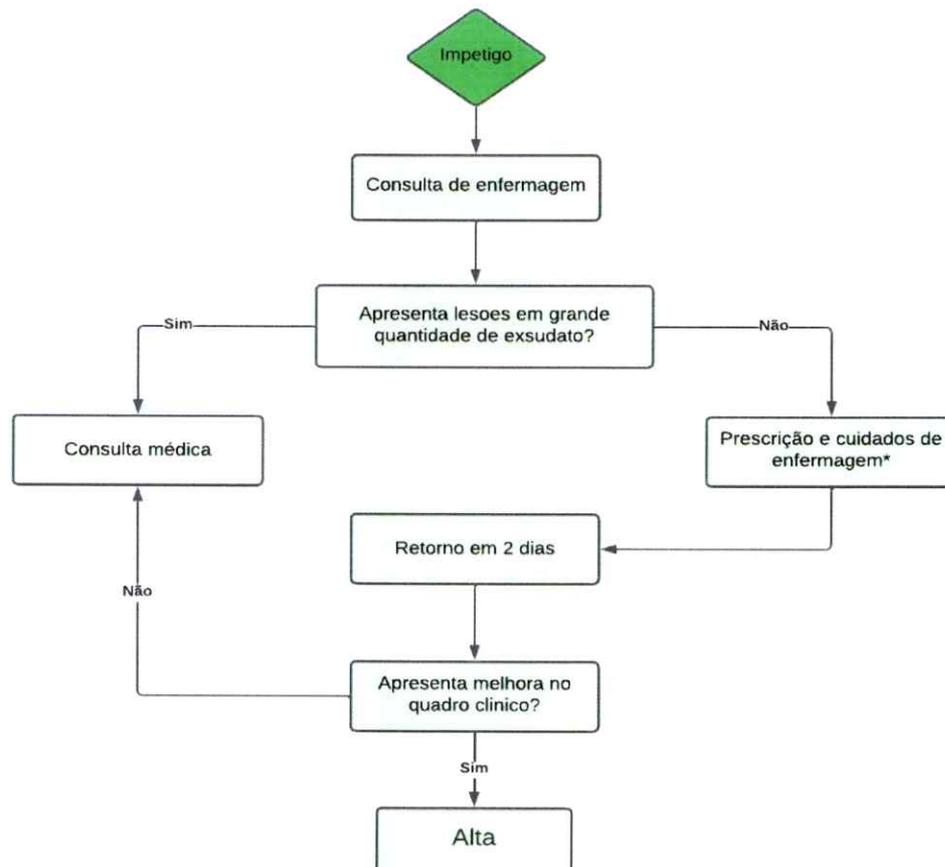
### 3.3.15 Impetigo

É uma doença comum que na infância, geralmente, manifesta-se entre o segundo e terceiro dia de vida, com alta probabilidade de transmissão.

- **Impetigo bolhoso** - Lesão inicial assemelha-se à queimadura de cigarro. As áreas mais afetadas são: tronco, face, coxa e nádegas. Na pele íntegra, desenvolvem-se bolhas, vesículas, porém sem sinais de eritema ao redor. A crosta amarelada que se forma é resultado da dessecação do conteúdo seroso inicial;

- **Impetigo não bolhoso** - Há eritema seguido de formação de vesículas que facilmente rompem-se. Observam-se áreas com erosão de pele e crostas amareladas que se localizam mais frequentemente na face, braços, pernas e nádegas. As áreas acometidas são costumeiramente úmidas como virilha, dobras do pescoço e axilas.

### Fluxograma 9: condutas frente aos casos de impetigo



Fonte: Autores deste Protocolo (2021), baseado nas literaturas consultadas.

#### Cuidados de enfermagem:

- Orientar sobre a importância da higiene, visto que as mãos são os meios de maior propagação da infecção.
- Realizar exame de inspeção na cuidadora e nos demais contatos;
- Limpar a superfície da área afetada com água e sabão removendo as crostas;
- Orientar banho com **permanganato de potássio 100 mg** diluído conforme a prescrição evitando possíveis queimaduras e reações adversas por excesso de medicação;
- Havendo evidências sistêmicas infecciosas (mais de cinco lesões, linfadenomegalia, febre, infecções no couro cabeludo, faringite, acometimento de estruturas mais

profundas: tecido subcutâneo e fáscia muscular), e infecções próximas à cavidade oral encaminhar para avaliação médica para antibioticoterapia.

#### **Quadro 14. Prescrição medicamentosa para impetigo.**

| <b>Medicamento</b>             | <b>Modo de usar</b>   |
|--------------------------------|---|
| Permanganato de potássio 100mg | Diluir 1 comprimido em 4 litros de água morna. A seguir, deve-se lavar a região afetada com esta solução ou permanecer imerso na água durante no máximo 10 minutos diariamente, após o banho, até que as feridas desapareçam. |

Fonte: Adaptado de Saúde da criança e do adolescente, 2012 e Dermatologia na Atenção Básica de Saúde, 2002.

#### **3.3.16 Intertrigo fúngico**

Infecção de pele com características eritemato-vesicopustulosas causada pelo mesmo fungo responsável pela candidíase (*Candida albicans*), principalmente em áreas sujeitas a atritos (dobras da pele, axilas, virilhas e nuca), sob o efeito do calor e da umidade.

##### Cuidados de enfermagem:

- Lavar o local com água e sabonete neutro;
- Manter a pele seca, sem acúmulo de umidade;
- Exposição ao sol pela manhã e final de tarde de 5 a 15 minutos;
- Usar roupas que não provoquem suor;
- Evitar coçar a pele para evitar lesões de pele associadas;
- Pode ser optado por alguma medicação conforme quadro a seguir:

#### **Quadro 15. prescrição medicamentosa para intertrigo.**

| <b>Medicamento</b>     | <b>Modo de usar</b>                                |
|------------------------|--|
| Miconazol 20mg/g creme | Passar 1x/dia na pele da área afetada por 1 semana |

Fonte: Dermatologia na Atenção Básica de Saúde, 2002.

### 3.3.17 Miliária (brotoeja)

Lesão eritematosa microvesicular, pruriginosa, desencadeada por calor excessivo e umidade ou por substâncias que podem obstruir os poros (cremes, talcos ou óleos). Podendo apresentar-se:

1. **Cristalina:** pequenas vesículas de coloração clara, pruriginosas, em pescoço e axilas.
2. **Rubra:** vesículas em base eritematosa, pápulas e prurido em tronco e braços.
3. **Profunda:** pápulas rosadas com pouco ou nenhum prurido acometendo o tronco.

#### Cuidados de enfermagem:

- Usar roupas leves;
- Lavar as roupas novas antes de usá-las;
- Evitar amaciantes, talcos, cremes e perfumes.
- Banhos frequentes usando sabonetes neutros;
- Enxaguar a criança após o banho com: 1 litro de água com 2 colheres (sopa) de amido de milho 3 vezes ao dia ou aplicar o amido de milho diretamente na pele como se fosse talco ou aplicar pasta d'água 3 vezes ao dia após o banho caso sejam das formas rubra e/ou profunda;
- Orientar o pai quanto ao contato com a barba.

### 3.3.18 Monilíase oral/ candidíase oral

Infecção na mucosa oral causada pelo fungo *Candida albicans*, resultando em um tipo característico de secreção branca grumosa, aderidos à língua e à bochecha da criança.

#### Cuidados de enfermagem:

- Evitar o uso de chupeta ou mamadeira;
- Esterilizar as mamadeiras e objetos de mordedura;
- Evitar beijo próximo aos lábios;
- Higiene oral com água bicarbonatada com auxílio de gaze ou fralda limpa: Solução: uma colher (chá) de bicarbonato de sódio em um copo de água fervida (100 ml) e fria, quatro vezes ao dia;

- Realizar limpeza com solução bicarbonatada durante 7 a 10 dias;
- Lavar as mãos com água e sabão (mãe e criança) antes de manipular a criança.

#### Quadro 16. prescrição medicamentosa para monilíase oral

| Medicamento                               | Modo de usar   |
|---|--|
| Nistatina suspensão oral<br>100.000 UI/mL | Modo de uso: 10 minutos após a higiene com água bicarbonatada, colocar 0,5ml em cada lado da boca.<br><br>Manter o esquema por 2 dias após o desaparecimento dos sintomas. |
| Miconazol 20mg/g<br>creme                 | Caso a mãe em Aleitamento Materno: Aplicar nas mamas 4 vezes ao dia, procedendo as limpezas antes das mamadas.   |

Fonte: Baseado no Manual de Enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2012.

### 3.3.19 Refluxo no recém-nascido

O refluxo é caracterizado pelo retorno do conteúdo do estômago para o esôfago e outras áreas, como a boca. É um evento comum nos primeiros meses de vida, que, na maioria das vezes, não causa sintomas graves e está ligada à regurgitação. A melhora espontânea está relacionada ao crescimento e desenvolvimento da criança.

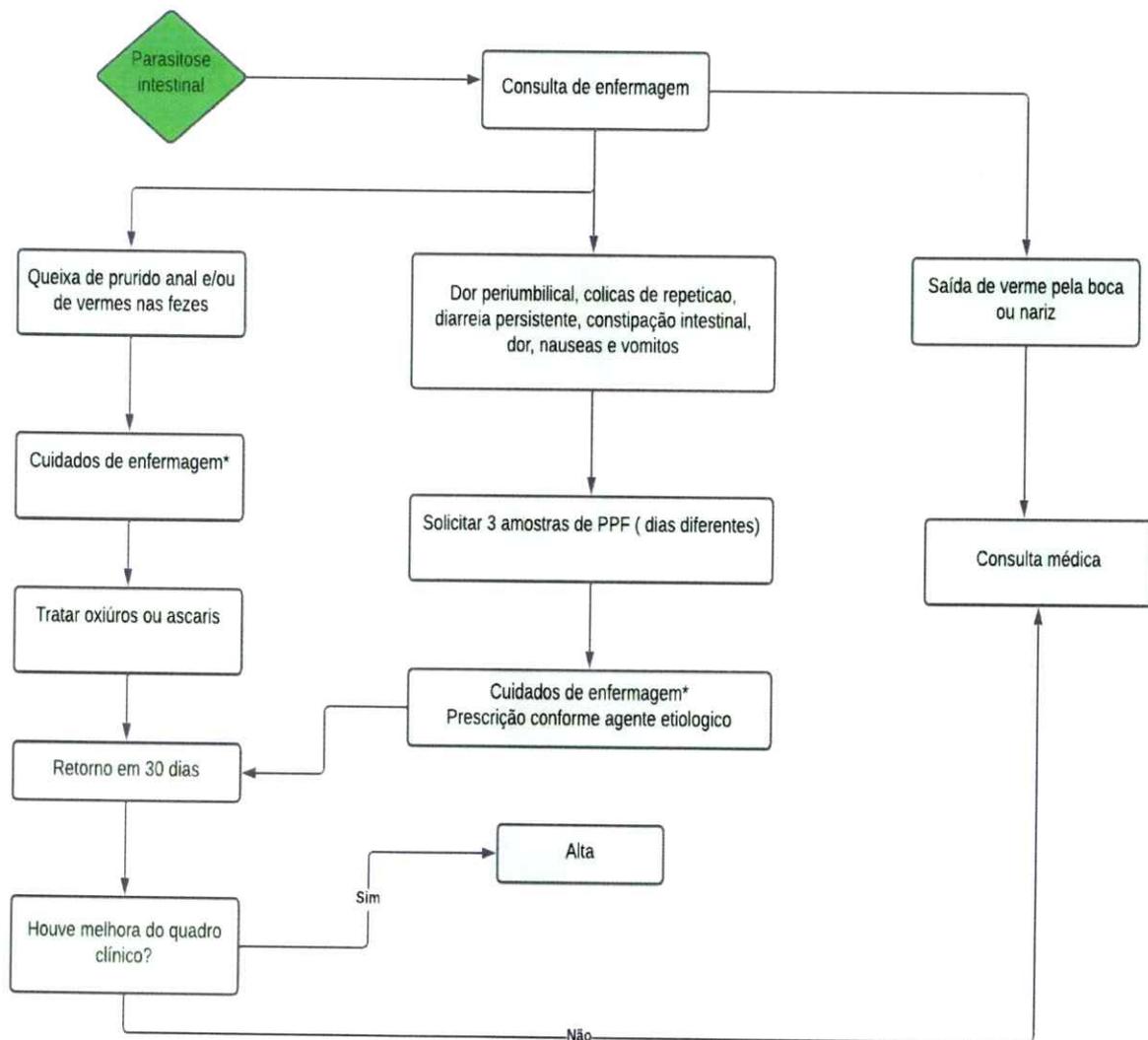
#### Cuidados de enfermagem:

- Evitar balançá-lo;
- Não vestir roupas que apertam sua barriga,
- Colocar um calço de 10 centímetros para manter a cabeceira do berço elevada a 30 graus;
- Ter uma boa pega e posição durante as mamadas para prevenir a entrada de ar pela boca e após o término da mamada, mantê-lo em 45 posição vertical no colo por 30 minutos;
- Encaminhar para consulta médica na presença de um ou mais de sinais de **refluxo patológico**: inquietação depois das mamadas, regurgitação frequente, choro constante, recusa alimentar, sangramento digestivo, episódios de bradicardia, anemia, tosse depois e durante as regurgitações, irritabilidade durante a mamada, menos ganho de peso ou nenhum ganho de peso, sinais de problemas respiratórios e inquietação no sono.

### 3.3.20 Parasitose intestinal

Infestação ou infecção do trato intestinal por parasitas.

#### Fluxograma 10: Condutas frente aos casos de parasitose intestinal



Fonte: Autores deste Protocolo (2021), baseado nas literaturas consultadas.

#### Cuidados de enfermagem:

- Beber água tratada ou fervida e lavar bem os alimentos e deixá-los de molho em água com hipoclorito 2% (duas gotas por litro) por 30 minutos e lavar novamente;
- Comer carne bem cozida ou assada;
- Lavar bem as mãos;
- Proteger os alimentos de insetos;
- Orientar uso do vermífugo prescrito e seus efeitos colaterais.

**Quadro 17. prescrição medicamentosa para parasitose intestinal.**

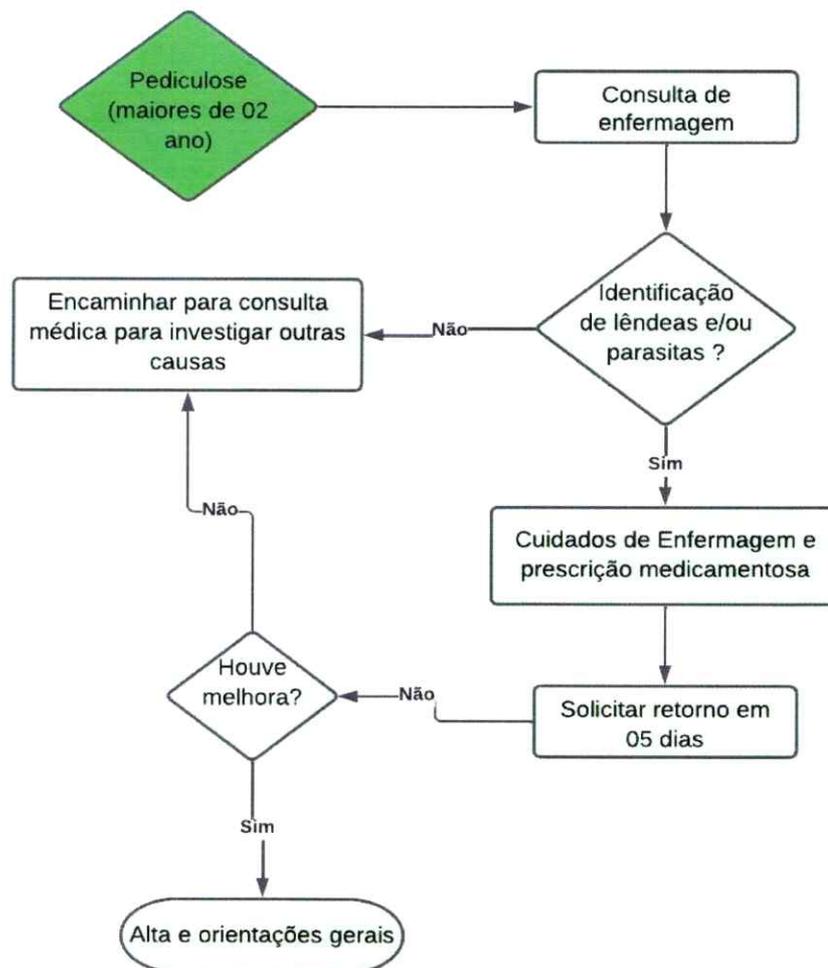
| DOENÇA                         | IDADE/<br>PESO   | MEDICAMENTO                                | POSOLOGIA   | OBSERVAÇÃO   |
|--------------------------------|--|--|---|--|
| Ascaridíase                    | Acima de 10Kg<br>Acima de 2 anos                                     | Albendazol 400 mg                          | 01 cp ou 10ml VO<br>dose única  |  |
| Tricocefalíase                 | Acima de 2 anos  | Albendazol 400 mg                          | 10 ml em dose única<br>ou 1 cp de 400 mg<br>repetir em<br>14 dias s/n   | Efeitos colaterais: dor<br>abdominal, cefaleia,<br>diarreia, náuseas e vômitos   |
| Ancilostomíase                 | Acima de 10Kg  | Albendazol 400 mg                          | 01 cp ou 10ml VO<br>dose única  |  |
| Enterobíase<br>ou<br>Oxiuriase | Dose para todas<br>as crianças<br>independente do<br>peso e da idade | Albendazol 400 mg                          | 01 cp ou 10ml VO<br>dose única  | Tratar todas as crianças da<br>casa  |
| Estrongiloidíase               | Criança acima de<br>2 anos   | Albendazol 400 mg                          | 1 cp vo dose única<br>repetir em 3<br>semanas   | Tratar todas as crianças da<br>casa  |
| Teniase                        | Criança acima de<br>2 anos   | Albendazol 400 mg                          | 1cp VO dose única   | Tratar todas as crianças da<br>casa  |
| Giardíase                      | Criança acima de<br>2 anos   | Metronidazol<br>40mg/ml                    | 15 mg/kg/dia<br>(máximo 250mg)<br>VO 2x/dia por 5<br>dias   | Efeito Colateral: náuseas,<br>cefaleia, gosto metálico,<br>vômitos, diarreias, erupção<br>cutânea, ataxia,<br>leucopenia, convulsões |
| Amebíase                       | Criança acima de<br>2 anos   | Metronidazol<br>Não exceder 750<br>mg/dose | 35 mg/kg/dia<br>3x/dia nos<br>casos leves<br>por 5 dias. Extra-<br>intestinal ou<br>sintomática 50<br>mg/kg/ dia por 10<br>dias | Efeito Colateral: náuseas,<br>cefaleia, gosto metálico,<br>vômitos, diarreias, erupção<br>cutânea, ataxia,<br>leucopenia, convulsões |

Fonte: Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2012.

**3.3.21 Pediculose**

Doença produzida por um ácaro parasita que provoca prurido em couro cabeludo.

### Fluxograma 11: Conduitas frente à Pediculose



**Fonte:** Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2012.

#### Cuidados de enfermagem:

- Hábitos de higiene;
- Prevenção na família;
- Remoção das lêndeas manualmente umedecendo os cabelos com vinagre morno diluído em partes iguais em água (1:1) e utilizar o pente fino;
- Pode-se aplicar também em crianças menores de dois anos;
- Investigar outros casos no núcleo familiar e escolar;
- Crianças menores de dois anos são encaminhadas para consulta Médica;
- Crianças maiores de dois anos, sugere-se prescrição conforme quadro a baixo:

**Quadro 18. prescrição medicamentosa para pediculose**

| Medicamento   | Modo de usar   |
|---|--|
| Loção capilar Permetrina 1%, para crianças maiores de dois anos | Aplicar o produto no couro cabeludo e deixá-lo agir por 10 minutos, lavar em seguida e repetir após 7 dias. Cuidado com os olhos e boca. |

Fonte: Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2012 e Telessaúde 2019.

**3.3.22 Conjuntivite**

Conjuntivite é a inflamação da mucosa conjuntival, caracterizada por dilatação vascular, infiltrado celular e exsudação. É comum que ela ocorra a princípio em um dos olhos e depois progride para ambos os olhos.

Cuidados de enfermagem:

- Lavagem ocular com soro fisiológico 0,9%;
- Evitar aglomerações em locais fechados;
- Utilizar compressas geladas;
- Lavar com frequência o rosto e as mãos, uma vez que estes são veículos importantes para a transmissão de micro-organismos patogênicos;
- Dar preferência ao uso de toalhas de papel e desprezar após o uso;
- Orientar troca das fronhas dos travesseiros diariamente, enquanto perdurar a crise; ● Reavaliação em 24h e se necessário, atendimento médico.

**3.3.23 Tosse**

As crianças comumente apresentam episódios de tosse no decorrer de seu crescimento e desenvolvimento. Ela é um reflexo fisiológico importante, ajuda a expulsar secreções e partículas aspiradas pelas vias aéreas.

O monitoramento da Frequência Respiratória é imprescindível nas condutas quanto a tosse.

**Quadro 19. Frequência respiratória na infância**

| <b>FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (FR)</b> | <b>IDADE</b>       |
|-------------------------------------|--------------------|
| FR > 60 ipm                         | menores de 2 meses |
| FR > 50 ipm                         | 2 a 12 meses       |
| FR > 40 ipm                         | 1 a 4 anos         |

**Fonte:** Adaptado de Brasil (1999).

Cuidados de enfermagem:

- Orientar a mãe ou cuidador sobre sinais de desconforto respiratório;
- Orientar alimentação saudável;
- Orientar sobre a importância de ingesta hídrica;
- Orientar que a tosse aguda geralmente tem um curso em torno de 3 semanas, enquanto que a tosse crônica pode variar em um intervalo de 3 a 12 semanas;
- Investigar tosse aguda possivelmente ou algum resfriado ou infecção viral, pode estar ligada à pneumonia, alergias ou aspiração de um corpo estranho;
- Investigar tosse crônica, visto que pode estar relacionada a outras condições como doença do refluxo gastroesofágico, fibrose cística, tuberculose e asma; ● Encaminhar para avaliação médica para intervenções necessárias.

**ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO MÉDICA caso a criança apresente sinal de perigo: recusa amamentação, vômitos intermitentes, convulsões, letargia/inconsciência ou flacidez, tiragem subcostal, apneia, batimentos de asas do nariz, gemido ou estridor, cianose central (BRASIL, 2014).**

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Organização Pan-Americana de Saúde. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. **Avaliar e Classificar a criança doente de 2 meses a 5 anos de idade**. Módulo 2. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 124 p. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_quadros\\_procedimentos\\_aidpi\\_crianca\\_2meses\\_5anos.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_quadros_procedimentos_aidpi_crianca_2meses_5anos.pdf)> Acesso em 10 jul. 2021.

\_\_\_\_\_. **Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente**. São Paulo, S.P. 2013. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudedacriancaedoadolescente02012017.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Manual técnico. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5. Brasília, 2006. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)> Acesso em: 20.set. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 34 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013**. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. 2013c. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920\\_05\\_09\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html)>. Acesso em: 12 jul 2021

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Básica. **Dermatologia na atenção básica.** Cadernos de Atenção Básica Nº 9 Série A - Normas de Manuais Técnicos; nº 174. Brasília, 2002. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guiafinal9.pdf>> Acesso em: 12 set. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Dicas de Saúde. **Conjuntivite.** Maio, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/231\\_conjuntivite.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/231_conjuntivite.html)> Acesso em: 08 abr. 2023.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. **Dermatologia na atenção básica.** Cadernos de Atenção Básica Nº 9 Série A - Normas de Manuais Técnicos; nº 174. Brasília, 2002. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guiafinal9.pdf>> Acesso em: 15 set. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.516, de 10 de dezembro de 2021. **Mantém o procedimento Oximetria de Pulso como teste de triagem neonatal na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS.**

Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt/3516\\_23\\_12\\_2021.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt/3516_23_12_2021.html)> Acesso em: 13 mai. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

CARTILHA do **Teste da Linguinha:** para mamar, falar e viver melhor. São José dos Campos, SP: Pulso Editorial, 2014. Disponível em: <[http://www.abramofono.com.br/wpcontent/uploads/2014/10/testelinguinha\\_2014\\_livro.pdf](http://www.abramofono.com.br/wpcontent/uploads/2014/10/testelinguinha_2014_livro.pdf)> Acesso em: 10 jul. 2021.

COREN-RJ. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. **Protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde.** Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012. Disponível em: <<https://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111921/enfermagem.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2021.

GOIÁS, COREN – GO. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás.** 3ed. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2017.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **Manual técnico: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde.** Coordenação Rita de Cássia Silveira. 4. ed. São Paulo: SMS, 2012. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/sausedacriancaedoadolescente02012017.pdf>> Acesso em: 08 ago 2021.

SINOP. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Estratégia de saúde da família. **Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde do Município de Sinop.** 1º ed. Sinop, MT. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco.** 1. ed. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia, 2012. 77 p. Disponível em: <[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/pdfs/Seguimento\\_prematuro\\_ok.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Seguimento_prematuro_ok.pdf)> Acesso em: 20 jul. 2021.

\_\_\_\_\_. **Consenso sobre anemia ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica!** 2 ed. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamentos de Nutrologia e Hematologia-Hemoterapia, 2018. 8 p. Disponível em:<[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/21019f-Diretrizes\\_Consenso\\_sobre\\_anemia\\_ferropriva-ok.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21019f-Diretrizes_Consenso_sobre_anemia_ferropriva-ok.pdf)> Acesso em: 8 set. 2021.

\_\_\_\_\_. Documentos Científicos. Departamentos Científicos. **Deficiência de vitamina D em crianças e adolescentes.** Departamento de Nutrologia - Sociedade Brasileira de Pediatria. Outubro 2014. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2015/02/vitamina\\_d\\_dcnutrologia2014-2.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/vitamina_d_dcnutrologia2014-2.pdf). Acesso em: 15 jul. 2021.

Abrams SA; Comitê de Nutrição. **Necessidades de cálcio e vitamina D em bebês prematuros alimentados com alimentação enteral.** Pediatrics 2013;131: e1676-83. Disponível em:<[file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Desktop/prot.%20enf%20revisao/vitamina\\_d\\_dcnutrologia.pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Desktop/prot.%20enf%20revisao/vitamina_d_dcnutrologia.pdf)> Acesso em: 19 jun. de 2021.

PROGRAMA NACIONAL TELESSAÚDE (TELESSAÚDE BRASIL). Saúde da criança: **Qual o manejo da fimose em crianças?**Núcleo de Telessaúde Rio Grande do Sul | 01 jul 2019 | ID: sof-42490. Disponível em:<<https://aps.bvs.br/aps/qual-o-manejo-da-fimose-emcriancas/>> Acesso em: 20 ago. 2021

PROGRAMA NACIONAL TELESSAÚDE (TELESSAÚDE BRASIL). **Qual melhor tratamento para dermatite seborreica?** Disponível em:<<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2002/1/SOF%20melhor%20tratamento%20dermatite.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2021.

PROGRAMA NACIONAL TELESSAÚDE (TELESSAÚDE BRASIL). **Qual o tratamento para Larva Migrans cutânea?** Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/qual-o-tratamento-para-larva-migrans-cutanea/>>. Acesso em: 13 mai. 2023.

## 4. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

---

Adolescer é um momento do processo do crescimento e desenvolvimento humano. Essa fase se inicia com as mudanças corporais da puberdade, que é marcada pela aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudança da composição corporal, eclosão hormonal, evolução da maturação sexual, e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, além da integração em seu grupo social (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde segue a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que delimita a adolescência como o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069 em 13 de julho de 1990, considera adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos de idade.

**ATENÇÃO-Neste Protocolo utilizaremos o conceito mais amplo de adolescente, compreendendo idades entre 10 a 19 anos (OMS), e em conformidade com o ECA, os atendimentos aos usuários de 0 anos a 12 anos incompletos podem ser acompanhados de um responsável para consultas e exames. Já para adolescentes entre 12 e 17 anos, a presença se faz necessária somente para realização de procedimentos clínicos.**

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente estabelece princípios fundamentais na organização da assistência (BRASIL, 2007):

**Ética** – a relação profissional de saúde com os adolescentes e jovens deve ser pautada pelos princípios de respeito, autonomia e liberdade, prescritos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pelos códigos de ética das diferentes categorias

**Privacidade** – adolescentes podem ser atendidos sozinhos, caso desejem.

**Confidencialidade e sigilo** – Garantia de que informações do atendimento não serão repassadas aos seus responsáveis sem a sua concordância. Excetua-se casos de risco de vida tanto para o cliente quanto para terceiros, a exemplo de situações como abuso sexual, ideia de suicídio, informação de homicídios e outros.

Esses princípios reconhecem adolescentes e jovens como sujeitos capazes de tomarem decisões de forma responsável. O atendimento, portanto, deve fortalecer sua autonomia,

oferecendo apoio sem emitir juízo de valor. A viabilização desses elementos contribui para uma melhor relação cliente profissional, favorecendo a descrição das condições de vida, dos problemas e das dúvidas. Esses fundamentos devem ampliar a capacidade do profissional no encaminhamento das ações necessárias e favorecem o vínculo dessa clientela aos serviços.

Para realização de quaisquer procedimentos, o Ministério da Saúde recomenda que seja solicitado aos adolescentes assinatura em termo de consentimento livre e esclarecido. Caso seja verificada sua incapacidade para a decisão, deve ter a assistência de seus pais ou representantes legais. Nas urgências aceita-se a noção de existência de consentimento informado presumido ou implícito, devendo registrar essa condição no prontuário (BRASIL, 2018).

#### **4.1. Saúde do Adolescente**

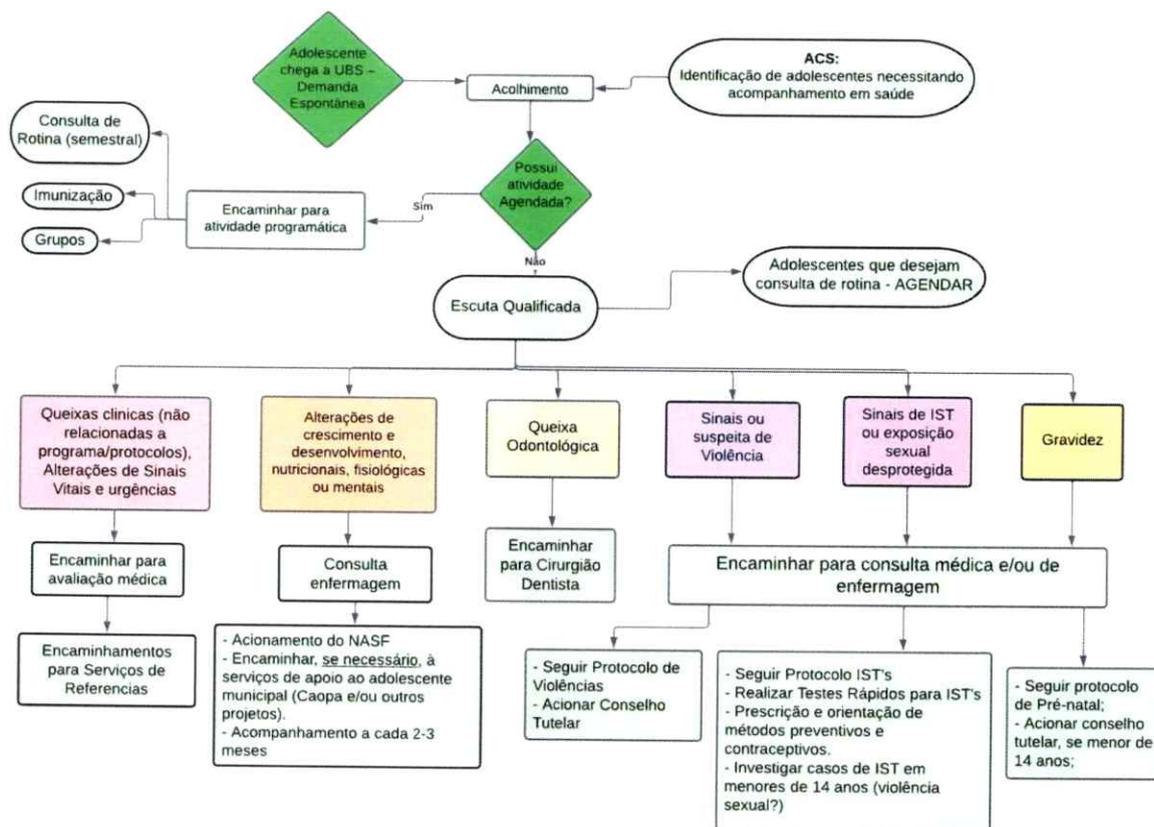
Considerando a característica de adolescentes em envolver-se em grupos (escolas, grupo de jovens das igrejas, escola de esportes, unidades de centros socioeducativos, etc), o atendimento grupal constitui-se forma privilegiada de facilitar a expressão de sentimentos, a troca de informações e experiências, bem como a busca de soluções para seus problemas.

Esse protocolo sugere os seguintes temas para atividades educativas:

- Importância do acompanhamento em saúde (crescimento e desenvolvimento);
- Hábitos saudáveis de alimentação;
- Imunização;
- Desenvolvimento da puberdade;
- Sexualidade;
- Saúde bucal;
- Saúde mental;
- Saúde reprodutiva;
- Saúde do escolar adolescente;
- Prevenção de acidentes;
- Álcool e outras drogas
- Abordagem da violência;
- Trabalho infantil;
- Cultura, esporte e lazer.

A periodicidade de acompanhamento de rotina individual do adolescente deve ser semestral, e em caso de rastreamento de riscos, os profissionais devem acompanhá-lo a cada 2-3 meses (BRASIL, 2018).

**Fluxograma 1 – Fluxo de Atendimento do Adolescente na UBS**



Fonte: Adaptado de BRASIL (2018).

## 4.2 Consulta de Enfermagem

### 4.2.1 Anamnese

No caso específico da consulta de enfermagem aos adolescentes, podem existir dois momentos: um do cliente sozinho e, quando necessário, com os acompanhantes.

Durante a consulta do adolescente deve-se observar comportamentos inadequados e atrasos cognitivos, podendo sugerir síndromes neurológicas, transtornos neuropsicomotores (como o autismo) e distúrbios psiquiátricos. Caso haja suspeita de transtornos mentais, o enfermeiro deve encaminhar para avaliação médica para diagnóstico e tratamentos adequados.

Outros fatores de risco e sinais de alerta, que podem oferecer prejuízos no desenvolvimento mental, não devem ser negligenciados em adolescentes:

**Quadro 1. Fatores de Risco e Sinais de Alerta no desenvolvimento mental**

| Fatores de Risco  | Sinais de Alerta   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>Bullying</i> ou situações estressoras;</li> <li>● Abuso de substâncias químicas;</li> <li>● Situações de vulnerabilidade socioeconômica; Vítimas de violência;</li> <li>● Vítimas de abuso sexual;</li> <li>● Negligência de cuidadores;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Humor deprimido persistentemente,</li> <li>● Alteração do sono e apetite,</li> <li>● Mudanças bruscas de comportamento,</li> <li>● Isolamento social e abandono de atividades prazerosas,</li> <li>● Queda do rendimento escolar,</li> <li>● Lesões inexplicadas (causadas por automutilação) e</li> <li>● Mensagens com conteúdo de morte ou despedida nas mídias sociais</li> </ul> |

Fonte: Baseado em BRASIL-UNASUS, 2020.

O profissional deve estar atento a rede de proteção que reduz o risco do suicídio no adolescente (BRASIL-UNASUS, 2020):

1. Apoio da família, de amigos, comunidade e de outros relacionamentos significativos;
2. Crenças religiosas, culturais e étnicas;
3. Integração social como, por exemplo, através do trabalho (menor aprendiz);
4. Uso construtivo do tempo de lazer e esportes;
5. Acesso a serviços de cuidados de saúde mental.

#### 4.2.2 Exame Físico

Durante o exame físico, se houver interesse por parte do adolescente ou do enfermeiro, outro profissional ou responsável poderá acompanhar o exame, preservando a ética em relação a interpretações diferentes por parte do adolescente e resguardando o profissional.

Na identificação de casos suspeitos e/ou confirmados de violência consultar protocolo de enfermagem na atenção às vítimas de violência.

Casos de violência autoprovocada, intoxicação exógena por tentativa de suicídio, violências doméstica/sexuais e outras violências contra o adolescente devem, além de acompanhados clinicamente por equipe multidisciplinar, ser realizado notificação compulsória no SINAN e o acionamento ao Conselho Tutelar segundo a Lei nº 10.778/2003; art. 13 do Eca e art.19 da Lei nº 10.741/2003

#### 4.2.2.1 Avaliação dos Sinais Vitais

**Quadro 2.** Valores de Referência SSVV entre adolescentes de 10 a 18 anos

| SSVV               | Valores de Referência   |
|--------------------|---|
| <b>Pulso</b>       | 60 – 120 bpm  |
| <b>Temperatura</b> | 35,9 – 36,7°C   |
| <b>Respiração</b>  | 12 – 20 irpm  |
| <b>Pressão</b>     | 100x60 mmHg – 120x80mmHg  |
| <b>Arterial</b>    |   |
| <b>Glicemia</b>    | Alterações nos níveis glicêmicos e/ou pressóricos vide protocolos de atenção a hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus |

Fonte: Brasil, 2018.

#### 4.2.2.2 Avaliação do crescimento e desenvolvimento

O profissional de saúde poderá seguir as curvas de crescimento individual inscrito em gráficos padronizados de estatura e Índice de Massa Corpórea do adolescente por sexo e idade já inclusos na Caderneta de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2018).

**Quadro 3. Valores de referência na evolução de crescimento de adolescentes**

| SEXO      | ESTATURA  | PESO                 |
|-----------|---|----------------------|
| Masculino | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Média de 10cm/ano – Referência entre:10-12cm/ano</li> <li>▪ Faixa etária de maior crescimento: 13 a 14 anos</li> <li>▪ Regra de Cálculo de Estatura Final:<br/>= <math>\frac{\text{Altura do Pai} + (\text{Altura da Mãe} - 12 \text{ cm})}{2}</math> Limite <math>\pm 10\text{cm}</math></li> </ul>   | Média: 2 a 3Kg / ano |
| Feminino  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Média de 9cm/ano – Referênciaentre:8-10cm/ano</li> <li>▪ Faixa etária de maior crescimento: 11 a 12 anos</li> <li>▪ Após a menarca crescimento máximo de 5 a 7 cm</li> <li>▪ Regra de Cálculo de Estatura Final<br/>= <math>\frac{\text{Altura da mãe} + (\text{Altura do pai} - 12 \text{ cm})}{2}</math> Limite <math>\pm 9\text{cm}</math></li> </ul> | Média: 2 a 3Kg / ano |

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2018.

Fatores como alimentação, atividade física, fatores psicossociais e hereditários podem interferir na velocidade da estatura, peso e padrão puberal, mas nem sempre refletem uma condição patológica. Entretanto, padrões fora do habitual devem ser acompanhados por equipe multiprofissional com maior frequência (BRASIL, 2018).

Quanto ao desenvolvimento da puberdade, sinais de puberdade precoce ou tardia podem ser identificados durante o exame físico conforme quadro a seguir.

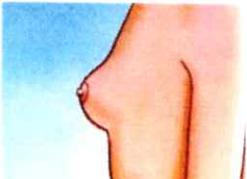
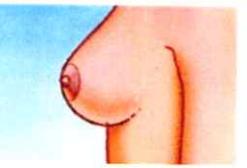
**Quadro 4. Sinais de Puberdade Precoce e Tardia em Meninos e Meninas**

|                          | Meninos   | Meninas   |
|--------------------------|---|---|
| <b>Puberdade Precoce</b> | Aumento de volume testicular e pêlos pubianos antes dos 9 anos. | Qualquer sinal de maturação sexual antes dos 8 anos   |
| <b>Puberdade Tardia</b>  | Persistência do estágio pré-puberal após 16 anos.               | Telarca (desenvolvimento das mamas) após 13 anos; pubarca (pelos pubianos) após 14 anos; menarca (primeira menstruação) após 16 anos; |

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2018.

Para acompanhamento do estadiamento puberal, o Ministério da Saúde utiliza os critérios de Tanner (*Pranchas de Tanner*).

**Quadro 5 - Pranchas de Tanner feminino - Estágios de desenvolvimento**

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
|    | <p><b>Estágio 1 - Mamas infantis (M1)</b></p>  |    | <p><b>Estágio 1</b><br/>Ausência de pelos, ou pelagem natural. (P1)</p>   |
|    | <p><b>Estágio 2</b><br/>O broto mamário formasse com uma pequena saliência com elevação da mama e da papila e ocorre o aumento do diâmetro areolar. Melhor visualizar lateralmente. (M 2) – de 8 a 13 anos</p> |    | <p><b>Estágio 2</b><br/>Pelos iniciam-se com uma pelagem fina, longa, um pouco mais escura, na linha central da região pubiana. (P2) – de 9 a 14 anos</p> |
|   | <p><b>Estágio 3</b><br/>Maior aumento da aréola e da papila sem separação do contorno da mama. (M3) – de 10 a 14 anos</p>  |   | <p><b>Estágio 3</b><br/>Pelos em quantidade, escuros e espessos, maior mais e mais e em toda a região pubiana. (P3) de 14 anos e ½ –</p>                  |
|  | <p><b>Estágio 4</b><br/>Aumento continuado e projeção da aréola e da papila formando uma segunda saliência acima do nível da mama. (M4) – de 11 a 15 anos</p>  |  | <p><b>Estágio 4</b><br/>Pelos do tipo adulto, encaracolados, mais distribuídos, e ainda em pouca quantidade. (P4) – de 11 a 15 anos</p>                   |
|  | <p><b>Estágio 5</b><br/>Mama com aspecto adulto, com retração da aréola para o contorno da mama e projeção da papila. (M5) – de 13 a 18 anos</p>   |  | <p><b>Estágio 5</b><br/>Pelos tipo adulto, com maior distribuição na região pubiana, e na raiz da coxa. (P5) – de 14 a 16anos e ½</p>                     |

Fonte: Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica / Ministério da Saúde (2018 p.225)

**Quadro 6 - Pranchas de Tanner masculino - Estágios de desenvolvimento**

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
|    | <p><b>Estágio 1</b><br/>Genitália prépuberal ou infantil, (G1)</p>   |    | <p><b>Estágio 1</b><br/>Pelugem pré-puberal ou infantil, nenhum pelo pubiano. (P1)</p>  |
|    | <p><b>Estágio 2</b><br/>Aparece um afinamento e hipervascularização da bolsa escrotal, e aumento do volume testicular sem aumento do tamanho do pênis. (G2) - de 9 a 14 anos.</p>                                |    | <p><b>Estágio 2</b><br/>Ocorre o início do crescimento de alguns pelos finos, longos, escuros e lisos na linha medial ou na base do pênis. (P2) – 11 a 15 e ½ anos</p>          |
|  | <p><b>Estágio 3</b><br/>Ocorre aumento da bolsa escrotal e do volume testicular, com aumento do comprimento do pênis. (G 3) – de 10 e ½ a 15 anos</p>  |   | <p><b>Estágio 3</b><br/>Aparecimento de maior quantidade de pelos, mais escuros, espessos, e encaracolados, com distribuição na região pubiana. (P3) – de 11 e ½ a 16 anos</p>  |
|  | <p><b>Estágio 4</b><br/>Maior aumento e hiperpigmentação da bolsa escrotal, maior volume testicular com aumento do pênis em comprimento e diâmetro, e desenvolvimento da glândula. (G4)– de 11 e ½ a 16 anos</p> |  | <p><b>Estágio 4</b> Pelos escuros, espessos, encaracolados, do tipo adulto, mas ainda em menor quantidade na sua distribuição na região pubiana. (P4) – de 12 a 16 e ½ anos</p> |
|  | <p><b>Estágio 5</b><br/>Genitália adulta em tamanho e forma e volume testicular. (G5) – de 12 e ½ a 17 anos</p>  |  | <p><b>Estágio 5</b><br/>Pelos do tipo adulto, cobrindo toda a região pubiana, e estendendo-se até as coxas. (P5) – de 15 a 17 anos</p>  |

Fonte: Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica / Ministério da Saúde (2018 p232)

### 4.2.3 Prescrições de Enfermagem/ Orientações, exames e Encaminhamentos

- O enfermeiro deve ter como uma de suas prioridades a verificação do cartão vacinal e/ou da Caderneta de Saúde do Adolescente, conforme Programa Nacional de Imunização.

#### 4.2.3.1 Métodos contraceptivos na adolescência

Adolescentes têm direito ao atendimento no planejamento reprodutivo, antes mesmo do início da atividade sexual e reprodutiva, sem discriminação de qualquer tipo, com garantia de privacidade, sigilo e consentimento informado (BRASIL, 2018).

De maneira geral, os adolescentes podem usar a maioria dos métodos anticoncepcionais (MAC), devendo-se considerar idade, quantidade de parceiros sexuais, situação de paridade, além de respeitar a autonomia de suas escolhas (BRASIL, 2016).

- Os métodos naturais de controle de ovulação – tabela/calendário menstrual, muco cervical, temperatura basal e aleitamento materno exclusivo – são pouco recomendados, porque exigem do adolescente disciplina e planejamento de suas relações sexuais.
- Métodos diversos: Adesivos transdérmicos, anéis hormonais intravaginais, DIU com base hormonal (Mirena) e de outros metais.
- A lei do Planejamento Familiar nº 14.443 de 02 de setembro de 2022 restringe métodos cirúrgicos a homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos.

### Quadro 7. Métodos contraceptivos de escolha na adolescência

#### Método contraceptivo

- |   |  |
|---|--|
| 1 | O preservativo masculino ou feminino deve ser usado independentemente do uso de outro método anticoncepcional; |
| 2 | DIU (cobre) ou Mini-DIU a partir de 14 anos  |
| 3 | Contraceptivo oral combinado                      Contraceptivo oral progestagênio (lactantes)                 |
| 4 | Contraceptivo injetável mensal   |
| 5 | Contraceptivo injetável trimestral acima de 16 anos;   |
| 6 | Implante dérmico (etonogestrel)– principalmente em situações de vulnerabilidade;                               |
| 7 | Outros métodos (naturais, outros dispositivos);  |

Fonte: Baseado em Brasil (2009 p16; 2016 p37); SBP (2018)

**Quadro 8. Contraceptivo oral e modo de uso**

| <b>Contraceptivo Oral</b>  | <b>Indicação</b> | <b>Modo de uso</b>  |
|--|------------------|---|
| <b>Levonorgestrel 0,15mg +<br/>Etinilestradiol 0,03mg – 21<br/>comprimidos/caixa</b> | Não lactantes    | No início da utilização do método, o primeiro comprimido deverá ser administrado no primeiro dia da menstruação;<br><br>- O intervalo entre o término de uma cartela e início da outra deverá ser de 07 dias, independente do fluxo menstrual |
| <b>Noretisterona 0,35 mg – caixa<br/>com 35 comprimidos</b>                          | Lactantes        | - Mulheres que estão em aleitamento materno devem iniciar na 6ª semanas após o parto.<br><br>- Atentar-se para quando o aleitamento materno for interrompido ou complementado, deve-se considerar troca de método contraceptivo.              |

Fonte: Baseado no Caderno de Atenção Básica, n. 26

**Quadro 9. Contraceptivo injetável**

| <b>Contraceptivo Injetável</b>   | <b>Modo de uso</b>   |
|--|--|
| <b>Enantato de<br/>noretisterona 50mg +<br/>valerato de estradiol 5mg<br/><br/>/ml</b> | - A aplicação deverá ser realizada no primeiro dia do ciclo menstrual, e doses subsequentes deverão respeitar intervalo mínimo de 30 dias, independentemente do fluxo e ciclo menstrual;   |
| <b>Acetato de<br/>Medroxiprogesterona*<br/><br/>150mg/ml</b>                           | - Antes de cada aplicação, o exame BHCG deverá ser solicitado;<br><br>- As aplicações deverão respeitar intervalos entre 12 a 13 semanas; *Não recomendada antes dos 16 anos, considerando a interferência dessa da formação da estrutura óssea. |

Fonte: Baseado no Caderno de Atenção Básica, n. 26

### Quadro 10. Método contraceptivo de Emergência em adolescentes

| Método  |                       | Administração   | Indicações  |
|---|-----------------------|---|---|
| Levonorgestrel<br>(Pílula contendo apenas progestágeno) | Comprimido<br>0,75 mg | 2 comprimidos (dose única) ou 1 comprimido cada 12 horas (2 doses – total: 2 comprimidos) | 1. Violência sexual;<br>2. Deslocamento do diafragma;<br>3. Rompimento do preservativo;<br>4. Esquecimento do uso de anticoncepcivo oral ou atraso no contraceptivo injetável;<br>5. Coito interrompido em que ocorre derrame do sêmen na vagina; |
|   | Comprimido<br>1,5 mg  | 1 comprimido (dose única)   | 6. Cálculo incorreto do período fértil ou erro na interpretação da temperatura basal;<br>7. Relação sexual desprotegida sem uso de métodos contraceptivos.  |

Fonte: Baseado no Caderno de Atenção Básica, n. 26

A anticoncepção de Emergência ocasionada por violência sexual, deve ser dispensada, **de forma assistida**, além de encaminhada ao serviço de referência no atendimento à Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual.

#### 4.2.3.2 Exames Laboratoriais

#### Quadro 11. Exames solicitados na adolescência

| EXAMES                             |   |
|------------------------------------|---|
| Urina tipo 1                       | Citopatológico de colo de útero                         |
| Parasitológico                     | Abo Rh  |
| Hemograma completo                 | Perfil Lipídico   |
| BHCG se atraso menstrual           | Glicemia de jejum                                       |
| Exames para identificação de IST's | Se gestante ou parceiro, seguir protocolo de pré-natal. |

Fonte: Protocolo de Enfermagem Sinop, 2015.

Antes da realização dos testes rápidos para IST's deve-se realizar o aconselhamento da adolescente e parceiro (s): avaliar vulnerabilidades; orientar o que são, prevenção e tratamento das IST's; Explicar a importância do teste e solicitar consentimento para realização (BRASIL, 2016).

Quanto a testes laboratoriais e rápidos recomenda-se que, principalmente, na testagem de HIV (BRASIL, 2018):

- Em adolescentes entre 12 a 18 anos de idade:realizar a avaliação pela equipe de saúde das suas condições de discernimento e de autonomia. A realização do exame, assim como a participação durante o procedimento e após resultado, fica restritos à sua vontade e autorização.
- Adolescentes de 10 a 12 anos incompletos, a testagem e entrega de exames anti-HIV só serão realizadas com a presença dos pais ou responsáveis legais.
- Em todos os resultados positivos a confidencialidade deverá ser avaliada frente ao risco de não execução ou abandono de tratamento.

O Aconselhamento pós-teste, com resultado negativo, deve valorizar a oportunidade para reforçar hábitos de prevenção. Já o Aconselhamento, pós-teste, com resultado positivo, deve-se:

- Compreender as preocupações e informar de maneira simplificada o tratamento afim de reduzir nível estresse;
- Auxiliar a adolescente e sua parceria no processo de adesão ao tratamento;
- Fortalecer capacidades de enfrentamento das adversidades no viver com HIV/aids e outras IST e estimular a manutenção dos projetos de vida;
- Vincular/encaminhar aos serviços de saúde específicos de acompanhamento.
- Quanto ao tratamento e condutas de enfermagem, o enfermeiro deve seguir protocolo de enfermagem na atenção a Infecções Sexuais Transmissíveis.

### **4.3 Gravidez na Adolescência**

#### **4.3.1 Aspectos legais**

A relações sexuais consentidas, e no caso de gravidez, desde que comprovada capacidade de discernimento, indicam o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. A Constituição Brasileira de 1988 que reconhece, no seu art. 227, crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, não considerando-os propriedades dos seus pais (BRASIL, 2016).

Ainda, de acordo com o paradigma estabelecido pela Lei nº 12.015/2009, não basta que a menor conte menos de 14 anos de idade para a caracterização do “estupro de vulnerável” alterando artigo 217-A do Código Penal Brasileiro. Se ela tinha discernimento suficiente para

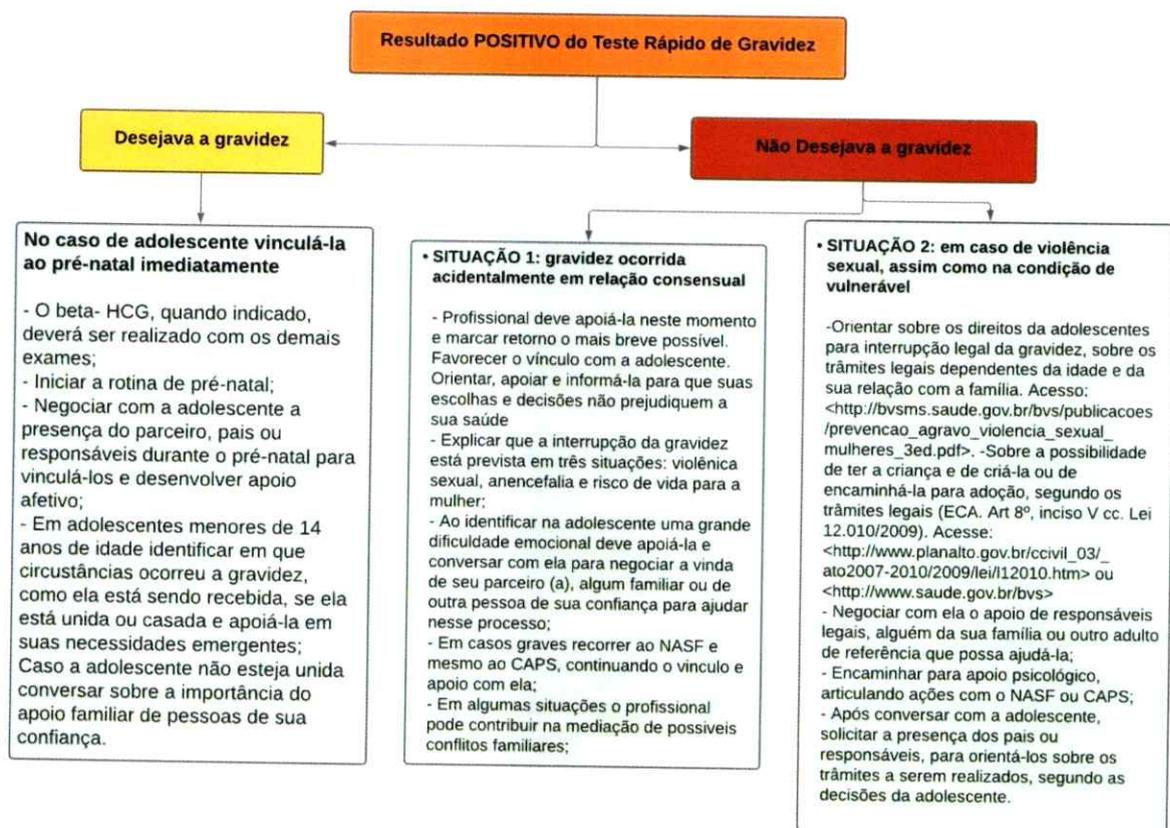
consentir com o ato e tinha condições pessoais de oferecer resistência, não há que se falar em vulnerabilidade (BRASIL, 2011b).

Nesse sentido, para fins de investigação e acompanhamento faz-se necessário acionamento do Conselho Tutelar Municipal em todos os casos de crianças e adolescentes menores de 14 anos de idade que estejam grávidas.

#### 4.3.2 Atendimento a adolescentes com resultado positivo de gravidez

Para atendimento de adolescentes grávidas, o Ministério da saúde recomenda o seguinte fluxo:

**Fluxograma 2. Conduitas frente ao resultado positivo de gravidez em adolescentes**



Fonte: Adaptado de BRASIL (2016 p26).

#### 4.3.3 Acompanhamento pré-natal

A assistência ao pré-natal é direito da adolescente grávida. Deve promover assistência qualificada, com abordagem diferenciada, principalmente na faixa etária de 10 a 14 anos:

- 1) Maior número de consultas;
- 2) Adaptação da prescrição (linguagem de fácil compreensão);
- 3) Atentar-se para questões éticas e legais;
- 4) Rastrear principais comorbidades associadas a gravidez na adolescência:
  - Anemia; ● Infecções;
  - Prematuridade.
  - Doenças hipertensivas específicas da gravidez (DHEG);
- 5) Atentar ao ganho ponderal de acordo com estado nutricional prévio:
  - Adolescentes de baixo peso (IMC<19,8) devem ganho de 12,5 a 18 Kg;
  - Normal ou adequado (IMC=20,2-24,9) ganho de 11,5 a 16 Kg;
  - Sobrepeso (IMC=25,0-30,0) o ganho ponderal deve ser de 7 a 11,5 Kg; ● Obesas (IMC>30,1) não deve ultrapassar o ganho de 7 quilos.
- 6) Realizar os testes rápidos na gestante e no parceiro conforme rotina de pré-natal.
- 7) A equipe multiprofissional da UBS deve avaliar riscos gestacionais e, se necessário, encaminhar para pré-natal de alto risco

#### **4.3.4 Paternidade na adolescência**

Quanto à paternidade na adolescência, os profissionais de saúde devem acolhê-lo também como protagonista criando condições de envolvimento no período pré-natal. É importante frisar que o pai/parceiro, inclusive adolescente, tem o direito de (BRASIL, 2018):

- 1) Participar de todas as etapas do pré-natal
- 2) Ter suas dúvidas sobre a gravidez e os cuidados com a criança e sua parceira esclarecidos;
  - 3) Realizar seus exames e testes de rotina como HIV, sífilis, hepatites (Pré-natal do parceiro);
- 4) Na época do parto, ser reconhecido como pai/parceiro e não como visita;
- 5) Ser valorizado como potencial fonte de apoio, cuidado e proteção para a saúde da parceira e da criança em todo processo gestacional e no pós-parto, sobretudo durante a amamentação.

## 4.4 Queixas Comuns Na Adolescência

### 4.4.1 Halitose

A halitose (mau hálito) é um sinal de alerta de que existe alguma condição anormal que deve ser localizada e corrigida. A etiologia é variada, tais como: bucais, otorrinolaringológicas, digestivas, pulmonares, fisiológicas.

#### Cuidados de enfermagem:

- Estimular a correta higiene oral: escovação dos dentes e da língua, uso do fio dental, gargarejos salinos para remover os resíduos das amídalas;
- Orientar alimentação rica em vitaminas e frutas cítricas (aumentam a produção de saliva);
- Evitar alimentos gordurosos e ricos em enxofre (repolho, brócolis, couve-flor, couve, alho, azeite, chocolates, queijos amarelos, leite, frituras, condimentos, enlatados e embutidos)
- Beber no mínimo 1 litro e meio de água por dia e evitar café, chá preto, refrigerantes escuros;
- Evitar dietas emagrecedoras (causam hipoglicemia e redução da salivação);
- Evitar o jejum prolongado. Recomenda-se no café da manhã o uso de frutas e queijo branco;
- Contraindicar o fumo, bebidas alcoólicas, álcool e outras drogas;
- Encaminhar à avaliação odontológica para investigação de cáries, gengivites, entre outros.

### 4.4.2 Dismenorréia

Dismenorréia ou menstruação dolorosa corresponde a uma síndrome caracterizada habitualmente por dor em cólica no abdômen inferior associada ao fluxo menstrual. É provavelmente a causa mais comum de queixas álgicas das adolescentes.

#### Conduta de enfermagem:

- Recomendar repouso, bolsa de água quente no baixo ventre e estímulo aos esportes;
- Orientar à adolescente sobre a natureza do problema e principalmente a abordar dos aspectos emocionais envolvidos na situação;
- Se os aspectos emocionais tiverem uma gravidade maior, levar o caso para a discussão com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF);

- Dieta balanceada com diminuição da ingestão de cafeína e chocolate;
- Anti-inflamatórios não esteroidais (AINES):

#### **Quadro 12. Anti-inflamatórios não esteroidais no controle da dismenorrea**

| <b>Anti-inflamatórios recomendados</b> | <b>Modo de uso</b>                                     |
|--|--|
| Ibuprofeno 600 mg                      | 1 via oral (VO) até de 8/8horas, de três a cinco dias. |

Fonte: BRASIL, 2017.

- O uso de Contraceptivos orais (já mencionados anteriormente) podem melhorar a dismenorrea que não cede com anti-inflamatórios não esteroides (AINES);
- Se a adolescente não responde satisfatoriamente aos AINES e aos contraceptivos orais, deve-encaminhar para avaliação médica.

#### **4.4.3 Dor ovulatória**

A dor ovulatória é caracterizada pela dor na época da ovulação, às vezes com cólica intensa, com duração de até 72 horas, podendo ser acompanhada de secreção clara e eventualmente sanguínea.

##### Conduta de enfermagem:

- Orientação à adolescente sobre a natureza do problema e também a abordagem de aspectos emocionais que possam estar envolvidos;
- Para o alívio da dor os AINES são eficazes na maioria dos casos. (Vide conduta de analgesia da dismenorréia).

#### **4.4.4 Assimetria ou outras patologias mamárias**

Quaisquer alterações na inspeção e palpação mamária durante o exame físico devem ser acompanhadas. É comum a assimetria de mamas mais evidenciada no início do período puberal, podendo desaparecer após desenvolvimento completo mamário. O surgimento de cistos ou nódulos deve ser acompanhado.

Conduta de enfermagem:

- A adolescente deve ser acompanhada até o completo desenvolvimento mamário, que se dará ao redor dos 18 anos de idade, quando estiver no estágio V de Tanner;
- Devido aos problemas psicológicos que podem ocorrer até o completo desenvolvimento, sugere-se o uso de prótese no sutiã, para que haja equilíbrio estético e apoio emocional para adolescente;
- Na identificação de problemas psicológicos referenciar para acompanhamento psicológico e acionamento do NASF;
- Explicar para a adolescente e para os familiares o desenvolvimento mamário normal; ● Referenciar para avaliação médica em patologias mamárias.

**4.4.5 Acne**

É uma doença inflamatória crônica da unidade pilossebácea, multifatorial, com grande polimorfismo lesional, caracterizada por comedões, pápulas e pústulas.

Conduta de enfermagem:

- Orientar que não há evidências de que a dieta tenha influência na acne, portanto, restrições alimentares não são indicadas;
- Alimentação saudável e hidratação são benéficos;
- Evitar Fricção e pressão sobre as lesões;
- Evitar exposição solar intensa;
- Evitar uso excessivo de sabonetes pode ter ação comedogênica;
- Casos mais severos encaminhar para avaliação médica para tratamento medicamentoso; ● Encaminhar para atendimento psicológico se houver afetado área de autoestima.

**4.4.6 Escoliose**

Na adolescência, é mais frequente em mulheres .A avaliação faz-se pelo exame físico do dorso com o paciente em posição ereta e com encurvamento dos quadris.

Conduta de enfermagem:

- Avaliação junto aos profissionais fisioterapeutas dos NASF, se necessário, referenciar a avaliação médica;

#### 4.4.7 Cifose

É o arredondamento excessivo da coluna torácica, provocado, mais frequentemente, por problemas posturais. A avaliação faz-se pelo exame físico, que se segue a uma história de dificuldades posturais e dor. Deve-se verificar a curvatura torácica, os ombros arredondados, as escápulas em asa, a lordose lombar excessiva e o deslocamento para frente da cabeça e do pescoço.

##### Conduta de enfermagem:

- Rever a postura na posição sentada e ereta;
- Orientar correção de postura;
- Avaliação com os profissionais fisioterapeutas dos NASF, se necessário, referenciar a avaliação médica.

#### 4.4.8 Anemias por deficiência de ferro

O rápido crescimento e as perdas sanguíneas mensais, por meio das menstruações, são parcialmente responsáveis pelo maior risco de anemia ferropriva nesta faixa etária. Outras causas são: dieta inadequada; absorção deficiente de ferro na acloridria, doença celíaca; perda sanguínea nas infecções parasitárias e de trato gastrointestinal e na gestação.

Os sinais e são: fadiga, irritabilidade, palpitação, cefaléia; desempenho escolar reduzido; perversão do apetite (pica - ingestão de telha, tijolos etc.); atrofia de papilas linguais e estomatite angular; retardo do crescimento.

**Quadro 13. Alterações na hemoglobina na anemia ferropriva**

| Faixa Etária    | Hemoglobina normal | Anemia Leve | Anemia Moderada | Anemia Grave |
|-----------------|--------------------|-------------|-----------------|--------------|
| 5 aos 11 anos   | 11,5               | 10,5 - 11,0 | 8,0-10,4        | < 8          |
| Mais de 12 anos | 12                 | 10,5 – 11,0 | 8,0-10,4        | < 8          |

Fonte: Adaptado de SBP, 2007.

##### Conduta de enfermagem:

- Encaminhar para avaliação médica casos de anemia moderada e grave;
- Investigar etiologia (causa) da anemia - se há perda sanguínea, investigar sangue oculto nas fezes, urina ou metrorragias;
- Orientar alimentação saudável com alimentos ricos em ferro;
- Suplementação de ferro: Para adolescentes e adultos, a dose preconizada é de no máximo 200 mg de ferro elementar por dia (para crianças é de 5 mg/kg/dia); □

Tratamento com suplementação de ferro para anemias leves.

#### Quadro 14. Suplementação de Ferro

| Suplementação de Ferro             | Modo de uso  |
|------------------------------------|--|
| Sulfato Ferroso<br>40mg comprimido | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 comprimidos (200 mg) 1h antes da refeição ou 2h após, preferencialmente com sucos ácidos ricos em vitamina C (laranja, limão, etc)</li> <li>- Deve ser ingerido de preferência com o estômago vazio, pois quando sua ingestão ocorre logo após as refeições, a absorção diminui em 40%-50%</li> <li>- Deve-se iniciar o tratamento com pequenas doses, a fim de amenizar os efeitos colaterais (náuseas, vômitos, cólicas intestinais e diarreia ou constipação).</li> <li>- Reavaliar em 30 dias.</li> </ul> |

Fonte: BRASIL, 2017.

#### 4.4.9 Infecções de trato urinário (ITU)

A ITU pode ser classificada em baixa ou alta. A primeira apresenta sinais e sintomas referentes ao acometimento de uretra e bexiga e a segunda inclui manifestações de infecção no ureter, na pelve e no parênquima renal.

A ITU nessa faixa etária, sobretudo em adolescentes do sexo feminino, está diretamente associada à atividade sexual. Por isso, é importante aproveitar a oportunidade para orientar sobre o uso de preservativo e outros métodos contraceptivos.

##### Conduta de enfermagem:

- Avaliar se fimose ou outra alteração anatômica;
- Orientar hidratação;
- Orientar higiene íntima;
- Esvaziar a bexiga frequentemente e urinar após relação sexual;

- Orientar uso de preservativo;
- Solicitação de exame de urina comum, se recorrente solicitar urocultura; □ Encaminhar para avaliação médica, se ITU.

#### 4.4.10 Fimose

É o excesso de pele que recobre o pênis dificultando que a glândula (cabeça do pênis) seja exposta. Esta condição é comum nos bebês meninos e tende a desaparecer com o passar do tempo, mas se na adolescência o problema persistir pode ser necessária uma intervenção cirúrgica simples para remoção da pele.

A fimose pode ser classificada em dois tipos:

- **Fimose fisiológica:** é a condição mais comum, que está presente desde o nascimento.
- **Fimose secundária:** pode surgir em qualquer fase da vida e ocorre após um quadro de infecção ou traumatismo local, por exemplo.

#### Conduta de enfermagem:

- Orientar exercício para retração da pele do prepúcio sem forçar demais ou causar dor;
- Encaminhar para avaliação médica para possibilidade cirúrgica ou tratamento medicamentoso.

#### 4.4.11 Alterações oculares

Os problemas visuais respondem por grande parcela de evasão e repetência escolar. Sintomas: lacrimejamento; hiperemia conjuntival; secreção, supuração no olho; crostas nos cílios; leitura com os olhos semicerrados; inclinação da cabeça; visão embaçada; aumento da sensibilidade à luz; dores de cabeça; visão dupla; desvio ocular; alterações pupilares.

#### Conduta de enfermagem

- Realizar técnica de medida da acuidade visual por Tabela de Snellen;
- Retestar adolescentes que não atingirem 0,7 [Tabela de Snellen]. É comum ocorrer erros na primeira medida;

- Encaminhar para avaliação médica: acuidade visual inferior a 0,7 em qualquer olho, traumas oculares, estrabismo e outros sintomas oculares cuja solução não seja possível pela ESF.

### **Instituições de atendimento ao adolescente no município de Sinop**

Segue alguns órgãos de acolhimento, assistência e acompanhamento de crianças e adolescentes em Sinop a fim de parcerias e fortalecimento da rede de apoio:

CAOPA - Centro de Acolhimento, Orientação e Proteção ao Adolescente – (66) 99651-5437

Instituto Criança – apoio pedagógico para crianças em escolas municipais – (66) 3520-7561

Conselho Tutelar Municipal – 66 3531-4722

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social – assistência social para usuário e família com risco de vulnerabilidade social (divididos por áreas de abrangência).

CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social - acompanhamento em vítimas de violação de direitos. – (66) 3531-4777

CER – Centro Especializado de Reabilitação - atendimento multiprofissional (terapeuta ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia) – (66) 3520-7241

CEM – Centro de Especialidades Médicas – consulta de especialidades via regulação municipal – (66) 3520-7264

#### Organizações não governamentais:

Associação Comunitária de Orientação e Aprendizagem ao Adolescente de Sinop / Projeto

Luz do Amanhã- 12 a 17 anos, adolescentes em situação de vulnerabilidade – sob gestão da Polícia Militar – (66) 99912-7354

Projeto Social Bombeiros do Futuro – sob gestão do Corpo de Bombeiros de Sinop-MT.

Associação dos Deficientes Visuais e Amigos de Sinop/Projeto Leitura e Escrita, um momento significativo de aprendizagem escolar – (66) 30151764

Associação de Amigos dos Autistas de Sinop – acolhimento e orientações jurídicas sobre direitos da pessoa com transtorno do espectro autista – (66) 30151764

## Referências

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, Lei Federal 8.069/90, de 13 de julho de 1990, dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, Brasília, Ministério da Justiça, 1995.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 234 p. : il.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde e Desenvolvimento de Juventude Brasileira**. Brasília, DF; 2000

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. ABEN. **Adolescer compreender, atuar, acolher – Projeto Acolher** – Brasília. ABEN, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos\\_sexuais\\_reprodutivos\\_metodos\\_anticoncepcionais.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf)> Acesso em: 08 jul. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. Brasília, 2011b. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos\\_juridicos\\_atendimento\\_vitimas\\_violencia\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf)>. Acesso em: 15 jul. de 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Protocolo para utilização do Levonorgestrel**. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações

**Programáticas Estratégicas. Cuidando de Adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando\\_adolescentes\\_saude\\_sexual\\_reproduti va.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando_adolescentes_saude_sexual_reproduti va.pdf)> Acesso em: 12 jul. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde - Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) – **Curso Prevenção ao Suicídio** – Ministério da Saúde /Universidade Federal de Santa Catarina –Disponível em < <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46264> > Acesso em: 8 jul. 2021.

GOIÁS, COREN – GO. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. 3ed. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2017.

SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. Diretrizes. **ANEMIA CARENCIAL FERROPRIVA** DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE NUTROLOGIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (Triênio 2004/2006), 2007. Disponível em <[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/img/documentos/doc\\_anemia\\_carencial\\_ferr opriva.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/documentos/doc_anemia_carencial_ferr opriva.pdf)>. Acesso em: 13 de mai. 2023.

SINOP. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Estratégia de saúde da família. **Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde do Município de Sinop**. 1º ed. Sinop, MT. 2015.

## 5. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM

---

A Andrologia constitui uma especialidade dedicada ao cuidado e estudo da saúde da população masculina. Contudo, atualmente no Brasil, a abordagem em andrologia nos serviços de saúde configura-se um dos principais desafios para a saúde pública, em parte por ser, comumente, confundida com a Urologia e ser objeto de uma política relativamente recente e, por outro ponto, pelo imaginário de masculinidade hegemônica ainda presente na cultura brasileira, o que culmina por distanciar os homens dos serviços de saúde (MATOS, 2014; ARRUDA et al., 2017).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (BRASIL, 2009), tendo como diretriz central a integralidade da atenção à saúde da população masculina adulta – 20 a 59 anos, por meio do enfrentamento dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às intervenções e aos serviços de atenção à saúde.

Aproximadamente 75% das enfermidades masculinas estão concentradas em 5 grandes áreas de especialização: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia. Por isso, a avaliação de enfermagem na saúde do homem deve considerar sinais de alerta dos agravos dentro destas áreas de especialização. Ainda há que se considerar a vulnerabilidade masculina à violência e aos acidentes de trânsito, que estão em primeiro lugar nas causas externas de morte.

O homem é mais vulnerável à violência, seja como autor, seja como vítima. Os homens adolescentes e jovens são os que mais sofrem lesões e traumas devidos à agressão, e as agressões sofridas são mais graves e demandam maior tempo de internação, em relação às sofridas pelas mulheres.

Com relação ao consumo de bebidas alcoólicas, os homens iniciam precocemente o consumo e tendem a beber mais e a ter mais prejuízos em relação à saúde do que as mulheres. Quanto ao tabaco, os homens usam cigarros também com maior frequência que as mulheres, o que acarreta maior vulnerabilidade às doenças cardiovasculares, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças bucais e outros.

## 5.1 Consulta de Enfermagem

A consulta de enfermagem deve compreender:

1. Anamnese / Histórico;

### **Importante**

Na realização da consulta de enfermagem, fatores como o uso de drogas (incluindo o álcool), sinais de violência, vulnerabilidades na vida sexual, sinais de infecções sexualmente transmissíveis (IST's), queixas urinárias, cartão vacinal, valores pressóricos, sinais de diabetes mellitus e estilo de vida devem ser levados em consideração.

2. Exame Físico;

- Avaliar pele e mucosas (atentar para sinais de violência);

Todo homem com mais de 40 anos de idade tem direito a realizar gratuitamente na rede do SUS exames para diagnóstico de câncer da próstata e deve ser encaminhado ao médico para realização do exame clínico retal (toque retal) caso haja necessidade. **Fonte:** Política

Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, 2009.

1. Avaliação / Diagnósticos de Enfermagem;
2. Prescrição de Enfermagem / Orientações;
3. Solicitação de exame de rotina:

### **Quadro 1. Exames de rotina na Saúde do Homem**

| EXAMES DE ROTINA   |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hemograma</li> <li>● Glicemia</li> <li>● Lipidograma</li> <li>● TGO e TGP</li> <li>● EAS e Urocultura</li> <li>● IST's</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Creatinina</li> <li>● Ácido Úrico</li> <li>● Antígeno prostático (PSA)*</li> <li>● SHBG**</li> <li>● Albumina**</li> <li>● Testosterona</li> </ul> |

Fonte: Baseado no Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde de Goiás, 2014. Legenda:

\* Solicitar acima dos 40 anos\*\* Critério: Ter sintomatologia

## 5.2 Sintomas Prostáticos

Na presença de sintomas prostáticos, aplicar a Escala Internacional de Avaliação dos Sintomas Prostáticos e adotar conduta conforme pontuação abaixo:

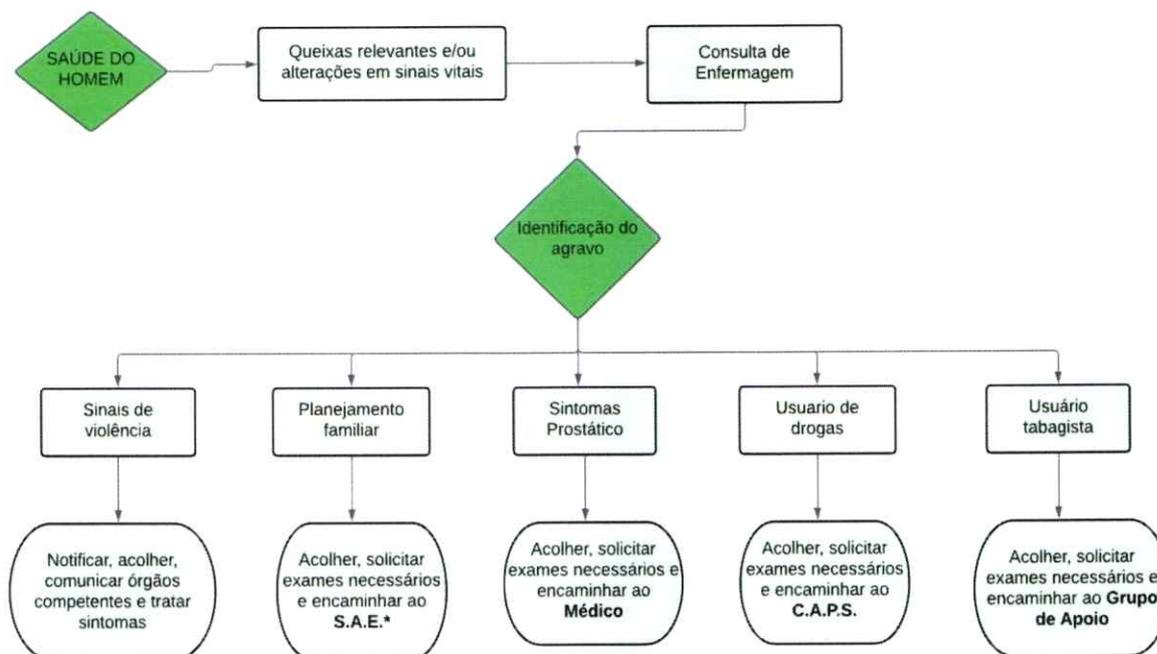
- 7 pontos: Solicitar exames de rotina e agendar consulta médica em até 7 dias;
- 8-19 pontos: sintomas moderados, necessita consulta médica imediata; ● 20-35 pontos: sintomas severos, necessita consulta médica imediata.

**Quadro 2. Escala Internacional de Avaliação dos Sintomas Prostáticos**

| No último mês, quantas vezes você...  | Nenhuma vez | Menos de uma vez em cada cinco | Menos que a metade das vezes | Cerca de metade das vezes | Mais que a metade das vezes | Quase sempre |
|---|-------------|--------------------------------|------------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------|
| 1. Ficou com a sensação de não esvaziar completamente a bexiga após urinar? | 0           | 1                              | 2                            | 3                         | 4                           | 5            |
| 2. Teve que urinar novamente antes de 2hs depois de urinar?                 | 0           | 1                              | 2                            | 3                         | 4                           | 5            |
| 3. Teve o jato urinário interrompido várias vezes enquanto urinava?         | 0           | 1                              | 2                            | 3                         | 4                           | 5            |
| 4. Teve dificuldade em controlar e evitar o desejo de urinar?               | 0           | 1                              | 2                            | 3                         | 4                           | 5            |
| 5. Teve que fazer força para iniciar o ato de urinar?                       | 0           | 1                              | 2                            | 3                         | 4                           | 5            |
| 6. Observou que o jato urinário estava fraco?                               | 0           | 1                              | 2                            | 3                         | 4                           | 5            |
| 7. Na média, teve que levantar da cama para urinar a noite?                 | 0           | 1                              | 2                            | 3                         | 4                           | 5            |

Fonte: Manual de Nefrologia e Urologia, Campinas, 2010.

### Fluxograma 1: Atendimento à Saúde do Homem



Fonte: Adaptado de Brasil, 2009.

\*Vide fluxograma do Protocolo de PLANEJAMENTO FAMILIAR.

### Referências

ARRUDA, G. O. de; MATHIAS, T. A. de F.; MARCON, S. S. Prevalence and factors associated with the use of public health services for adult men. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 279-290, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações. Programáticas Estratégicas - **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Campinas. **Manual de Urologia e Nefrologia**. Campinas, SP. 2010. Disponível em: <<https://www.campinas.sp.gov.br/sa/impessos/adm/FO874.pdf>>.

GOIÁS, COREN – GO. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. 3ed. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2017.

MATOS, M. A. Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde do Homem. In: ROSSO, C.F.W. et al. (Org.). **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária a Saúde no Estado de Goiás**. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014.

SINOP. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Estratégia de saúde da família. **Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde do Município de Sinop**. 1º ed. Sinop, MT. 2015.

## 6. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

---

Este protocolo foi elaborado com a finalidade de facilitar a condução da assistência ginecológica à mulher e/ou família pelo enfermeiro.

### 6.1 Consulta de Enfermagem

A consulta de enfermagem deve compreender:

1. Anamnese / Histórico;
2. Exame Físico;
3. Avaliação / Diagnósticos de Enfermagem;
4. Prescrição de Enfermagem / Orientações;
5. Solicitação de exame de rotina:

#### Quadro 1. Exames de rotina na Saúde da Mulher

| EXAMES           |                                 |
|------------------|---------------------------------|
| Hemograma        | TGO e TGP                       |
| EAS e Urocultura | EPF                             |
| TSH              | Abo Rh                          |
| Glicemia         | Citopatológico de colo de útero |
| TTG*             | Mamografia**                    |
| Perfil Lipídico  | IST's                           |

Fonte: Baseado no Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde de Goiás, 2017

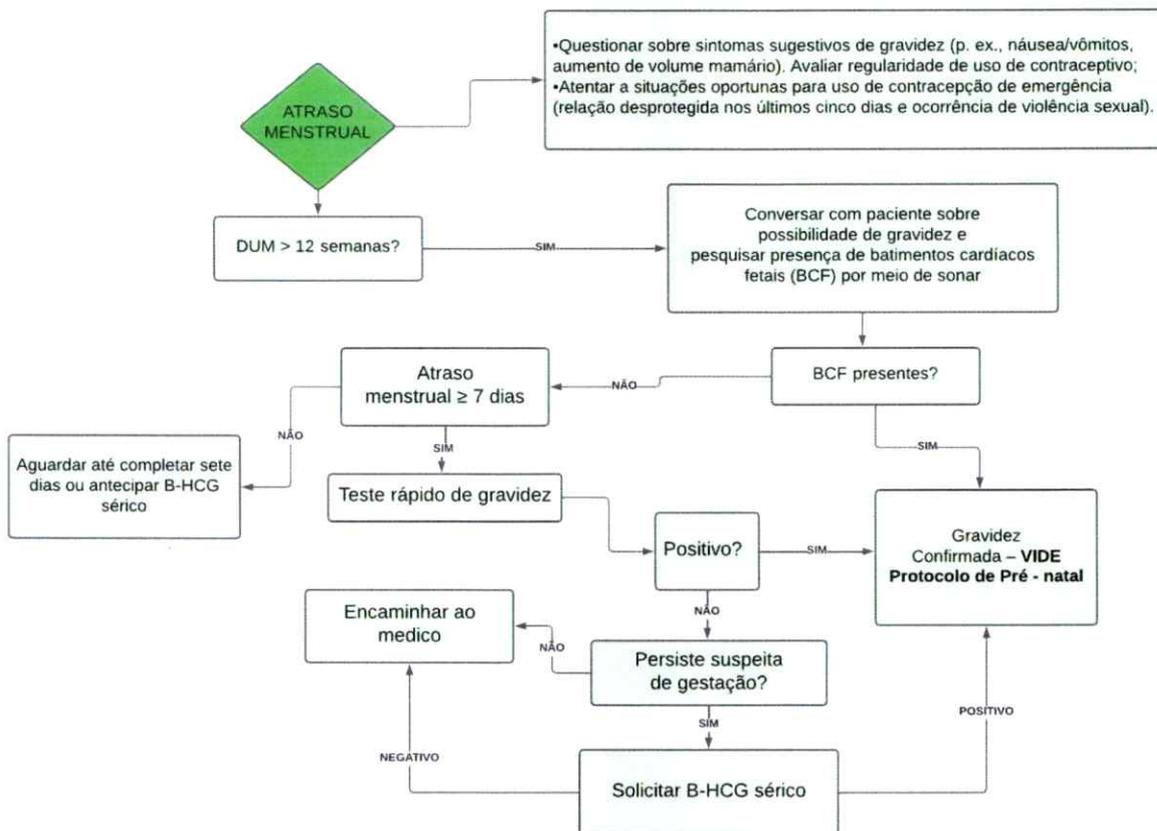
\*Conforme critério de protocolo de enfermagem em diabetes

\*\* Seguir critérios de idade e indicação clínica (Fluxograma 2)

## 6.2 Queixas Comuns Em Saúde Da Mulher

### 6.2.1 Atraso menstrual

Fluxograma 1. Atraso menstrual

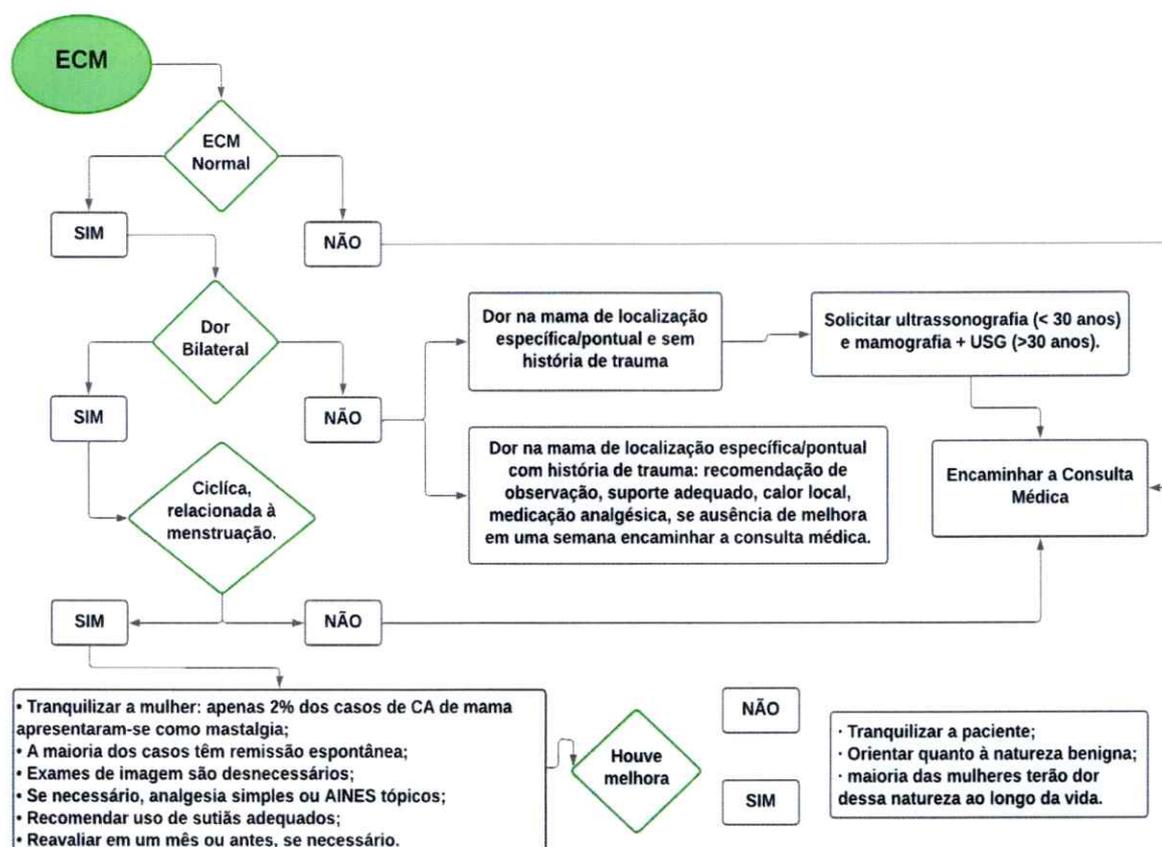


Fonte: BRASIL, 2016;

### 6.2.2 Mastalgia

Observar se dor é unilateral ou bilateral, relação com a menstruação, tempo de dor, progressão, mudanças no aspecto da mama, nódulos, linfonodomegalia axilar ou supraclavicular, idade, história de amamentação corrente ou passada, uso de medicação, história de trauma, febre, história ginecológica.

## Fluxograma 2. Exame Completo das Mamas (ECM)



Fonte: BRASIL, 2016.

### 6.2.3 Dismenorreia

Cólica menstrual (em alguns casos intensa, com repercussão gastrointestinal).

#### Quadro 2. Tratamento para Dismenorreia

| Medicamento   | Modo de usar   |
|---|--|
| Ibuprofeno 600 mg   | Administração VO de 8/8 horas, podendo ser iniciados 2 a 3 dias antes do período menstrual e mantidos durante a menstruação (evitar uso superior a 7 dias) |
| Escopolamina 10 mg<br>OU<br>Dipirona 500 mg<br>OU<br>Paracetamol 500 mg | Tomar 01 comprimido de 6/6 horas se dor.   |

Fonte: BRASIL, 2016.

#### Cuidados de enfermagem:

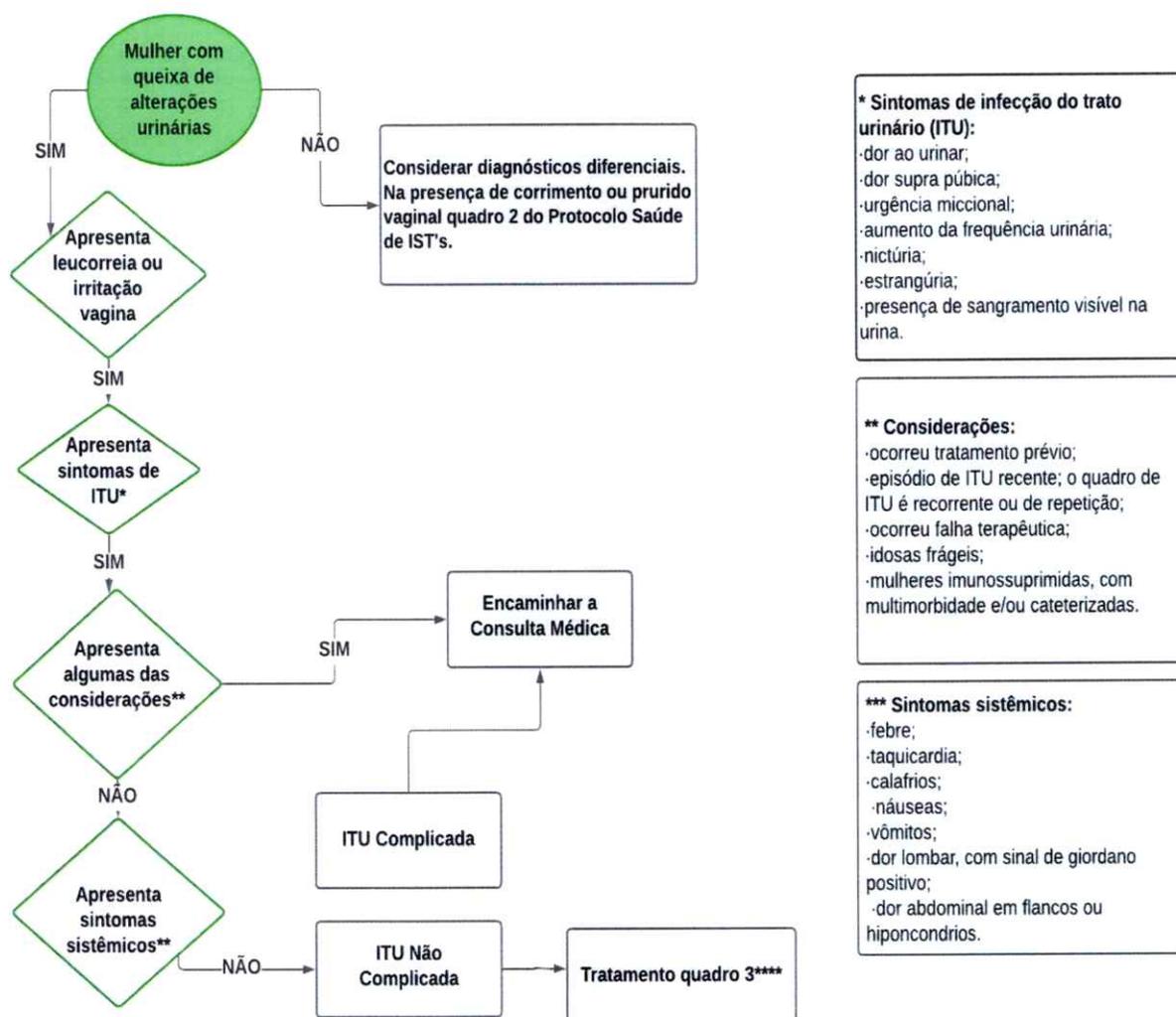
- Orientar a prática de exercícios aeróbicos moderados pois provocam liberação de endorfinas (sensação de bem estar, autoconfiança, redução do estresse, aumento da resistência à dor). O exercício pode suprimir a liberação de prostaglandinas, levando a cólicas de menos intensas, relaxamento da musculatura pélvica e diminuição da fadiga;
- Orientar aplicação de calor local durante 8h a 12h (monoterapia) ou de maneira intermitente, por 20 minutos;
- Orientar quanto a dieta: alimentos gordurosos que retardam o trânsito intestinal e alimentos que provocam fermentação devem ser evitados, especialmente nos períodos pré-menstruais, a dieta deve ser rica em frutas e em vegetais com fibras para assegurar trânsito intestinal adequado. A ingestão de diversas vitaminas ou minerais (magnésio, zinco, vitamina B1, B12) pode reduzir a dismenorreia;
- Orientar quanto hidratação: a ingestão de quantidades insuficientes de água pode causar ressecamento do bolo fecal e obstipação que contribui em agravar a dismenorréia.

#### **6.2.4 Queixas urinárias - Dor e aumento da frequência**

As mulheres apresentam maior risco de desenvolverem infecções urinárias pelo facto de possuírem uma uretra mais curta e próxima da vagina e do ânus.

Geralmente, a infecção urinária feminina (na mulher) ocorre por contaminação de microorganismos da região vaginal ou peri-anal e associa-se com frequência a condições que alterem o pH da vagina como, por exemplo, a menstruação, utilização de produtos de limpeza vaginais, infecções fúngicas vaginais (candidíase) ou mesmo o envelhecimento (diminui a eficácia dos mecanismos protetores contra as infecções urinárias).

### Fluxograma 3. Tratamento de Queixas Urinárias



Fonte BRASIL, 2016.

#### Cuidados de enfermagem:

- Mudanças comportamentais e de higiene pessoal: adequar ingestão hídrica, micção pós-coito, enxugar de frente para trás após defecar, evitar ducha vaginal e uso de roupa íntima oclusiva;
- Profilaxia antimicrobiana.

#### Quadro 3. Tratamento da ITU não complicada

| Medicamento                                  | Modo de usar                      |
|--|-----------------------------------|
| Sulfametoxazol + Trimetropina (400mg + 80mg) | 02 cp de 12/12h por 3 dias        |
| Nitrofurantoína (100 mg)                     | 01 cápsula de 6/6h por 5 a 7 dias |

Fonte: BRASIL, 2016.

Como em muitos outros processos infecciosos, dúvidas ainda persistem quanto ao período ótimo necessário de administração do tratamento visando atingir a cura bacteriológica e a melhora clínica referida pela paciente. Estudos com antibióticos betalactâmicos e sulfonamidas administrados em regime terapêutico, tanto em dose única quanto em três doses, a mulheres com ITU não-complicada, demonstraram resposta favorável de cura (FEBRASGO; 2021).

### **6.3 Prevenção De Câncer De Colo Do Útero**

No Brasil, o câncer de colo do útero, também chamado de câncer cervical, é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Com exceção do câncer de pele, esse tumor é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente.

#### **6.3.1 Exame Citopatológico do colo do útero**

Orientações para coleta:

- Antes de realizar o exame especular, orientar a usuária sobre o procedimento, buscando esclarecer suas dúvidas e reduzir a ansiedade e medo.
- Preencher a requisição de exame citopatológico do colo do útero (ficha).
- Realização de coleta de material citológico seguindo as normas técnicas de coleta, conforme padronizado pelo Inca e disposto no Caderno de Atenção Básica nº 13.
- Idealmente, a coleta da amostra deve ser pelo menos cinco dias após o término da menstruação. No entanto, caso seja esta a única oportunidade e a mulher esteja menstruada, podem-se adicionar gotas de ácido acético a 2% à solução fixadora, buscando melhorar a qualidade da amostra.
- Informar sobre a possibilidade de discreto sangramento após a coleta, com cessação espontânea.
- Orientação sobre a importância de buscar o resultado do exame.
- Agendamento do retorno para o resultado.
- Na presença de secreção vaginal anormal, friabilidade do colo, efetuar coleta para análise laboratorial e tratar de acordo com abordagem sindrômica
- Seguir a rotina de rastreamento citológico, independentemente desta abordagem.
- Prescrição de tratamento para outras doenças detectadas, como IST, caso presentes, na oportunidade de rastreamento (ver Protocolo de Enfermagem na Atenção as IST's).

- Na presença de lesões suspeitas (vegetantes ou ulceradas no colo do útero) e em mulheres com queixa de sangramento vaginal fora do período menstrual e/ou desencadeada pela relação sexual, deve-se encaminhar para avaliação especializada. A citologia, nesses casos, devido à necrose tecidual, pode não identificar a presença de células neoplásicas.

#### Quadro 4. Recomendações da coleta do exame citopatológico

| SITUAÇÃO                         | O QUE FAZER   |
|----------------------------------|---|
| Sem história de atividade sexual | Não há indicação para rastreamento do câncer de colo do útero e seus precursores nesse grupo de mulheres.   |
| Gestantes                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.</li> <li>• Há recomendações conflitantes quanto à coleta de material endocervical em grávidas. Apesar de não haver evidências de que a coleta de espécime endocervical aumente o risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada, outras fontes recomendam evitá-la devido ao risco em potencial.</li> <li>• Recomenda-se análise caso a caso, pesando riscos e benefícios da ação. Gestantes aderentes ao programa de rastreamento com últimos exames normais podem ser acompanhadas de forma segura sem a coleta endocervical durante a gravidez. Por outro lado, para mulheres com vínculo frágil ao serviço e/ou não aderentes ao programa de rastreamento, o momento da gestação se mostra como valiosa oportunidade para a coleta do exame, devendo, portanto, ser completa.</li> </ul> |
| Climatério e pós-menopausa       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres.</li> <li>• Na eventualidade de o laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente de atrofia, realizar estrogenerização, conforme o Quadro 6.</li> </ul>  |
| Histerectomizadas                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em caso de histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero), deve seguir rotina de rastreamento.</li> <li>• Em caso de histerectomia total: não se faz mais rastreamento, pois a possibilidade de encontrar lesão é desprezível. Exceção: se a histerectomia foi realizada como tratamento de câncer de colo do útero ou lesão precursora (ou foram diagnosticados na peça cirúrgica), seguir o protocolo de controle de acordo com o caso (lesão precursora – controles cito/colposcópicos semestrais até dois exames consecutivos normais; câncer invasor – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio</li> </ul>  |
|                                  | <p>anual.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Na requisição do exame, informar sempre a lesão tratada;</li> </ul>  |

|                  |  |
|------------------|--|
| Imunossuprimidas | <p>É parte deste grupo: mulheres infectadas pelo vírus HIV, imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e em uso crônico de corticosteroides.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual, com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão.</li> <li>• Em mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup>, deve ter priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, deve ter o rastreamento citológico a cada seis meses. Considerando a maior frequência de lesões multicêntricas, é recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina</li> </ul> |
|------------------|--|

Fonte: BRASIL, 2016.

### Quadro5. Recomendações diante dos problemas durante a coleta de citopatológico

| PROBLEMA                                 | O QUE FAZER  |
|--|--|
| Ressecamento colpíte vaginal ou atrófica | <ul style="list-style-type: none"> <li>• A atrofia genital pode levar a resultados falso-positivos, devendo o exame na mulher menopáusicas estar bem indicado para evitar ansiedade e intervenções desnecessárias.</li> <li>• Estes achados são comuns no período do climatério, só demandando tratamento se houver queixas como secura vaginal ou dispareunia, dificuldades na coleta do exame ou prejuízo da amostra pela atrofia</li> <li>• <b>O tratamento da colpíte atrófica deve ser realizado por profissional médico;</b></li> </ul>  |
| Vaginismo                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comumente associada a fatores psicossociais, afetivos, que podem ser decorrentes de questões culturais, religiosas ou mesmo secundários a vivências sexuais traumáticas. Entre as causas físicas, podem estar: anormalidades do hímen, anormalidades congênitas, atrofia vaginal, endometriose, infecções, lesões na vagina, tumores, doenças sexualmente transmissíveis, congestão pélvica.</li> <li>• Pode impedir a realização do exame, pela limitação à introdução do espéculo. Caso isso aconteça, recomenda-se evitar o exame naquele momento para não provocar desconforto ou mesmo lesões à mulher. Deve-se apoiá-la, buscar tranquilizá-la e tentar reagendar a avaliação. Deve-se, ainda, investigar a etiologia.</li> <li>• Considerar encaminhamento para avaliação médica.</li> </ul> |
| Ectopia                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• No período de atividade menstrual, fase reprodutiva da mulher, geralmente, gravidez, uso de contraceptivos hormonais, a JEC situa-se no nível do orifício externo ou para fora deste, caracterizando ectopia ou eversão</li> </ul> <p>Outras ectopias devem ser investigadas para IST's.</p>  |
| Cisto de Naboth                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• É decorrente da obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais subjacentes, não demandando intervenções.</li> </ul>  |
| Pólipos cervicais                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• São projeções da mucosa do canal do colo uterino, podendo levar a sangramento vaginal fora do período menstrual e principalmente após relação sexual.</li> <li>• São benignos na maioria dos casos.</li> <li>• Encaminhar ao médico.</li> </ul>   |

Fonte: BRASIL, 2016.

**Quadro 6. Recomendação diante de resultados de exames citopatológicos normais**

| RESULTADO   | O QUE FAZER  |
|---|--|
| Dentro dos limites da normalidade no material examinado   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir a rotina de rastreamento citológico.</li> </ul>  |
| Metaplasia escamosa imatura   |  |
| Reparação   |  |
| Inflamação sem identificação do agente (alterações celulares benignas reativas ou reparativas)  | Seguir a rotina de rastreamento citológico. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar apenas em caso de queixa clínica de corrimento vaginal, segundo Protocolo de IST's</li> </ul>  |
| Achados microbiológicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lactobacillus sp.</li> <li>• Cocos</li> <li>• Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/ Mobiluncus)</li> <li>• Candida sp</li> </ul>   |  |
| Atrofia com inflamação  | Seguir a rotina de rastreamento citológico. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Na eventualidade de o laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente da atrofia, a estrogenização deve ser feita por meio da via vaginal, conforme esquema sugerido no Quadro 7.</li> </ul>   |
| Indicando radiação  | Seguir a rotina de rastreamento citológico <ul style="list-style-type: none"> <li>• O tratamento radioterápico prévio deve ser mencionado na requisição do exame.</li> </ul>   |
| Achados microbiológicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chlamydia sp.</li> <li>• Efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes</li> <li>• Trichomonas vaginalis</li> <li>• Actinomyces sp</li> </ul> | A colpocitologia oncótica não é método com acurácia diagnóstica suficiente para o diagnóstico de infecções microbianas, inclusive por ISTs. Entretanto pode apresentar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chlamydia, Gonococo e Trichomonas: mesmo que sintomatologia ausente, seguir esquema de tratamento conforme protocolo de IST's.</li> <li>• Actinomyces: bactéria encontrada no trato genital de um percentual (10% a 20%) de mulheres usuárias de DIU; A conduta é expectante: não se trata, não se retira o DIU.</li> <li>• Herpes vírus: recomenda-se o tratamento em caso de presença de lesões ativas de herpes genital, conforme protocolo de IST's;</li> </ul> |
| Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após a menopausa  | Seguir a rotina de rastreamento citológico. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a cavidade endometrial, confirmando se o exame não foi realizado próximo ao período menstrual.</li> </ul> Encaminhar para avaliação médica para possibilidade de exames complementares  |

Fonte: BRASIL, 2016.

**Quadro 7. Recomendação diante de resultados de exames citopatológicos anormais**

| RESULTADO  |                         | O QUE FAZER  |
|--|-------------------------|--|
| Atipias de significado indeterminado   | Em células escamosas.   | Provavelmente não neoplásica.  |
|  |                         | Não se pode afastar lesão de alto grau.  |
|  | Em células glandulares. | Provavelmente não neoplásica.  |
|  |                         | Não se pode afastar lesão de alto grau.  |
|  | De origem indefinida.   |  |
| Lesão intraepitelial de baixo grau   |                         | Repetição da citologia em seis meses:<br>↪ Se dois exames negativos, seguir rotina de rastreamento; ↪ Se lesão igual ou mais grave, encaminhar para colposcopia. |
| Lesão intraepitelial de alto grau  |                         | Encaminhamento para consulta médica (colposcopia)  |
| Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor |                         |  |
| Adenocarcinoma in situ ou invasor  |                         |  |

Fonte: BRASIL, 2016.

#### 6.4 Prevenção Do Câncer De Mama

O câncer de mama é o que mais acomete mulheres em todo o mundo, constituindo a maior causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento. No Brasil, é o segundo tipo mais incidente na população feminina. O rastreamento de câncer de mama é realizado com mamografia a cada dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos, sendo o enfermeiro profissional habilitado a solicitar a mamografia de rastreamento.

O autoexame das mamas, que foi muito estimulado no passado, não provou ser benéfico para a detecção precoce de tumores e por trazer falsa segurança, dúvida e excesso de exames invasivos. Portanto, não deve ser orientado para o reconhecimento de lesões embora possa ser recomendado para que a mulher tenha conhecimento de seu próprio corpo, devendo o profissional de saúde valorizar as queixas e percepções da paciente. O exame clínico das mamas não tem benefício bem estabelecido como rastreamento, devendo ser realizado no caso de queixas mamárias, como parte inicial da investigação.

**Quadro 8 - Mamografia de rastreamento: interpretação, risco de câncer e conduta**

| CATEGORIA BIRADS | INTERPRETAÇÃO                          | RISCO DE CÂNCER                            | RECOMENDAÇÕES DE CONDUTA  |
|------------------|--|--|---|
| 0                | Exame inconclusivo                     | Indeterminado                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação adicional com incidências e manobras.</li> <li>• Correlação com outros métodos de imagem, conforme recomendação do médico radiologista, sendo a ultrassonografia de mamas a mais comum.</li> <li>• Comparação com mamografia feita no ano anterior.</li> <li>• Encaminhar para conduta médica.</li> </ul>                            |
| 1                | Exame negativo                         | 0%   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotina de rastreamento conforme a faixa etária</li> </ul>  |
| 2                | Exame com achado tipicamente benigno   | 0%   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotina de rastreamento conforme a faixa etária, fora de risco.</li> </ul>  |
| 3                | Exame com achado provavelmente benigno | < 2%                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle radiológico por três anos, com repetição do exame a cada seis meses no primeiro ano e anual nos dois anos seguintes.</li> <li>• A paciente pode ser encaminhada à mastologia para acompanhamento compartilhado, mantendo a equipe na coordenação de cuidado, atenta às ações nos outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.</li> </ul> |
| 4                | Exame com achado suspeito              | 2% a 95%, a depender do grau de suspeição. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deverão ser encaminhadas para a unidade de referência secundária para investigação histopatológica.</li> <li>• Confirmado o diagnóstico, deverá ser encaminhada à unidade de referência</li> </ul>   |
| 5                | Exame com achado                       | > 95%                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• A APS deve manter a coordenação de cuidado e garantir acesso aos procedimentos recomendados.</li> </ul>  |
|                  | altamente suspeito                     |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• A APS deve manter a coordenação de cuidado e garantir acesso aos procedimentos recomendados.</li> </ul>  |

|   |  |      |  |
|---|--|------|--|
| 6 | Exame com achados cuja malignidade já está comprovada. | 100% | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapêutica específica em Unidade de Tratamento de Câncer.</li> <li>• A APS deve manter a coordenação de cuidado e garantir acesso aos procedimentos recomendados.</li> </ul> |
|---|--|------|--|

Fonte: BRASIL, 2016.

### 6.5 Atenção Às Mulheres No Climatério

O climatério corresponde à transição da mulher do ciclo reprodutivo para o não reprodutivo, ocorrendo habitualmente entre os 40 e 65 anos.

A menopausa, marco do período climatérico, é a interrupção permanente da menstruação e o diagnóstico é feito de forma retroativa, após 12 meses consecutivos de amenorreia, ocorrendo geralmente entre os 48 e 50 anos de idade. A menopausa pode ocorrer de forma precoce, antes dos 40 anos, a chamada falência ovariana precoce. A confirmação do climatério e da menopausa é eminentemente clínica, sendo desnecessárias dosagens hormonais.

#### Quadro 9. Queixas associadas ao climatério

| QUEIXA                     | SINTOMAS  | CONDUTA   |
|----------------------------|---|---|
| Manifestações menstruais   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento ou diminuição no intervalo entre as menstruações</li> <li>- Menstruação mais abundante e com maior duração</li> </ul>                | Em caso de sangramento aumentado encaminhar ao médico.  |
| Manifestações neurogênicas | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ondas de calor (fogachos)</li> <li>- Sudorese</li> <li>- Calafrios</li> <li>- Palpitações</li> <li>- Cefaléia</li> <li>- Tonturas</li> </ul> | <p><b>ATENÇÃO</b></p> <p>Enfermidades/condições que possam cursar com sudorese noturna, calafrios, perda de peso ou outros sintomas – caso haja suspeita de que as manifestações não sejam do climatério, investigar.</p> <p>Orientações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dormir em ambiente bem ventilado;</li> </ul> |

|                            |  |  |
|----------------------------|--|--|
|                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parestesias</li> <li>- Insônia</li> <li>- Perda da memória</li> <li>- Fadiga</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar roupas em camadas que possam ser facilmente retiradas se perceber a chegada dos sintomas;</li> <li>- Usar tecidos que deixem a pele “respirar”;</li> <li>- Beber um copo de água ou suco quando perceber a chegada deles;</li> <li>- Não fumar e evitar consumo de bebidas alcoólicas/caféina;</li> <li>- Ter um diário para anotar os momentos que o fogacho inicia e, desse modo, tentar identificar situações-gatilho e evitá-las;</li> <li>- Praticar atividade física;</li> <li>- Perder peso, caso haja excesso de peso;</li> <li>- Respirar lenta e profundamente por alguns minutos.</li> </ul>  |
| Manifestações psicogênicas | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Diminuição da autoestima</li> <li>-Labilidade afetiva</li> <li>-Sintomas depressivos (tristeza, desânimo, cansaço, falta de energia, humor depressivo, ansiedade, irritabilidade, insônia)</li> <li>-Anedonia (perda do prazer ou interesse nas atividades diárias)</li> <li>-Déficit de atenção, concentração ou memória</li> <li>- Dificuldades sexuais e/ou diminuição da libido</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estes sintomas variam na frequência e intensidade, de acordo com os grupos etário e étnico, além da interferência dos níveis social, econômico e educacional. Nas culturas em que as mulheres no período do climatério são valorizadas e nas quais elas possuem expectativas positivas em relação ao período após a menopausa, o espectro sintomatológico é bem menos intenso e abrangente.</li> <li>- Queixas associadas a diminuição do desejo sexual, rejeição do parceiro e outras relacionadas à sexualidade são comuns nesse período, não devendo ser entendidas e abordadas apenas como decorrentes das mudanças biológicas (hormonais) no período do climatério; deve-se realizar abordagem ampliada da mulher, sua família e rede social, abordando aspectos biopsicossociais.</li> </ul> <p>Conduta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorizar a presença de situações de estresse e a resposta a elas, como parte da avaliação de rotina;</li> <li>- Estimular a participação em atividades sociais;</li> <li>- Avaliar estados depressivos especialmente em mulheres que tenham apresentado evento cardiovascular recente;</li> <li>- Considerar tratamento para depressão e ansiedade quando necessário.</li> </ul> |
|                            | Insônia  | <p>Orientar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se os suores noturnos/fogachos estiverem interrompendo o sono, observar as orientações indicadas no item anterior.</li> <li>- Se há necessidade de levantar muitas vezes à noite</li> </ul>  |

|                        |  |  |
|------------------------|--|--|
|                        |  | <p>para ir ao banheiro, diminuir a tomada de líquidos antes da hora de dormir e reservar água para o controle dos fogachos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Praticar atividade física, porém nunca antes de três horas do horário de dormir.</li> <li>- Deitar-se e levantar-se sempre nos mesmos horários diariamente, mesmo nos fins de semana, e evitar tirar cochilos, principalmente depois do almoço e ao longo da tarde.</li> <li>- Escolher uma atividade prazerosa diária para a hora de se deitar, como ler livro ou tomar banho morno.</li> <li>- Assegurar que a cama e o quarto de dormir estejam confortáveis.</li> <li>- Não fazer nenhuma refeição pesada antes de se deitar e evitar bebidas à base de cafeína no fim da tarde.</li> <li>- Se permanecer acordada por mais de 15 minutos após apagar as luzes, levantar-se e permanecer fora da cama até perceber que irá adormecer.</li> <li>- Experimentar uma respiração lenta e profunda por alguns minutos</li> </ul> |
| Alterações urogenitais | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mucosa mais delgada, propiciando prolapso genitais, ressecamento e sangramento vaginal</li> <li>-Dispareunia (dor/ardor ao coito)</li> <li>-Sintomas urinários</li> <li>-Sintomas ginecológicos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintomas urinários (disúria, nictúria, polaciúria, urgência miccional, infecções urinárias de repetição) e ginecológicos (dispareunia, corrimento vaginal, prurido vaginal e vulvar) podem estar relacionados à atrofia genital.</li> <li>- Considerar o uso de: lubrificantes vaginais durante a relação sexual, hidratantes vaginais à base de óleos vegetais durante os cuidados corporais diários ou estrogênio tópico vulvovaginal.</li> </ul>   |
| Metabolismo lipídico   | Aumento das frações LDL e TG e redução da HDL.   | É comum ocorrer essas alterações, sendo indicado orientar uma dieta equilibrada e atividade física.  |
| Metabolismo ósseo      | Mudança na estrutura óssea   | <p>Há mudanças no metabolismo ósseo, variáveis de acordo com características genéticas, composição corporal, estilo de vida, hábitos (como tabagismo e sedentarismo) e comorbidades. As mudanças na massa e arquitetura ósseas costumam ser mais evidentes nas regiões da coluna e do colo do fêmur.</p> <p>Conduta:</p> <p>Encaminhar para conduta médica.</p>  |
| Alterações corporais   | - Ganho de peso e modificação no padrão de distribuição de gordura corporal  | Orientar dieta equilibrada e atividade física.   |

|             |  |   |
|-------------|--|---|
|             | - Acúmulo de gordura na região abdominal (padrão andróide)   |   |
| Sexualidade | - Sintomas genitais (dispareunia, ressecamento vaginal, prurido, irritação, ardência e sensação de pressão)<br><br>- Alteração na libido | Esses sintomas podem influenciar a sexualidade da mulher, especialmente na relação sexual com penetração, causando dispareunia.<br>Conduta:<br>- Estimular o autocuidado;<br>- Estimular a aquisição de informações sobre sexualidade;<br>- Avaliar a presença de fatores clínicos ou psíquicos que necessitem de abordagem de especialista focal;<br>- Apoiar iniciativas da mulher na melhoria da qualidade das relações sociais e familiares;<br>- Estimular a prática de sexo seguro;<br>- Orientar o uso de lubrificantes vaginais à base d'água na relação sexual;<br>- Considerar a terapia hormonal local ou sistêmica para alívio dos sintomas associados à atrofia genital. |

Fonte: BRASIL, 2016.

## 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.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Infecção do trato urinário**. São Paulo: FEBRASGO; 2021 (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 49/ Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal).

GOIÁS, COREN – GO. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. 3ed. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2017.

Guia de prática clínica: **sinais e sintomas do aparelho genital feminino: dismenorreia**/ Conselho Federal de Farmácia. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2017. 218 p. : il. (Guias de prática clínica para farmacêuticos, 2)

SINOP. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Estratégia de saúde da família. **Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde do Município de Sinop**. 1º ed. Sinop, MT. 2015.

## 7. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO PLANEJAMENTO FAMILIAR

---

A saúde sexual compreende direito de liberdade, responsabilidade, agradabilidade, prazer e segurança, por meio de condutas de respeito mútuo nas relações sexuais. Faz-se importante valorizar a identidade e experiências individuais, independentemente de orientação sexual e identidades de gênero (BRASIL, 2016).

Todos, homens e mulheres adultos, jovens e adolescentes devem ter acesso à informação e escolha a métodos contraceptivos eficientes, seguros e permissíveis, conforme a Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, a qual ainda garante:

- Acesso a informações e a métodos de gerar um ser vivo, em consequência da fecundação humana;
- Controle de doenças sexualmente transmissíveis;
- Prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis;
- Acesso a serviços apropriados de saúde para do pré-natal, do parto e do nascimento.

### 7.1 Aspectos Legais

- Lei nº. 9.263 de 12 de janeiro de 1996 determina, como competência dos profissionais de saúde (incluindo o enfermeiro), prestar assistência em concepção e contracepção, promoção de saúde e prevenção de doenças relacionadas à sexualidade e reprodução;
- Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, oficializa exercício legal da enfermagem;
- Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, “Ao enfermeiro incumbe: [...] c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”;
- Resolução COFEN 311/2007 que aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - Art. 10 – Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade;
- Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS): Os Enfermeiros, Enfermeiros

Obstetras e Obstetrizas devem inserir e remover implantes contraceptivos;

- Ministério da Saúde/ Manual Técnico elaborado pelo Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos contraceptivos, Brasília: Ministério da Saúde – 2009: A colocação do DIU no interior do útero deve ser feita por um profissional de saúde treinado;
- Parecer nº 017/2010/ COFEN/ CTLN I –conclui-se inexistente impedimento legal para que o Enfermeiro realize consulta clínica, prescrição de medicamentos e solicitação de exames complementares e de rotina para atender à ampliação da oferta do DIU às usuárias do Sistema Único de Saúde;
- Parecer nº 278/2017/COFEN: Não existe impedimento legal para que o Enfermeiro realize a consulta de enfermagem no âmbito do planejamento familiar, com indicação, inserção e retirada de DIU, desde que este profissional seja devidamente treinado para execução desta técnica.

## **7.2 Consulta Pré-Concepcional**

### **7.2.1 Anamnese**

De acordo com o Ministério da Saúde a avaliação pré-concepcional é a consulta que a mulher ou o casal faz antes de uma gravidez. Essa anamnese explora questões desde o estilo/hábitos de vida, históricos hereditários familiares, problemas psicossociais e sistema de apoio, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Entre outras questões devem ser levantados:

- Antagonismo do grupo sanguíneo;
- Evolução da gravidez anterior;
- Prematuridade dos filhos anteriores ou peso menor que 2,500 kg;
- Doenças pré-existentes como HIV, Sífilis, Hepatites, Diabetes mellitus ou Hipertensão;
- Doenças do sistema hematológico como distúrbios de coagulação;
- Outras alterações nos sistemas fisiológicos, ginecológicos ou urológicos;
- Abuso de álcool, tabagismo, drogas ou medicações teratogênicas;
- Medicações em uso que podem interferir na concepção ou evolução da gravidez:

- Quimioterápicos - provocam alterações das funções ovarianas e testiculares, menopausa prematura e azoospermia;
  - Lítio - causa ablação da tireóide fetal;
  - Antagonistas dos folato – prednisolona e warfarin- aumentam o risco de malformações do SNC (o uso prolongado dos anticoncepcionais hormonais pode acarretar diminuição da absorção do ácido fólico);
  - Talidomida –efeito teratogênico.
- Contraindicações absolutas para engravidar associadas à alta mortalidade materna (maior que 50% de risco de óbito), dentre elas: Síndrome de Eisenmenger; Hipertensão Pulmonar Primária; Síndrome de Marfan com dilatação acentuada da raiz aórtica; Coarctação da Aorta complicada; Tetralogia de Fallot não corrigida.
  - Idade do Casal, evolução puberal na adolescência, tipo de práticas sexuais;
  - Orientação nutricional visando à promoção do estado nutricional adequado tanto da mãe como do recém-nascido, além da adoção de práticas alimentares saudáveis;
  - Avaliação das condições de trabalho, com orientação sobre os riscos nos casos de exposição a tóxicos ambientais;
  - Orientação para registro sistemático das datas das menstruações e estímulo para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, 2 (dois) anos;
  - Administração preventiva de ácido fólico no período pré-gestacional, para a prevenção de anormalidades congênitas do tubo neural, especialmente nas mulheres com antecedentes desse tipo de malformações;
  - Sugerir a realização de exame de eletroforese de hemoglobina se a gestante for negra e tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar histórico de anemia crônica;
  - É importante, também, a avaliação pré-concepcional dos parceiros sexuais, oferecendo a testagem para sífilis, hepatite B e HIV/Aids;
  - Aspectos específicos de agravos já instalados devem ser acompanhados exclusivamente pelo médico, como por exemplo:
    - ✓ Diabetes mellitus;
    - ✓ Hipertensão arterial sistêmica; ✓ Epilepsia;
    - ✓ Infecção pela hepatite B ou C;
    - ✓ Infecções pelo HIV; ✓ Doença falciforme.

### 7.2.2. Exame Físico Direcionado

- Avaliação de sinais vitais;
- Aferição do Peso (IMC= Peso em gramas/altura em centímetros ao quadrado) e altura;
- Mulheres com baixa estatura (<1.52) apresentam risco aumentado para desproporção céfalo-pelvica;
- Nas mulheres: avaliação de tireoide, mamas e ginecológica; • Nos homens: avaliação genital.

### 7.2.3. Prescrição de Enfermagem

#### 7.2.3.1 Solicitação de Exames laboratoriais

**Quadro 1. Exames laboratoriais para planejamento familiar**

| EXAMES DE ROTINA  |  |
|---|--|
| Homem   | Mulher   |
| Hemograma completo.<br>Tipagem sanguínea.<br>Glicemia de jejum.<br>Uréia, creatinina e ácido úrico.<br>AST e ALT<br>Testes rápidos de IST's: HIV, Sífilis,<br>Hepatite B e C<br>Urina I<br>Exame específico para avaliação de<br>espermatozoides* | Hemograma completo.<br>Tipagem sanguínea.<br>Glicemia de jejum.<br>Uréia, creatinina e ácido úrico. AST<br>e ALT<br>Testes rápidos de IST's: HIV, Sífilis,<br>Hepatite B e C<br>TSH, T4 Livre.<br>Urina I<br>Citologia cérvico-vaginal.<br>Outros exames de imagem*<br>Exames hormonais: LH, FSH e<br>prolactina*<br><i>Histerossalpingografia *</i> |

Fonte: Adaptado UFRJ – Protocolos de obstetrícia

\*Encaminhar para avaliação médica se houver necessidade de solicitação dos exames.

### 7.2.3.2 Quanto hábitos e estilos de vida

- Orientar a adoção de práticas alimentares saudáveis visando à promoção do estado nutricional adequado tanto os pais como do recém-nascido;
- Orientar a importância do IMC adequado (IMC menor que 19,8 pré-concepcional e o baixo ganho de peso na gestação se associam a anovulação, recém-natos de baixo peso e parto pré-termo, IMC maiores que associam a macrosomia fetal, hipertensão arterial, diabetes na gestação, infecção na ferida operatória e toco-traumatismo);
- Orientar sobre os riscos de automedicação, tabagismo, bebidas alcoólicas e outras drogas;
- Orientar sobre a importância da prática de exercícios físicos;
- Orientar sobre os riscos de exposição a substâncias tóxicas ambientais como chumbo presente nas tintas e vernizes; Óxido de etileno - usado na esterilização de materiais cirúrgicos e em alguns pesticidas; Agentes encontrados em inseticidas (dibromocloropropano);
- Radiação ionizante;
- Orientar a evitar stress devido às alterações neuroendócrinas, psicológicas e psiquiátricas.

### 7.2.3.3 Quanto à prevenção de doenças e infecções

Em relação à prevenção e às ações que devem ser tomadas quanto às infecções e a outras doenças crônicas, são consideradas eficazes as investigações no casal para:

- Hepatite B: oferecer a testagem anti-hepatite b, com aconselhamento pré e pós teste. Se teste negativo, orientar os cuidados preventivos e encaminhar para vacinação. Se teste positivo, acompanhar e tratar, encaminhando para atendimento médico;
- Hepatite C: oferecer a testagem anti-hepatite c, com aconselhamento pré e pós teste. Se teste negativo, orientar os cuidados preventivos. Se teste positivo, acompanhar e encaminhar para atendimento médico;
- Rubéola, difteria, influenza, tétano e varicela: em não imunes ou não vacinados devem ser vacinados antes da gravidez. É prudente adiar a concepção por 3 meses após receber vacinação com vírus atenuado, como no caso de rubéola e varicela;

- Toxoplasmose: Em não imunes orientar a **não comer** carne crua ou semi-crua, não tomar leite/derivados do leite sem pasteurização e sorvete tipo soft serve (sorvete italiano). **Recomendar** vegetais bem lavados, usar luvas em jardinagem e ao limpar a as fezes de animais domésticos e produtos refrigerados devem ser aquecidos para o consumo (patê, peixe, saladas pré-cortadas, embutidos);
- HIV/Aids: oferecer a testagem anti-HIV, com aconselhamento pré e pós teste. Se teste negativo, orientar os cuidados preventivos. Se teste positivo, prestar esclarecimentos sobre os tratamentos disponíveis, orientações para o controle da infecção materna e redução da transmissão vertical do HIV. Em seguida, deve-se encaminhar a paciente para o serviço de referência especializado - SAE;
- Sífilis: oferecer a testagem anti- sífilis, com aconselhamento pré e pós teste. Se o teste negativo, orientar os cuidados preventivos. Se teste positivos, acompanhar e tratar as mulheres e parceiros, para evitar a evolução da doença e sífilis congênita;
- Para as demais IST's, nos casos positivos, deve-se instituir diagnóstico e tratamento no momento da consulta (abordagem sindrômica) e orientar a paciente para a sua prevenção;
- Encaminhar para avaliação médica agravos ou doenças crônicas já instaladas para estabilidade do quadro antes do período gestacional.

#### 7.2.3.4 Quanto ao preparo para concepção

- Orientar o casal que cada mulher tem um ciclo diferente e o tempo da gravidez pode variar de 1 mês a 1 ano geralmente;
- Estimular para que o intervalo entre gestações seja de, no mínimo, 2 (dois) anos;
- Orientar métodos comportamentais de planejamento familiar para obter a gravidez mediante a auto-observação de sinais e sintomas que ocorrem no organismo feminino ao longo do ciclo menstrual. São eles:

**Quadro 2. Métodos comportamentais de planejamento familiar**

| <b>MÉTODO</b>                                   | <b>TÉCNICA UTILIZADA</b>  |
|---|---|
| MÉTODO DO MUCO CERVICAL OU BILLINGS             | <p>Este método baseia-se na identificação do período fértil por meio da autoobservação das características do muco cervical.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Observar, diariamente, a presença ou ausência de fluxo mucoso mediante sensação de secura ou umidade da vulva;</li> <li>b) Analisar as características do muco em cada dia do ciclo;</li> <li>c) O muco que inicialmente é esbranquiçado, turvo e pegajoso, vai se tornando a cada dia mais elástico e lubrificante, semelhante à clara de ovo, podendo-se puxá-lo em fio – este é o período favorável para a penetração dos espermatozóides no canal cervical.</li> </ol>   |
| MÉTODO ou OGINOKNAUS (Ritmo, Calendário Tabela) | <p>O cálculo do período fértil da mulher é feito mediante a análise de seu padrão menstrual prévio, durante 6 (seis) a 12 (doze) meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Verificar a duração (número de dias) de cada ciclo, do primeiro dia da menstruação (primeiro dia do ciclo) ao dia que antecede a menstruação seguinte (último dia do ciclo);</li> <li>b) Verificar o ciclo mais curto e o mais longo (Por exemplo, 25 e 34 dias, respectivamente);</li> <li>c) Calcular a diferença entre eles (neste exemplo, 9 dias). Ciclos com maior diferença (mais que 10 dias) de dias pode ocorrer falhas na determinação do período fértil;</li> <li>d) Determinar a duração do período fértil da seguinte maneira: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Subtraindo-se 18 (dezoito) do ciclo mais curto, obtém-se o dia do início do período fértil;</li> <li>- Subtraindo-se 11 (onze) do ciclo mais longo, obtém-se o dia do fim do período fértil;</li> </ul> <p>No exemplo: Início do período fértil = <math>25 - 18 = 7^\circ</math> dia</p> <p>Fim do período fértil = <math>34 - 11 = 23^\circ</math> dia</p> </li> </ol> |
| MÉTODO DA TEMPERATURA BASAL CORPORAL            | <p>Sendo termômetro comum, verificada ou por via oral sublingual (5 min), ou retal ou vaginal (3 min). Uma vez escolhida a via, deve ser realizada a mesma por todo ciclo.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) A partir do primeiro dia do ciclo menstrual, verificar diariamente a temperatura basal, pela manhã, antes de realizar qualquer atividade e após um período de repouso de no mínimo 5 horas;</li> </ol>   |

|   |   |
|---|---|
|   | <p>b) Registrar diariamente a temperatura;</p> <p>c) Verificar a ocorrência de aumento da temperatura basal (mínimo 0,2 graus), permanecendo por 4 dias. Identifica-se esse o período fértil da mulher no ciclo.</p> <p>Algumas alterações podem interferir no método:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingestão de bebidas alcólicas;</li> <li>• Recolher-se tarde da noite para dormir;</li> <li>• Perturbações do sono, sono interrompido (necessidade de se levantar com frequência, insônia);</li> <li>• Doenças como resfriados, gripes ou outras infecções;</li> <li>• Mudanças de ambiente (principalmente nos períodos de férias);</li> <li>• Perturbações emocionais, fadiga, stress, entre outros;</li> <li>• Refeição muito próxima do horário de dormir; • Relações sexuais na madrugada.</li> </ul> |
| <p>MÉTODO<br/>SINTOTÉRMICO</p>                | <p>Esse método combina a observação da temperatura basal corporal e ao mucocervical, associada ainda a parâmetros subjetivos (físicos e ou psicológicos) indicadores de possível ovulação como:</p> <p>a) Dor abdominal;</p> <p>b) Sensação de peso nas mamas, mamas inchadas ou doloridas;</p> <p>c) Variações de humor e/ou da libido;</p> <p>d) Outros sintomas e sinais (enxaqueca, náuseas, acne, aumento de apetite, ganho de peso, sensação de distensão abdominal, sangramento intermenstrual entre outros);</p> <p>A combinação dos métodos de temperatura, billing com os sintomas identifica o período fértil.</p>   |
| <p>OUTROS<br/>MÉTODOS<br/>COMPORTAMENTAIS</p> | <p>Além dos métodos descritos acima, existem práticas sexuais que podem ser consideradas como métodos comportamentais:</p> <p>a) Coito programado após determinação de exame de imagens (ultrassonografia seriada diária para identificação da ovulação);</p> <p>b) Coito programado após a determinação do pico hormonal por exame laboratorial de determinação de aumento de LH;</p> <p>c) Coito programado após a determinação de período fértil por testes rápidos (tiras reagentes) de identificação de hormônio LH;</p> <p>d) Aleitamento Materno exclusivo nos primeiros 6 meses após o parto e em amamentação e amenorreia é um método natural de contracepção.</p>   |

### 7.2.3.5 Quanto à suplementação pré-concepcional

- Encaminhar para avaliação médica, mulheres submetidas a qualquer procedimento de cirurgia bariátrica que queiram engravidar, com objetivo de suplementação com ácido fólico, cálcio e vitamina B12, para reduzir o risco de deficiência nutricional subclínica. Orientar a usuária pós-bariátrica que o ideal seria o adiamento da gravidez por 12 a 18 meses no pós-operatório;
- Encaminhar para avaliação médica: adolescentes que tiveram a menarca dentro dos últimos 2 anos, tabagistas, mulheres com anorexia ou bulimia, usuárias de drogas ou álcool e vegetarianas estritas, considerando que podem requerer suplementos adicionais;
- Prescrever administração suplementação preventiva de ácido fólico no período pré-gestacional, para a prevenção de anormalidades congênitas do tubo neural, especialmente nas mulheres com antecedentes desse tipo de malformações. (BRASIL, 2005)

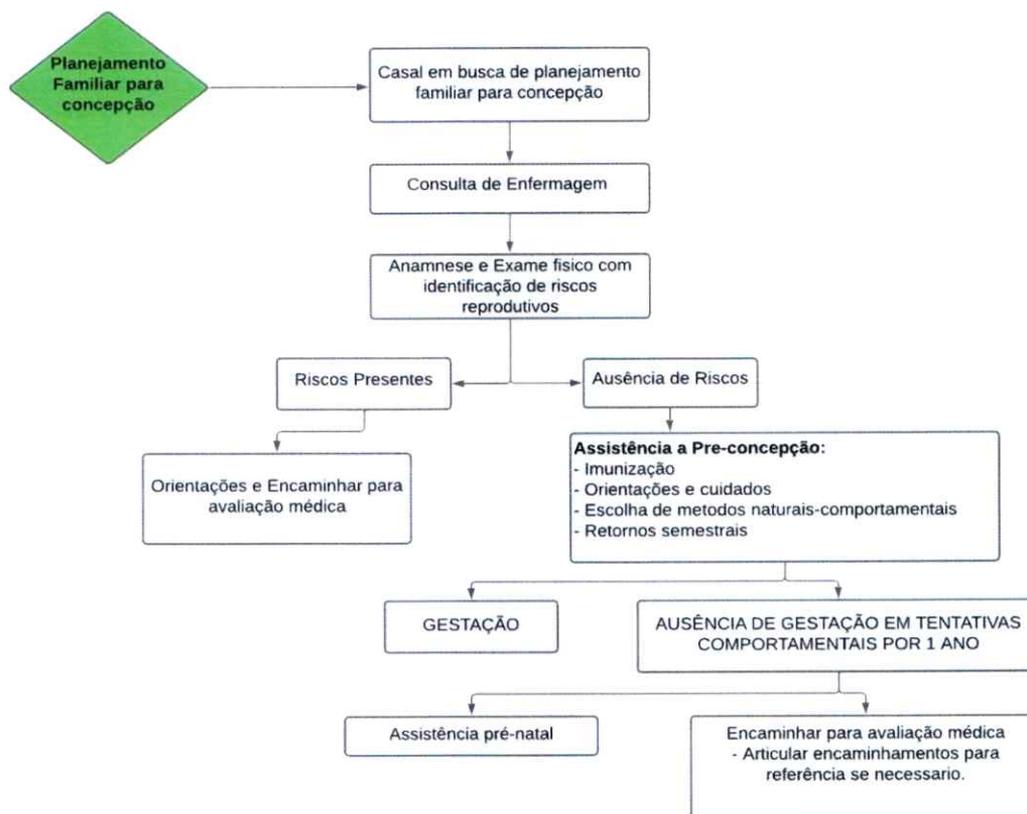
#### Quadro 3 – Prescrição preventiva de ácido fólico.

|   | <b>Medicamento</b>     | <b>Modo de usar</b>   |
|---|------------------------|---|
| Mulheres sem fatores de risco   | Ácido fólico 400 mcg * | 1 comprimido ao dia no mínimo 1 mês antes da concepção e mantido até o final do primeiro trimestre da gestação. |
| Mulheres com os fatores Risco para defeitos de fechamento de tubo neural:   | Ácido fólico 4 mg      |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• História familiar de Defeitos do tubo neural;</li> <li>• Uso de medicamentos que afetam a absorção de folato (anticonvulsivantes);</li> <li>• Uso de medicamentos antagonistas de folato (metotrexato);</li> <li>• Doenças febris / exposição ao calor no 1º trimestre;</li> <li>• Baixo nível socioeconômico;</li> <li>• Diabetes insulínica;</li> <li>• Obesidade com IMC &gt; 35 kg/m<sup>2</sup>;</li> <li>• Mutações C677T e A1298C, que codificam a enzima MTHFR (Polimorfismo MTHFR);</li> <li>• Síndromes de má absorção (doença celíaca, doença de Crohn, cirurgias bariátricas, etc).</li> </ul> |                        |   |

Fonte: FEBRASGO, 2020 e BRASIL 2022 \*Equivalente a 0,4 mg

### 7.2.3.6 Quanto a casais com dificuldade na concepção natural

#### Fluxograma 1. Planejamento Familiar para concepção



Fonte: Adaptado de CURITIBA (2002)

## 7.3 Consulta de Contraceção

### 7.3.1 Anamnese

A assistência em anticoncepção pressupõe a oferta de todas as alternativas de métodos anticoncepcionais aprovados pelo Ministério da Saúde, bem como o conhecimento de suas indicações, contraindicações e implicações de uso, garantindo à mulher, ao homem ou ao casal os elementos necessários para a opção livre e consciente do método que a eles melhor se adapte.

Deve ser questionado fatores individuais como:

- Condições econômicas;
- Fase da vida, estado de saúde, histórico de filhos, doenças prévias e alergias;
- Características da personalidade da mulher e/ou do homem;
- Padrão de comportamento sexual e aspirações reprodutivas;

- Fatores como medo, dúvidas e vergonha;
- Uso de métodos contraceptivos anteriores.

### 7.3.2 Exame Físico Direcionado

- Avaliação de sinais vitais e IMC;
- Nas mulheres: avaliação ginecológica e das mamas; • Nos homens: avaliação genital, se necessário.

### 7.3.3 Prescrição de enfermagem

#### 7.3.3.1 Métodos contraceptivos comportamentais e métodos de barreira

**Quadro 4. Métodos contraceptivos comportamentais e métodos de barreira**

|                     | <b>Indicação</b>                                  | <b>Contraindicação</b>  | <b>Cuidados</b>   |
|---------------------|---|---|---|
| Métodos naturais    | Indicação limitada a mulheres com ciclo regulado. | Situações de alto risco de mortalidade em caso de gravidez. Não devem ser estimulados como método de contracepção por serem menos eficazes. | Acompanhamento rigoroso minimamente a cada 6 meses.   |
| Métodos de barreira | Preservativo masculino ou feminino.               | Alergias a borracha, látex ou lubrificante.   | Utilizar técnica correta para colocar e retirar dispositivos.   |
|                     | Diafragma + espermicida                           | Contraindicado nos prolapsos urogenitais e nas alterações de estática pélvica pelos partos anteriores.                                      | Troca do diafragma a cada 2 anos, OU se parto ou aborto, OU se danificado OU perda de peso (menos 5kg). |

**Fonte:** BRASIL (2002)

Caso o casal opte por um diafragma, o profissional deve realizar um processo de planejamento familiar.

### 7.3.3.2 Métodos Contraceptivos hormonais orais

A taxa de insucesso dos contraceptivos orais combinados, independentemente do uso concomitante com outros fármacos, é de 1%, quando administrados de forma regular e adequada, ou seja, a medicação deve ser ingerida todos os dias, sempre no mesmo horário, preferencialmente à noite.

#### Quadro 5. Anticoncepcionais orais, posologia, indicação e contraindicação

| <b>Levonorgestrel 0,15mg + Etinilestradiol 0,03mg - COMPRIMIDOS</b> |  |
|---|--|
| Posologia   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 01 comprimido ao dia por 21 dias, no mesmo horário;</li> <li>● No início de sua utilização, o primeiro comprimido deverá ser administrado no primeiro dia da menstruação e diariamente por 21 dias;</li> <li>● Recomenda-se a utilização de barreira mecânica (preservativo) nos 03 primeiros meses de uso;</li> <li>● Se a paciente se esquecer de tomar um comprimido, mas o atraso for menor que 12 horas, deve-se ingeri-lo tão logo se lembre; ● O intervalo entre cartelas é de 07 dias.</li> </ul> |
| Indicação   | Podem ser usadas desde a adolescência.   |
| Contraindicação   | Hepatopatias, tireoideopatias, doenças tromboembólicas, histórico de cefaleia com aura;<br>Medicações que diminuem seu efeito: fenobarbital e primidona, carbamazepina, oxcarbazepina, felbamate, fenitoína, topiramato, vigabatrina e rifampicina.  |
| <b>Noretisterona 0,35 mg - COMPRIMIDOS</b>                          |  |
| Posologia   | 01 comprimido ao dia, preferencialmente no mesmo horário, sendo seu uso ininterrupto entre cartelas.<br><br>Uso após o Parto • As mulheres que não forem amamentar podem iniciar a terapia com contraceptivo oral imediatamente após o parto;<br>• Aquelas que estão amamentando devem iniciar na 6 <sup>o</sup> semanas após o parto.   |
| Indicação   | Contraceptivo hormonal oral, tipo mini pílula de progastênio puro, utilizado preferencialmente nas lactantes: noretisterona 0,35mg.  |
| Contraindicação   | Interações medicamentosas: carbamazepina, fenitoína, bosentana, ritonavir, griseofulvina, nevirapina, rifampicina e rifabutina; Erva de São João (fitoterapia);<br>Produtos com acetato de noretindrona têm inibição inconstante da ovulação, efeitos androgênicos variáveis e sangramento uterino imprevisível.   |

Fonte: Sinop (2015), BRASIL (2002), BULÁRIO (2020)

Os contraceptivos orais podem sofrer interações com antibióticos e antimicrobianos. O uso concomitante deve ser associado a método de barreira (preservativo).

### 7.3.3.3 Métodos contraceptivos hormonais injetáveis

#### Quadro 6. Anticoncepcionais injetáveis, posologia, indicação e contraindicação

| <b>Enantatodenoretisterona 50mg + valerato de estradiol 5mg /ml - IM</b> |   |
|--|---|
| Posologia  | - Aplicar 1 ampola via intramuscular 1 vez por mês. Sua primeira aplicação deverá ser realizada no primeiro dia do ciclo menstrual, já as doses subsequentes deverão respeitar intervalo de 30 dias, independentemente do ciclo menstrual.  |
| Indicação  | Os contraceptivos injetáveis mensais também podem ser usados desde a adolescência após a primeira menstruação. A indicação é interessante para mulheres que esquecem o uso do contraceptivo oral diário.  |
| Contraindicação  | Doença trombofílica, enxaqueca com sintomas neurológicos focais, diabetes melitus com alterações vasculares, hepatopatia, neoplasias de órgãos genitais ou mamas, sangramento vaginal não-diagnosticado e suspeita de gravidez.   |
| <b>Acetato de Medroxiprogesterona 150mg/ml - IM</b>                      |   |
| Posologia  | Aplicar 1 ampola via intramuscular 1 vez a cada 3 meses, sendo sua primeira aplicação deverá ser realizada no primeiro dia do ciclo menstrual<br>- Antes de cada aplicação, o exame BHCG deverá ser solicitado;<br>- As aplicações deverão respeitar intervalos entre 12 a 13 semanas.  |
| Indicação  | É indicada para usuárias de drogas antiepilépticas e em diabéticas sem doença vascular.   |
| Contraindicação  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Evitar antes dos 16 anos, sendo seu uso associado a diminuição da densidade óssea, considerando que o pico do desenvolvimento de massa óssea ainda não foi atingido nesta fase.</li> <li>● <b>Pacientes com sangramento vaginal de causa não diagnosticada, hepatopatias, hipersensibilidade conhecida ao Acetato de Medroxiprogesterona ou a qualquer componente da fórmula, suspeita de neoplasia mamária ou neoplasia mamária comprovada.</b> Pode causar aumento de peso de 2kg a 3 kg), mastalgia, depressão, alterações no fluxo menstrual, amenorréia e atraso no retorno da fertilidade em até um ano após sua descontinuidade.</li> </ul> |

Fonte: Sinop (2015), SBP (2018), BRASIL (2002), BULÁRIO (2020).

### 7.3.3.4 Método contraceptivo de emergência

A anticoncepção de emergência ou “pílula do dia seguinte” não deve ser de uso rotineiro, devendo ser preferencialmente usada imediatamente após uma relação sexual não protegida – especialmente nas primeiras 12 ou 24 horas após o ato sexual, pois quanto mais precoce o uso, melhor será a eficácia.

São critérios de indicação de contracepção de emergência em adolescentes e mulheres adultas (BRASIL, 2012):

1. Violência sexual;
2. Deslocamento do diafragma;
3. Rompimento do preservativo;
4. Esquecimento prolongado do anticoncepcivo oral ou atraso no contraceptivo injetável;
5. Coito interrompido em que ocorre derrame do sêmen na vagina;
6. Cálculo incorreto do período fértil, erro no período de ou interpretação equivocada da temperatura basal;
7. Relação sexual desprotegida sem uso de nenhum método contraceptivo e preservativos (masculino ou feminino).

Quanto à prescrição e dispensação, inclusive à menores de 14 anos, deve ser criteriosa conforme protocolo para utilização do levonorgestrel. A medicação pode ser administrada até 5 dias após a relação sexual e conforme quadro abaixo:

**Quadro 7. Anticoncepção de emergência: método e forma de administração**

| Método   |  | Administração   |
|--|--|---|
| Levonorgestrel (pílula contendo apenas progestágeno) | Comprimido com 0,75 mg de levonorgestrel | 2 comprimidos (dose única) ou 1 comprimido cada 12 horas (2 doses – total: 2 comprimidos) |
|  | Comprimido com 1,5 mg de levonorgestrel  | 1 comprimido (dose única)   |

Fonte: BRASIL (2018, p158)

Caso se trate de relação sexual desprotegida decorrida de situação de violência sexual, deve ser dispensada, **de forma assistida**, uma cartela com dois comprimidos de 0,75mg de

Levonorgestrel, além do encaminhamento ao serviço de referência no atendimento à prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.

### 7.3.3.5 Dispositivo intrauterino - DIU

Os dispositivos intrauterinos são artefatos de polietileno que exercem efeito anticonceptivo quando colocados na cavidade uterina. O uso de DIU de cobre é indicado tanto para nulíparas quanto para múltiparas; após o parto vaginal ou cesariana; para mulheres que possuem contraindicações do uso de hormônio, como as tabagistas, obesas, com histórico de câncer de mama e na família.

A inserção do DIU **pelo enfermeiro está condicionada a capacitação prévia do profissional**, devendo preencher termo de consentimento e esclarecimento.

#### Quadro 8. Contraindicações e condições de risco para o uso de DIU

|  |  |
|--|--|
| Contra Indicações  | <input type="checkbox"/> Neoplasias do colo ou do endométrio, do ovário e coriocarcinoma;<br><input type="checkbox"/> Sangramento uterino;<br><input type="checkbox"/> Doença inflamatória pélvica - episódio atual ou nos últimos 3 meses;<br><input type="checkbox"/> Malformação uterina;<br><input type="checkbox"/> Tuberculose pélvica;<br><input type="checkbox"/> Cervicite purulenta;<br><input type="checkbox"/> Infecção pós-parto e pós-aborto.              |
| Condições onde os riscos habitualmente superam os benefícios | <input type="checkbox"/> Sangramento menstrual aumentado;<br><input type="checkbox"/> Pós-parto entre 3 e 28 dias;<br><input type="checkbox"/> Risco aumentado de IST's - parceiros múltiplos;<br><input type="checkbox"/> Risco aumentado de contrair HIV ou com diagnóstico de AIDS;<br><input type="checkbox"/> Doença trofoblástica benigna.   |
| Condições em que os riscos são menores que os benefícios     | <input type="checkbox"/> Idade menor que 20 anos;<br><input type="checkbox"/> Nuliparidade;<br><input type="checkbox"/> Anemia ferropriva, anemia falciforme, talassemia;<br><input type="checkbox"/> Pós-parto e pós-aborto de 2º trimestre (inserção antes de 48 horas);<br><input type="checkbox"/> Miomas que não alteram a cavidade uterina;<br><input type="checkbox"/> História de DIP sem gravidez anterior;<br><input type="checkbox"/> Vaginite sem cervicite; |

|  |  |
|--|--|
|  | <input type="checkbox"/> Endometriose;   |
|  | <input type="checkbox"/> Dismenorréia severa;  |
|  | <input type="checkbox"/> Doença cardíaca valvular complicada - fibrilação auricular, trombozes.  |
| Uso sem restrições (se um fator isolado apenas. Se mais de um fator, deve-se elevar a categoria) | <input type="checkbox"/> Doenças da mama;  |
|  | <input type="checkbox"/> Cefaléia;   |
|  | <input type="checkbox"/> Epilepsia;  |
|  | <input type="checkbox"/> Idade superior a 35 anos;   |
|  | <input type="checkbox"/> Antecedentes de gravidez ectópica e DIP com gravidez posterior;   |
|  | <input type="checkbox"/> Antecedentes de cirurgia abdominal ou pélvica, incluindo cesariana;   |
|  | <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial sistêmica, doenças tromboembólicas, doença cardiovascular, doenças hepáticas, obesidade e hiperlipidemias; |
|  | <input type="checkbox"/> Mais de quatro semanas pós-parto sem infecção;  |
|  | <input type="checkbox"/> Após aborto de primeiro trimestre sem infecção.   |

Fonte: Curitiba (2002)

### 7.3.3.5.1 Reações adversas e condutas

Após a inserção do dispositivo, a mulher pode sentir cólicas ou dor pélvica, podendo ser usados analgésicos e anti-inflamatórios.

#### Quadro 9. Analgésicos e Anti-inflamatórios

| Anti-inflamatórios         | Modo de uso                              |
|----------------------------|--|
| Ibuprofeno 600mgcomprimido | 1 comprimido, VO, 8/8 horas, por 5 dias. |
| Dipirona 500mg comprimido  | 1 comprimido de 6/6 horas se dor         |

Fonte:Florianópolis (2018)

A paciente deve ser orientada a procurar o serviço de saúde imediatamente, caso apresente:

#### Quadro 10. Situações de alarme

| Problemas  | Conduta                  |
|--|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atraso menstrual e sintomatologia sugestiva de gestação;</li> </ul> | Conduta: solicitar BHCG. |

|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sangramento vaginal severo ou irregular e sintomatologia de gestação;</li> </ul>       | <p>Conduta: solicitar BHCG;<br/>Solicitar ultrassonografia transvaginal;<br/>Encaminhar para avaliação médica.</p>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Perda dos fios ou percepção da ponta de plástico do DIU ao toque;</li> </ul>           | <p>Conduta: Solicitar ultrassonografia transvaginal.</p>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● No relacionamento sexual, sem uso de preservativo, com múltiplos parceiros;</li> </ul> | <p>Conduta: Solicitar testes rápidos e exame ginecológico.</p>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dor em baixo ventre, febre, comprometimento do estado geral e leucorréia;</li> </ul>   | <p>Conduta: solicitar ultrassonografia transvaginal para afastar perfuração uterina e, se persistir, deve ser retirado; atentar para bacteremia transitória pode desencadear endocardite bacteriana.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Reação vagal</li> </ul>  | <p>Conduta: manter a paciente em decúbito dorsal com a cabeça baixa até melhorar.</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sangramento</li> </ul>   | <p>Conduta: fazer compressão. Se abundante, afastar perfuração uterina e lesão de vasos.</p>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Laceração de colo</li> </ul>   | <p>Conduta: encaminhar para médico para possibilidade de fazer sutura.</p>   |

Fonte: Curitiba (2002)

### Acompanhamento

- Primeiro retorno após a 1ª menstruação depois da inserção;
- Segundo retorno após três meses; ● A cada seis meses.
- Nos acompanhamentos o enfermeiro deve avaliar a adaptação ao método, pesquisar intercorrências ou complicações e avaliar prazo de validade do DIU a partir da data de inserção, para substituição.

#### 7.3.4 Método contraceptivo definitivo (esterilização)

De acordo com a **Lei nº 14.443 de 02 de setembro de 2022**, será permitida a esterilização voluntária em mulheres e homens com capacidade civil plena e maiores de 21 anos de idade, ou dois filhos vivos, e através de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos de cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e ou outras opções de contracepção existentes. Deve ser observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.

O preenchimento do processo de planejamento familiar deve ser assinado pelo indivíduo que manifesta o desejo de realizar a esterilização e o profissional de saúde responsável pelo atendimento, seja ele médico ou enfermeiro da unidade de saúde. Deve-se anexar ao processo

os exames de IST's (testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatite B e C), exame citopatológico, cópias dos documentos pessoais (RG, CPF, CNS, e comprovantes de endereço), cópias dos documentos dos filhos (certidão de nascimento e cartão SUS) e encaminhar para regulação municipal.

## Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4a edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Protocolo para utilização do Levonorgestrel.** Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cuidando de Adolescentes:** orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando\\_adolescentes\\_saude\\_sexual\\_reprodutiva.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando_adolescentes_saude_sexual_reprodutiva.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré natal e puerpério:** Atenção qualificada e humanizada. Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5 Brasília - DF 2005. Disponível em:<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prenatal\\_puerperio\\_atencao\\_humanizada.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prenatal_puerperio_atencao_humanizada.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2021.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. **Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.** Disponível em:<<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9263-12-janeiro-1996-374936normaatualizada-pl.pdf#:~:text=LEI%20N%C%BA%209.263%2C20DE%2012%20D>> Acesso em: 15 jul. 2021.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Lei nº 14.443 de 02 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar.** Disponível em:<[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2022/lei/L14443.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14443.htm)> Acesso em: 13 mai. 2023.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. **Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.** Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/d94406.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm)> Acesso em: 13 mai. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Planejamento Familiar.** 2ª edição 2002.

FEBRASGO – M. N. C. **Prevenção dos defeitos abertos do tubo neural – DTN.** 2ª ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2020. [Orientações e Recomendações FEBRASGO, no.1/Comissão Nacional Especializada em Medicina Fetal; Comissão Nacional Especializada em Perinatologia; Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-natal].

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Procedimento operacional padrão. **Inserção e Retirada do Dispositivo Intra-uterino (DIU) de cobre.** Disponível em: <[https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/08\\_10\\_2018\\_15.26.55.6316cf808ca76c1afb5336f66fb5a7cc.pdf](https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/08_10_2018_15.26.55.6316cf808ca76c1afb5336f66fb5a7cc.pdf)> Acesso em: 13 de mai. 2023.

UFRJ – Universidade Federal de Rio de Janeiro. **CONSULTA PRÉ-CONCEPCIONAL Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.** Acessado em dezembro de 2021. Disponível em [http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/consulta\\_pre\\_concepcional.pdf](http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/consulta_pre_concepcional.pdf)

SINOP. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Estratégia de saúde da família. **Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde do Município de Sinop.** 1ª ed. Sinop, MT. 2015.

SOUZA, F. R.; MEIRA, A. L. T.; MENDES, L. M.; COSTA, A. L. C. **Associação de antibióticos e contraceptivos orais.** Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/e002/18aa077e37bf06231e726f5ee85e1de630f3.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2022.

## **8. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À MULHER NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO E PUERPÉRIO**

---

A realização da assistência pré-natal representa papel fundamental em termos de prevenção e detecção precoce de patologias, tanto maternas como fetais, contribuindo para o desenvolvimento saudável do bebê e para a redução de riscos maternos.

O acesso ao serviço de saúde deve ser garantido às gestantes, permitindo sua inclusão no serviço de pré-natal através do adequado acolhimento pela equipe de saúde da família.

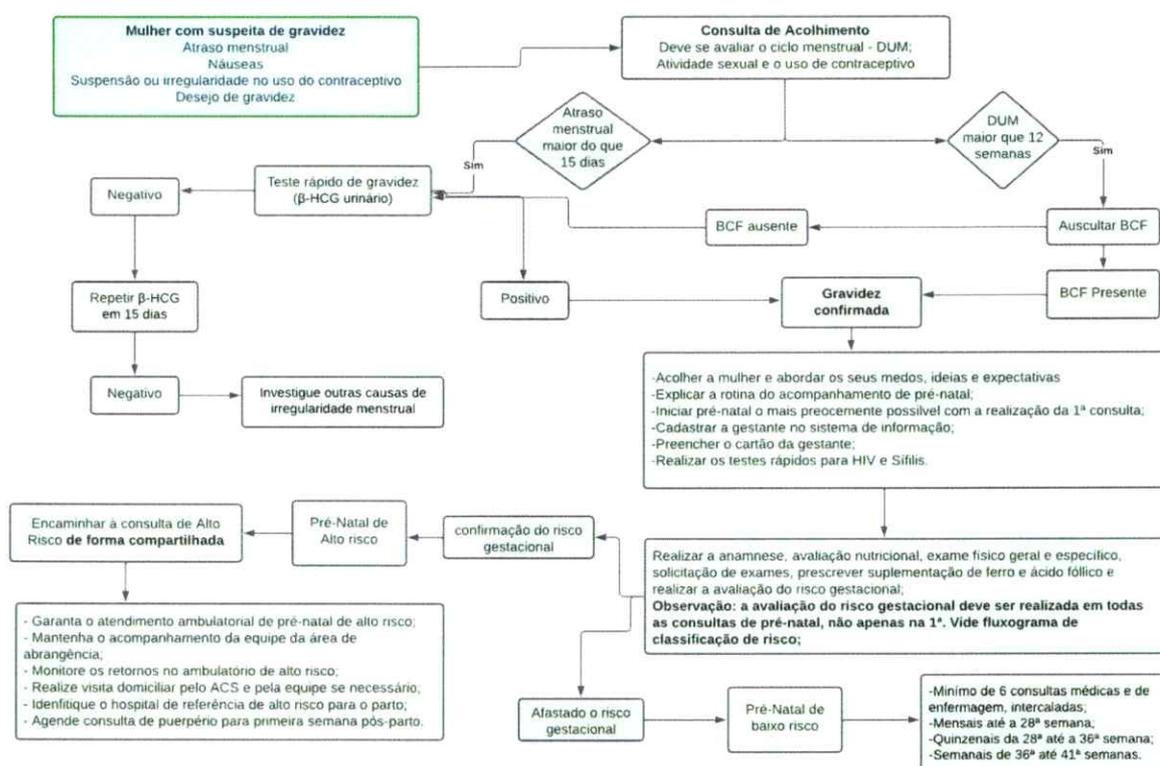
### **8.1 Atribuições Do Enfermeiro No Pré-Natal De Baixo Risco e Puerpério**

1. Orientar sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
2. Fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido a cada consulta;
3. Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a do(a) médico(a);
4. Solicitar exames complementares;
5. Realizar testes rápidos para IST's;
6. Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal como sulfato ferroso (Portaria MS nº 730 de 2005 que instituiu o Programa Nacional de Suplementação de Ferro) e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das IST's (conforme protocolo municipal da abordagem sindrômica);
7. Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano, hepatite B, Influenza e Covid- 19);
8. Identificar sinais de alarme e realizar estratificação de risco;
9. Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
10. Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos;
11. Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
12. Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
13. Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

## 8.2 Consulta De Enfermagem no Pré-natal

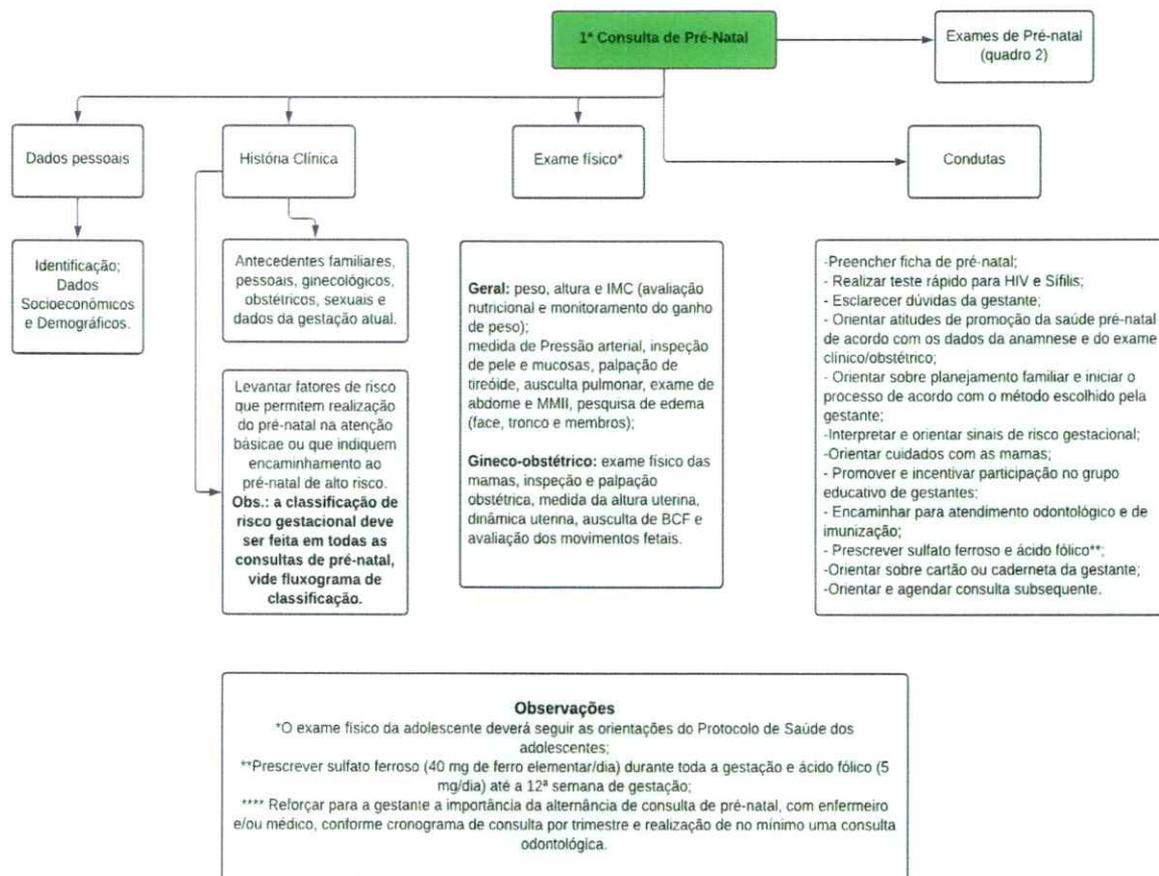
O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87. BRASIL (2012).

**Fluxograma 1. Fluxograma de assistência pré-natal na atenção básica**



Fonte: Adaptado Brasil (2012) e Brasil (2016).

**Fluxograma 2. Fluxograma de assistência na primeira consulta pré-natal**



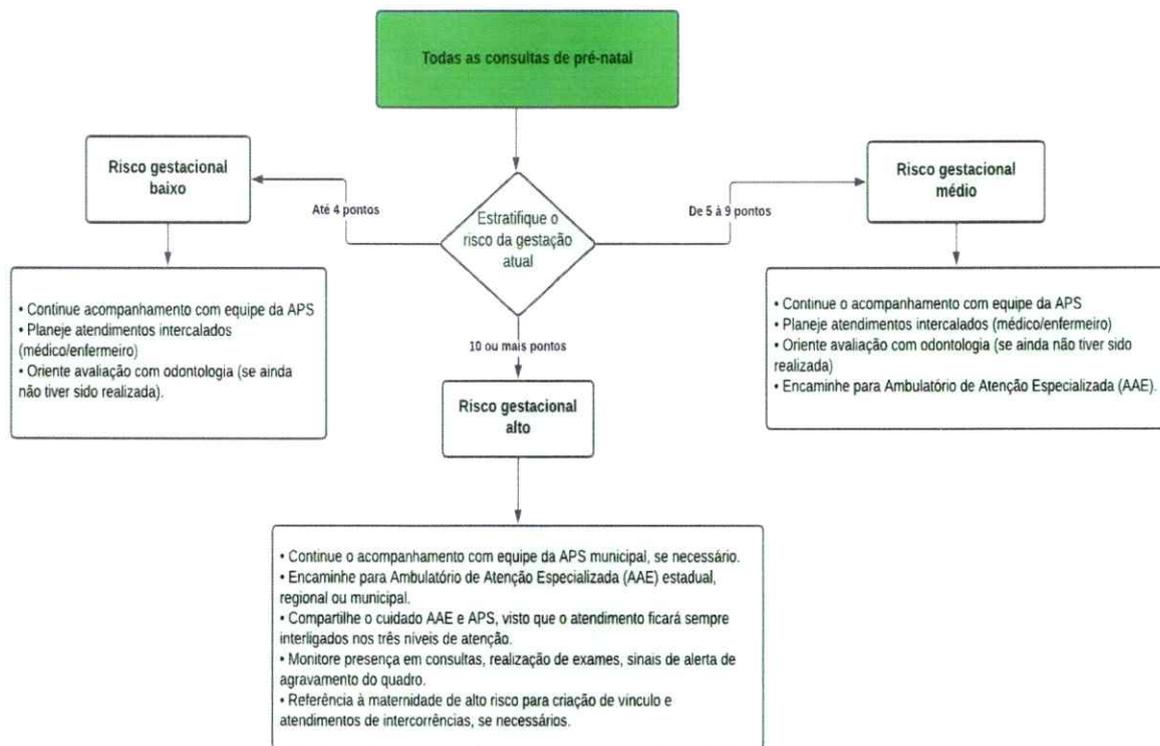
Fonte: Adaptado Brasil (2012) e Brasil (2016).

### 8.2.1 Anamnese com Estratificação de Risco Gestacional

Gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional. Contudo, devido a alguns fatores de risco, algumas gestantes podem apresentar maior probabilidade de evolução desfavorável a sua saúde e do bebê. São as chamadas “gestantes de alto risco”

É indispensável que a avaliação do risco aconteça em toda consulta. Em contrapartida, quando são identificados fatores associados a um pior prognóstico a gravidez é definida como de alto risco, passando a exigir avaliações mais frequentes, muitas vezes fazendo-se uso de procedimentos com maior densidade tecnológica.

### Fluxograma 3. Conduas frente a estratificação de risco gestacional



Fonte: Adaptado de Brasil (2022)

## Quadro 1. Pontuação de Estratificação de Risco Gestacional

### PONTUAÇÃO ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

| Risco Habitual<br>Até 4 pontos  | Médio Risco<br>De 4 a 9 pontos | Alto Risco<br>Mais 10 pontos |
|---|--------------------------------|------------------------------|
| <b>CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS, CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E FAMILIARES</b>  |                                |                              |
| <b>CONDIÇÃO</b>   |                                | <b>PONTUAÇÃO</b>             |
| Idade menor que 15 anos   |                                | 2                            |
| Idade maior que 40 anos   |                                | 2                            |
| Mulher de raça negra  |                                | 1                            |
| Baixa escolaridade (< 5 anos de estudo)   |                                | 1                            |
| Tabagista ativo   |                                | 2                            |
| Indícios de ocorrência de violência   |                                | 2                            |
| Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas ou quilombola   |                                | 2                            |
| Baixo peso no início da gestação (IMC <18)  |                                | 2                            |
| Sobrepeso (25-29,9 kg)  |                                | 1                            |
| Obesidade (IMC > 30 – 39,9 kg)  |                                | 4                            |
| Obesidade grau 3  |                                | 10                           |
| <b>A soma dessa sessão não configura encaminhamento direto ao alto risco. Exceção à obesidade grau 3.</b>   |                                |                              |
| <b>HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR</b>  |                                |                              |
| <b>CONDIÇÃO</b>   |                                | <b>PONTUAÇÃO</b>             |
| Dois abortos consecutivos ou três não consecutivos (nenhuma conduta na gestação atual impedirá novo aborto se a causa não for conhecida. Portanto, a menos que a paciente já tenha sido investigada e uma causa definida, não há como indicar tratamento clínico para evitar nova perda gestacional. Encaminhar para investigação fora do ciclo gravídico e puerperal). |                                | 2                            |
| Prematuridade na gestação anterior  |                                | 2                            |
| Mais de um parto prematuro (<36 semanas)  |                                | 10                           |
| Restrição de crescimento intrauterino na gestação anterior  |                                | 2                            |
| Natimorto sem causa determinada   |                                | 10                           |
| Incompetência Istmo Cervical  |                                | 10                           |
| Isoimunização Rh  |                                | 5                            |
| Pré-eclâmpsia com resultado obstétrico ruim: eclâmpsia, síndrome HELLP, óbito fetal intrauterino, internação materna em UTI   |                                | 10                           |
| Psicose puerperal na gestação anterior  |                                | 10                           |
| Transplante   |                                | 5                            |
| Cirurgia bariátrica há menos de 6 meses   |                                | 10                           |
| Acretismo placentário   |                                | 2                            |
| <b>INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL</b>   |                                |                              |
| <b>CONDIÇÃO</b>   |                                | <b>PONTUAÇÃO</b>             |
| Doença Hipertensiva da Gestação/Pré-eclâmpsia <sup>1</sup>  |                                | 10                           |
| Diabetes Gestacional não compensada com dieta durante 2 semanas. <sup>2</sup>   |                                | 10                           |
| Infecção Urinária de repetição (3 x ou mais) ou infecção urinária alta  |                                | 10                           |
| Cálculo renal com obstrução   |                                | 10                           |
| Restrição de crescimento intrauterino   |                                | 10                           |
| Feto acima do percentil 90% ou suspeita de macrosomia   |                                | 10                           |
| Polidrâmnio/ Oligodrâmnio   |                                | 10                           |
| Colo curto em USG transvaginal entre 20 e 24 semanas  |                                | 10                           |
| Suspeita de acretismo placentário   |                                | 10                           |
| Placenta prévia com diagnóstico após 28 semanas de gestação com ou sem sangramento  |                                | 10                           |
| Hepatopatias (por exemplo: colestase gestacional ou elevação de transaminases)  |                                | 10                           |
| Anemia grave ou anemia refratária ao tratamento   |                                | 10                           |
| Isoimunização RH  |                                | 10                           |
| Câncer materno com diagnóstico ou tratamento durante a gestação   |                                | 10                           |
| Neoplasias ginecológicas na gestação atual  |                                | 10                           |
| Alta suspeita clínica de câncer de mama   |                                | 10                           |

| Lesão de alto grau em colo uterino (NIC II - III). (deve ser encaminhada primeiramente para colposcopia)  | 10        |
|---|-----------|
| Suspeita de malformação fetal ou arritmia Fetal   | 10        |
| Gemelaridade  | 10        |
| Sífilis (terciária ou com achados ecográficos sugestivos de sífilis congênita ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina) <sup>3</sup>  | 10        |
| Condiloma acuminado (no canal vaginal/colo ou lesões extensas localizadas em região genital/perianal) <sup>3</sup>  | 10        |
| Hepatites agudas com diagnóstico em gestação atual <sup>3</sup>   | 10        |
| Hanseníase com diagnóstico na gestação atual <sup>4</sup>   | 10        |
| AIDS/HIV com diagnóstico na gestação <sup>3</sup>   | 10        |
| Tuberculose <sup>4</sup>  | 10        |
| Toxoplasmose OU rubéola OU citomegalovírus diagnosticado na gestação atual com risco de transmissão fetal <sup>3</sup>  | 10        |
| Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas   | 10        |
| Endocrinopatias descompensadas (Deve ser encaminhada concomitantemente para o Endocrinologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico)   | 10        |
| Suspeita ou confirmação de dengue, vírus Zika ou Chikungunya (quadro febril exantemático)   | 5         |
| Suspeita ou confirmação de COVID-19 (Deve ser acompanhada a evolução de quadro clínico por telemonitoramento e teleconsultas. Os casos graves devem ser imediatamente encaminhados para urgência/hospitais)   | 5         |
| <sup>1</sup> PA sistólica $\geq 140$ mmHg e/ou PA diastólica $\geq 90$ mmHg com ou sem proteinúria aferida em 2 momentos diferentes, com intervalo mínimo de 4 horas, identificada após 20 semanas de gestação em mulheres com PA previamente normal. |           |
| <sup>2</sup> Glicemia de jejum (92-125 mg/dL); glicose plasmática de 1 hora ( $> 180$ mg/dL) após uma carga oral de glicose de 75 g; glicose plasmática de 2 horas (153-199 mg/dL) após uma carga oral de glicose de 75 g.                            |           |
| <sup>3</sup> Deve ser encaminhado ao SAE.   |           |
| <sup>4</sup> Deve ser encaminhado ao centro de referência em Hanseníase.  |           |
| CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO   |           |
| CONDIÇÃO  | PONTUAÇÃO |
| Hipertensão Arterial descompensada (deve ser encaminhada concomitantemente para o Cardiologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico)  | 10        |
| Diabetes Mellitus 1 ou 2 (Deve ser encaminhada concomitantemente para o Endocrinologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico)   | 10        |
| Tireoidopatias (hipertireoidismo ou hipotireoidismo clínico). (Deve ser encaminhada concomitantemente para o Endocrinologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico). x   | 10        |
| Doença Psiquiátrica Grave (como psicoses, depressão grave). (deve ser encaminhada concomitantemente para o Psiquiatra para avaliação do quadro e planejamento terapêutico)  | 10        |
| Doenças hematológicas (doença falciforme, púrpura trombocitopênica autoimune (PTI) e trombótica (PTT), talassemias, coagulopatias), antecedentes de tromboembolismo.  | 10        |
| Cardiopatias com repercussão hemodinâmica (deve ser encaminhada concomitantemente para o Cardiologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico)   | 10        |
| Pneumopatias Graves (DPOC, Asma)  | 10        |
| Doenças Auto-ímmunes (Colagenose)   | 10        |
| Uso de medicamentos teratogênicos (Anticonvulsivantes: barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, fenitoína, primidona e fenobarbital. Estabilizadores de humor: carbonato de lítio, ácido valproico)  | 10        |
| Doença Renal Grave  | 10        |
| Hemopatias e Anemia grave (hemoglobina $< 8$ g/dl) 10 Hepatopatias crônicas (Hepatites Virais, Cirrose). (Deve ser encaminhada primeiramente para o Hepatologista e/ou Gastroenterologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico.)      | 10        |
| Data da estratificação  |           |
| Score de risco identificado   |           |

Fonte: Adaptado de Brasil (2022)

### 8.2.3 Exames de Assistência Pré-natal

#### Quadro 2. Exames de Rotina Pré-natal

| Período                     | Exames  |
|-----------------------------|---|
| 1ª consulta ou 1º trimestre | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hemograma;</li> <li>● Tipagem sanguínea e fator Rh;</li> <li>● Coombs indireto (se for Rh negativo);</li> <li>● Glicemia de jejum;</li> <li>● Testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatite B e C;</li> <li>● Sorologia para HIV e hepatite B e C;</li> <li>● VDRL;</li> <li>● Anti-HBs;</li> <li>● Toxoplasmose IgM e IgG;</li> <li>● Urina I</li> <li>● Urocultura;</li> <li>● Ultrassonografia Obstétrica;</li> <li>● Citopatológico do colo de útero (se houver indicação clínica, sendo feito em qualquer período da gestação, preferencialmente após as 12 e 28 semanas;</li> <li>● Exame de Secreção vaginal (se houver indicação clínica); ● Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica).</li> </ul> |
| 2º trimestre                | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Teste para tolerância para glicose com 75g, entre 85-90 mg/dl, ou com fatores de risco ou 90-110 mg/dl: realizar o teste de tolerância à glicose na 24ª-28ª semana de gestação.</li> <li>● Orientar medidas de prevenção primária (alimentação saudável e atividade física regular).</li> <li>● Coombs indireto (se for Rh negativo)</li> <li>● Toxoplasmose se IgG e IgM negativo (mensalmente)</li> <li>● VDRL mensal se Teste rápido Reagente ou VDRL reagente</li> <li>● Urina e urocultura em usuárias com sinais e sintomas;</li> </ul>  |
| 3º trimestre                | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hemograma;</li> <li>● Glicemia de jejum;</li> <li>● Coombs indireto (se for Rh negativo);</li> <li>● Testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatite B;</li> <li>● Sorologia para HIV, hepatite B e VDRL;</li> <li>● Urina I</li> <li>● Urocultura;</li> <li>● toxoplasmose (se IgG não for reagente);</li> <li>● Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação).</li> <li>● Toxoplasmose se IgG e IgM negativo (mensalmente)</li> <li>● VDRL mensal se Teste rápido Reagente ou VDRL reagente</li> </ul>   |

Fonte: Baseado no Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco 2012.

## 8.2.4 Suplementação Fólica e de Ferro

**Quadro 3. Medicamentos para suplementação de Ferro e Ácido Fólico**

| Suplemento      | Dose   |
|-----------------|--|
| Sulfato Ferroso | 1 comprimido de Sulfato Ferroso 40mg Fe/dia.<br><br>O Programa Nacional de Suplementação de Ferro recomenda a suplementação de 40mg/dia de ferro elementar. Orienta-se que a ingestão seja realizada uma hora antes das refeições. A suplementação deve ser mantida no pós-parto e no pós-aborto por três meses. |
| Ácido Fólico    | 1 comprimido de Ácido Fólico 0,4 mg diariamente pelo menos 30 dias antes da data que se planeja engravidar até a 12 <sup>o</sup> semana de gestação.   |

Fonte: Baseado no Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco 2012 e BRASIL 2022

## 8.2.5 Imunização

**Quadro 4. Vacinas recomendadas para gestantes**

| Imunobiológico  | Recomendação  | Esquema   |
|---|---|---|
| Vacina dupla do tipo adulto<br>- dT (difteria e tétano) | Gestantes em qualquer período gestacional.  | Três doses com intervalo de 60 dias entre elas. Também é possível considerar o intervalo de 30 dias entre as doses. |
| Vacina dTpa   | Preferencialmente entre a 20 <sup>o</sup> semana gestacional.                     | Pelo menos uma dose. Avaliar esquema e se necessário completar com dT.  |
| Vacina contra influenza<br>(fragmentada)                | Gestantes em qualquer período gestacional.<br><br>Puérperas (até 45 após o parto) | Dose única durante a campanha Anual contra Influenza  |

|                          |  |   |
|--------------------------|--|---|
| Vacina contra hepatite B | Gestantes em qualquer período gestacional. | Três doses com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda e de 180 dias entre a primeira e a terceira.<br><br>Na impossibilidade de se realizar a sorologia anti-HBs, deve-se avaliar o estado vacinal da gestante e vaciná-la, se for o caso. |
| Covid 19                 | Gestantes em qualquer período gestacional. | Seguir normas técnicas atuais de imunização contra covid.   |

Fonte: Adaptado do Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, 2012 e Setor de Imunização da Secretaria Municipal de Sinop

### 8.3 Queixas Comuns na Gestação

As orientações a seguir são válidas para os casos em que os sintomas são manifestações ocasionais e transitórias, não refletindo, geralmente, patologias clínicas mais complexas. A maioria das queixas diminui ou desaparece sem o uso de medicamentos, que devem ser evitados ao máximo.

Em caso de acentuação dos sintomas a gestante deve ser encaminhada para consulta médica.

#### 8.3.1 Náuseas, Vômitos e Tonturas

Comuns no primeiro trimestre da gravidez, mais intensas pela manhã, ao acordar ou após um período de jejum prolongado. Pioram com estímulos sensoriais, em especial do olfato, como o cheiro de cigarro ou do paladar, como pasta de dentes.

Cerca de 10% mantêm os enjoos durante períodos mais avançados da gravidez, podendo durar até o 3º trimestre.

Avaliar sempre:

- Presença de sinais de alerta;
- Grávidas muito jovens, emocionalmente imaturas; ● Gestações não planejadas.

Cuidados de enfermagem:

1. Fazer alimentação fracionada, pelo menos três refeições e dois lanches por dia;
2. Alimentar-se logo ao acordar;
3. Evitar jejum prolongado;
4. Variar refeições conforme a tolerância individual;
5. Comer devagar e mastigar bem os alimentos;
6. Dar preferência a alimentos pastosos e secos (pão, torradas, bolachas);
7. Evitar alimentos gordurosos e condimentados;
8. Evitar doces com grande concentração de açúcar;
9. Evitar alimentos com odor forte;
10. Manter boa ingestão de água e outros líquidos;
11. Apoio psicoterápico, se necessário;
12. Se ocorrer a manutenção do quadro de vômitos, avaliar a necessidade do uso de medicamentos:

**Quadro 5. Medicamentos para enjoos gravídicos**

| <b>Medicamentos</b>   | <b>Dose</b>                           | <b>Indicação</b>   |
|---|---------------------------------------|--------------------|
| Cloridrato de Metoclopramida 10mg                                     | 08/08h                                | 1º ao 3º trimestre |
| Dimenidrato 50 mg + cloridrato de piridoxina 10 mg                    | 6/6 h ou 8/8h<br>(Máximo: 200 mg/dia) |                    |
| Ondasentrona  | 4 a 8mg de 06/06h                     | 3º trimestre       |
| Ao persistirem os sintomas, a gestante deve ser encaminhada ao médico |                                       |                    |

Fonte: Adaptado de Brasil, 2012; Brasil, 2016 e Telessaúde 2022.

**8.3.2 Pirose (Azia)**

Embora possa acometer a gestante durante toda a gravidez, é mais intensa e frequente no final da gravidez.

#### Cuidados de enfermagem:

- Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches); ● Evitar líquido durante as refeições e deitar-se logo após as refeições.
- Ingerir líquido gelado durante a crise;
- Elevar a cabeceira da cama ao dormir (dormir com travesseiro alto);
- Evitar frituras, café, chá mate e preto, doces, alimentos gordurosos e/ou picantes;
- Evitar álcool e fumo – preferencialmente, não devem ser utilizados durante a gestação.

Caso essas medidas não resolvam, encaminhar para consulta médica.

### **8.3.3 Sialorréia (Salivação Excessiva)**

A sialorréia, ptialismo ou salivação excessiva é uma das queixas que mais incomodam na gravidez.

#### Cuidados de enfermagem:

- Explicar que é um sintoma comum no início da gestação;
- Orientar dieta semelhante à indicada para náusea e vômitos;
- Orientar a gestante a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em épocas de calor).

### **8.3.4 Fraquezas e Desmaios**

Tem origem na instabilidade hemodinâmica em decorrência de dois fatores principais: Vasodilatação e hipotonia vascular pela ação da progesterona, na musculatura da parede dos vasos; Estase sanguínea nos membros inferiores pela compressão da circulação de retorno pelo útero grávido.

Tudo isso conduz à diminuição do débito cardíaco, à hipotensão arterial e à hipóxia cerebral transitória, causa provável das tonturas e desmaios. Também estão associadas à hipoglicemia, alteração frequente quando do jejum prolongado da grávida. Os episódios são, na maioria das vezes, de breve duração e intensidade, dispensando terapêutica medicamentosa.

Cuidados de enfermagem:

- Evitar a inatividade;
- Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches);
- Evitar jejum prolongado;
- Sentar com a cabeça abaixada ou deitar-se de decúbito lateral esquerdo e respirar profunda e pausadamente para aliviar os sintomas;
- Evitar permanecer, por longo tempo, em ambientes fechados, quentes e sem ventilação adequada;
- Ingerir líquidos;
- Nos casos reincidentes, o uso de meias elásticas para melhorar o retorno venoso pode estar indicado;
- Avaliar a pressão arterial.

### **8.3.5 Dor Abdominal / Cólicas, Flatulência e Obstipação Intestinal**

Entre as causas mais frequentes das cólicas abdominais que podem surgir na gravidez normal, estão: o corpo lúteo gravídico, o estiramento do ligamento redondo e as contrações uterinas.

Geralmente discretas, desaparecem espontaneamente, não exigindo uso de medicação.

Cuidados de enfermagem:

- Certificar-se de que não sejam contrações uterinas;
- Se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, sugerir o uso de cinta (com exceção da elástica) e exercícios apropriados;
- Se houver flatulências (gases) e/ou obstipação intestinal:
- Orientar dieta rica em resíduos: frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais;
- Recomendar que a gestante aumente a ingestão de líquidos e evite alimentos de alta fermentação, tais como repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar;
- Recomendar caminhadas, movimentação e regularização do hábito intestinal; ● Se necessário realizar prescrição:

**Quadro6. Medicamento para cólicas na gravidez**

| <b>Medicamento</b>  | <b>Dose</b>        |
|---|--------------------|
| Escopolamina 10 mg  | 01 cp de 08/08 hrs |
| Ao persistirem os sintomas, a gestante deve ser encaminhada ao médico |                    |

Fonte: Baseado no Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, 2012, Protocolos de Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016) e Nota Técnica Saúde da Mulher (2019)

Caso essas medidas não resolvam, encaminhar para consulta médica.

**8.3.6 Hemorróidas**

É o ingurgitamento e extravasamento de plexos vasculares na submucosa do canal anal. Os principais fatores de risco são constipação, esforço evacuatório prolongado e gestação.

Cuidados de enfermagem:

- Alimentar -se com dieta rica em fibras e líquido e redução do esforço evacuatório.
- Devem-se estimular banhos de assento pelo menos 3x/dia e desestimular o uso de papel higiênico.
- Agende consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.

**8.3.7 Corrimento Vaginal**

Explicar que um aumento de fluxo vaginal é comum na gestação;

- Se ocorrer fluxo de cor amarelada, esverdeada ou com odor fétido ou caso haja prurido - veja condutas do Protocolo de Enfermagem na Atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis.

**8.3.8 Queixas Urinárias**

A provável compressão da bexiga pelo útero gravídico, diminuindo a capacidade volumétrica, ocasiona a polaciúria (aumento do ritmo miccional) e a nictúria (aumento do ritmo miccional no período de sono), que se acentua à medida que a gravidez progride, dispensando tratamento e cuidados especiais.

- Solicitar exames (Urina I e Urocultura); ● Avaliar sempre:

- Presença de sinais de alerta;
- Presença de sintomas sistêmicos (febre; taquicardia; calafrios; náuseas; vômitos; dor lombar, com sinal de giordano positivo; dor abdominal), episódios de ITU de repetição **devem ser encaminhados para avaliação médica.**

#### **Quadro7. Medicamentos para ITU na gravidez**

| <b>Medicamentos</b> | <b>Dose</b>                    |
|---------------------|--------------------------------|
| Cefalexina          | 500 mg, 6/6 horas (por 7 dias) |
| Nitrofurantoína     | 100 mg 6/6 horas (por 7 dias)  |

Ao persistirem os sintomas, a gestante deve ser encaminhada ao médico.

**Se a urocultura for resistente a estes medicamentos encaminhar ao médico.**

Fonte: Baseado no Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, 2012

#### **8.3.9 Falta De Ar e Dificuldade Para Respirar**

Tais sintomas são frequentes na gestação, em decorrência do aumento do volume do útero por compressão pulmonar, assim como por consequência da ansiedade da gestante.

- Recomendar repouso em decúbito lateral esquerdo;
- Ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias, se for o caso;
- Estar atento para outros sintomas associados (tosse, chiado e sibilância) e para achados no exame cardiopulmonar, pois – embora seja pouco frequente – pode se tratar de um caso de doença cardíaca ou respiratória;
- Agendar consulta médica caso haja dúvida ou suspeita de problema clínico.

#### **8.3.10 Mastalgia**

##### Cuidados de enfermagem:

- Orientar a gestante quanto à normalidade de incômodo mamário, pela fisiologia da gestação, devido ao aumento mamário e ao desenvolvimento de suas glândulas;
- Recomendar à gestante o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer intercorrência mamária;
- Orientar a gestante sobre o colostro (principalmente nas fases tardias da gravidez), que pode ser eliminado em maior quantidade.

### 8.3.11 Lombalgia/Síndrome miofascial

Dor muscular, com caráter motor e identificação de pontos-gatilho.

#### Cuidados de enfermagem:

- Orientar que faça a correção de sua postura ao se sentar e ao andar;
- Use sapatos com saltos baixos e confortáveis;
- Faça a aplicação de calor local;
- Encaminhar para avaliação de fisioterapia ou avaliação médica se necessário;
- Orientar posição ao dormir;
- Eventualmente use analgésico (se não for contraindicado) por tempo limitado.

#### **Quadro8. Medicamentos para lombalgia na gravidez**

| <b>Medicamentos</b> | <b>Dose</b>  |
|---------------------|--|
| Paracetamol         | Comprimido (500 mg) ou Solução oral (100 mg/ml), de 1-4x/dia |
| Dipirona            | Comprimido (500 mg) ou Solução oral (500 mg/ml)<br>1-4x/dia  |

Ao persistirem os sintomas, a gestante deve ser encaminhada ao médico.

Fonte: Baseado no Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, 2012

### 8.3.12 Cefaléia

Afastar as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia (se houver mais de 24 semanas de gestação);

- Conversar com a gestante sobre suas tensões, seus conflitos e seus temores;
- Referir a gestante à consulta médica, se o sintoma persistir;
- Orientar a gestante quanto aos sinais e sintomas que podem indicar doença grave.

#### **Quadro9. Medicamentos para cefaléia na gravidez**

| <b>Medicamentos</b> | <b>Dose</b> |
|---------------------|-------------|
|                     |             |

|  |  |
|--|--|
| Paracetamol  | Comprimido (500 mg)<br>Solução oral (100 mg/ml) 500 mg de 1-4x/dia |
| Dipirona   | Comprimido (500 mg) ou Solução oral (500 mg/ml) de 1-4x/dia        |
| Ao persistirem os sintomas, a gestante deve ser encaminhada ao médico. |  |

Fonte: Fonte: Brasil (2013)

### 8.3.13 Sangramento Nas Gengivas

#### Cuidados de enfermagem:

- Recomendar a escovação após as refeições e o uso de escova de dentes macia;
- Orientar a realização de massagem na gengiva;
- Recomendar o uso de fio dental;
- Agendar atendimento odontológico; ● Orientar alimentação saudável;

### 8.3.14 Varizes

Manifestam-se, preferencialmente, nos membros inferiores e na vulva, exibindo sintomatologia crescente com o evoluir da gestação.

#### Cuidados de enfermagem:

- Não permaneça muito tempo em pé ou sentada;
- Repouse (por 20 minutos), várias vezes ao dia, com as pernas elevadas;
- Utilizar meia elástica com suave ou média compressão, que pode aliviar o quadro de dor e edema dos membros inferiores;
- Não usar roupas muito justas, ligas nas pernas e nem meias 3/4 ou 7/8.

### 8.3.15 Câimbras

Espasmos musculares involuntários e dolorosos que acometem, em especial, os músculos da panturrilha e se intensificam com o evoluir da gestação.

#### Cuidados de enfermagem:

- Evitar o alongamento muscular excessivo ao acordar, em especial dos músculos do pé (ato de se espreguiçar);

- Na gestação avançada, devem ser evitados o ortostatismo (ficar em pé) prolongado e a permanência na posição sentada por longo período, como em viagens demoradas;
- Nas crises, a grávida com câimbras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagens na perna e da realização de movimentos passivos de extensão e flexão do pé;
- Evitar excesso de exercício físico e massagear o músculo contraído e dolorido; ● Realizar alongamentos específicos, com orientação profissional.

### **8.3.16 Pigmentações/ Cloasma Gravídico**

O aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face ocorre em torno de 50% a 70% das gestantes, dando origem ao cloasma gravídico. A maioria das gestantes também apresenta grau de hiperpigmentação cutânea, especialmente na segunda metade da gravidez. Geralmente estas hiperpigmentações desaparecem lentamente, ou ao menos regridem após o parto. Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico.

#### Cuidados de enfermagem:

- Orientar que é comum na gravidez e costuma diminuir ou desaparecer após o parto;
- Evitar exposição direta ao sol (usar boné, chapéu ou sombrinha); ● Utilizar filtro solar, aplicando no mínimo três vezes ao dia.

### **8.3.17 Estrias**

Lesões dermatológicas definitivas que aparecem na segunda metade da gravidez e se localizam, preferencialmente, no abdômen inferior, na região glútea, nas coxas e nos seios.

#### Cuidados de enfermagem:

- Orientar que são frequentes após o 5º mês de gestação, geralmente no quadril,
- abdome e mamas, ocasionadas pela distensão dos tecidos, e que não existe método eficaz de prevenção;
- Recomendar a massagem local, com óleos e cremes hidratantes compatíveis com a gravidez, livre de conservantes ou qualquer outro alergênico.

- Qualquer tratamento de estrias está contraindicado na gestação, inclusive o uso de ácido retinóico, também contraindicado na amamentação.

### **8.3.18 Edema**

No geral, surge no 3º trimestre da gestação, limitando-se aos membros inferiores e, ocasionalmente, às mãos. Piora com o ortostatismo (ficar em pé) prolongado e com a deambulação; desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia. A maioria das grávidas edemaciadas exibe gestação normal.

Avaliar sempre a possibilidade do edema patológico, em geral associado à hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclâmpsia se assim for encaminhar ao médico.

#### Cuidados de enfermagem:

- evitar ortostatismo prolongado;
- evitar permanecer sentada por longo período, como em viagens demoradas;
- fazer repouso periódico em decúbito lateral e/ou com os membros inferiores elevados;
  - usar meia elástica;
- evitar diuréticos e dieta hipossódica – não é indicado tratamento medicamentoso para correção do edema fisiológico na gravidez;

## **8.4 Consulta de Pré-Natal e Puerperal da Amamentação**

É imprescindível que a gestante receba durante o pré-natal e no puerpério o incentivo para realizar o aleitamento exclusivo até os seis meses e de forma complementar até os dois anos de idade.

Deve receber assim orientações sobre o preparo das mamas, posicionamento para amamentar, pega correta da criança e como agir diante dos problemas mais frequentes com as mamas.

### 8.4.1 Preparo da Mama

- Avaliar as mamas nas consultas de pré-natal;
- Orientar a gestante a usar sutiã confortável durante a gestação;
- Esclarecer que deve ser evitado o uso de sabões, cremes ou pomadas nos mamilos;
- Orientar que é contra-indicada a manipulação excessiva e a expressão do peito durante a gestação para a retirada do colostro.
- Orientar que o uso de buchas vegetais não é indicado para estímulo mamilar;
- Orientar que a exposição ao sol pode gerar queimaduras na pele;
- Orientar que a automedicação para estímulo de leite é contraindicada;
- Orientar que produtos, mesmo que naturais podem afetar a pele da mama;
- Orientar que a família ou rede de apoio pode auxiliar no processo de aleitamento materno;
- Orientar que o melhor preparo da mama é a conscientização através de informações corretas do manejo do aleitamento materno.

### 8.4.2 Aleitamento Materno

A amamentação é um tema que deve ser abordado pelo enfermeiro no período pré-natal e puerperal, na unidade de saúde e no domicílio.

#### Quadro 10. Orientações gerais de Aleitamento Materno

|                            |  |
|----------------------------|--|
| POSIÇÃO                    | <input type="checkbox"/> A melhor posição para amamentar é aquela confortável e prazerosa para a mãe e a criança.<br><input type="checkbox"/> A criança deve estar virada para a mãe, junto de seu corpo, bem apoiada e com os braços livres.<br><input type="checkbox"/> A cabeça da criança deve ficar de frente para o peito e o nariz bem na frente do mamilo. |
| RITMO                      | <input type="checkbox"/> Cada criança tem seu próprio ritmo de mamar, o que deve ser respeitado.<br><input type="checkbox"/> Deixe-a mamar até que fique satisfeita.   |
| HIDRATAÇÃO MATERNA         | <input type="checkbox"/> O importante para a mãe é ter bastante leite, devendo tomar líquidos várias vezes ao dia (6 a 8 copos de 250 ml).   |
| OFERTA                     | <input type="checkbox"/> Orientar a mãe sobre livre demanda na amamentação   |
| INTERVALO ENTRE AS MAMADAS | <input type="checkbox"/> Alguns bebês são muito quietos e reclamam pouco, dormindo muitas horas.   |

|                   |   |
|-------------------|---|
| TÉRMINO DA MAMADA | <input type="checkbox"/> Ao retirar a criança do peito, para que ela solte o mamilo sem machucá-lo, a mãe pode colocar o dedo mínimo no canto da boca da criança, entre as gengivas.  |
| IMPORTÂNCIA       | <input type="checkbox"/> O aleitamento materno exclusivo é recomendado até 6 meses de idade, e complementar com 2 anos ou mais.<br><input type="checkbox"/> Deve-se destacar que não existe leite fraco e sim mamada incorreta.<br><input type="checkbox"/> O leite humano é adequado, completo, equilibrado e suficiente para o bebê de qualquer mulher. |

Fonte: Adaptado Protocolo de Enfermagem de Sinop (2015).

### 8.4.3 Manejo de Intercorrências durante a amamentação

#### 8.4.3.1 Bebê que não suga ou tem sucção fraca

##### Conduta de Enfermagem

- Avaliar RN para ver possibilidade alterações anatômicas crianças prematuras e com malformações orofaciais podem ter mais dificuldade inicial, porém não há contraindicação;
- Orientar a ordenha para garantir a continuidade da produção do leite;  Suspender o uso de chupeta ou mamadeira.
- Estimule o bebê introduzindo o dedo mínimo na sua boca, com a ponta tocando a junção do palato duro e o mole.
- Oferecer leite ordenhado em colher ou copo.
- Acompanhar peso do bebe;
- Encaminhar para odontologia para avaliar possibilidade de alterações.

#### 8.4.3.2 Apojadura tardia

##### Conduta de Enfermagem

- Orientar que normalmente ocorre em 30 horas após o parto, podendo se estender este tempo no parto cesárea.
- Estimular a autoconfiança da mãe.
- Orientar medidas de estímulos como a sucção frequente do bebê e a ordenha.
- A nutrição suplementar do RN (translactação) pode ser realizada por meio de uma sonda fixada junto ao mamilo, para continuar estimulando a mama

### 8.4.3.3 Mamilos planos ou invertidos

#### Conduta de Enfermagem

- Orientar que esta condição pode dificultar, mas não impedir a amamentação, pois o bebê faz o “bico” com a aréola.
- Promover a confiança para mãe; ajudar o bebê a abocanhar o mamilo e parte da aréola; tentar diferentes posições para escolher a melhor.
- Manter a ordenha para garantir a produção do leite e oferecer em copinho para a criança.

### 8.4.3.4 Ingurgitamento Mamário

#### Conduta de Enfermagem

- Ordenha manual antes da mamada.
- Mamadas frequentes, sem horários preestabelecidos.
- Uso de sutiã com alças largas e firmes.
- Compressas frias de, no máximo, 20 minutos entre as mamadas; □ Prescrever analgésico se necessário:

#### **Quadro 11. Analgésico para dor em Ingurgitamento mamário**

| Medicamento        | Dose                             |
|--------------------|----------------------------------|
| Dipirona 500 mg    | Tomar 01 comp 6/6h se dor        |
| Paracetamol 500 mg | Tomar 01 comp 6/6 horas, se dor. |

Fonte: Brasil (2013)

### 8.4.3.5 Dor Mamilar/Fissura

#### Conduta de Enfermagem

- Orientar posicionamento e pega correta, que normalmente são as causas do problema.
- Manter os mamilos secos, e trocas frequentes dos forros úmidos.
- Não utilizar produtos como sabão, álcool, pomada, creme ou outro produto secante.
- Introduzir o dedo mínimo pelo canto da boca do bebê para a sucção ser interrompida antes de a criança ser retirada do seio.

**Quadro 12. Analgésico para dor em mamar**

| <b>Medicamento</b> | <b>Dose</b>                      |
|--------------------|----------------------------------|
| Dipirona 500 mg    | Tomar 01 comp 6/6h se dor        |
| Paracetamol 500 mg | Tomar 01 comp 6/6 horas, se dor. |

Fonte: Brasil (2013)

**8.4.3.6 Candidíase/Monilíase mamária**Conduta de Enfermagem

- Avaliar o problema na mãe e no bebê, que devem ser tratados simultaneamente. Manifestase por coceira, sensação de queimadura e dor em agulhadas nos mamilos, aréolas e mamilos avermelhadas, brilhante com fina descamação. Na criança, aparecem placas brancas na região oral;
- Orientar manter os mamilos secos, expor à luz alguns minutos no dia;
- Chupetas são fontes importantes de reinfecção;
- Encaminhar para avaliação médica se não houver melhora com medicação tópica.

**Quadro 13. Medicamentos para monilíase mamária**

| <b>Medicamento</b> | <b>Dose</b>  |
|--------------------|--|
| Nistatina pomada   | Passar na lesão 2x ao dia por 7 a 14 dias<br>Não precisa ser removido antes da próxima mamada. |

Fonte: Nota técnica saúde da Mulher (2019) e Brasil 2016.

**8.4.3.7 Ejeção do leite exagerado**Conduta de Enfermagem

- Orientar a ordenha antes de cada mamada.
- Estimular a doação de leite materno em banco de leite humano;

### 8.4.3.8 Mastite

#### Conduta de Enfermagem

- Identificar a condição geralmente caracterizada por: mama dolorosa, vermelha, quente e edemaciada. Trata-se de processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama, pode ou não progredir para infecção bacteriana.
- A prevenção é semelhante ao ingurgitamento mamário e fissuras.
- Não suspender o aleitamento.
- Esvaziar adequadamente as mamas; caso não ocorra na mamada, realizar a ordenha manual.
- Oferecer suporte emocional, repouso da mãe, líquidos abundantes, iniciar amamentação na mama não afetada.

#### **Quadro 14. Medicamentos para mastite**

| <b>MEDICAMENTO</b> | <b>DOSE</b>                      |
|--------------------|----------------------------------|
| Ibuprofeno 600mg   | Tomar 01 comp de 6/6h por 5 dias |
| Cefalexina 500mg   | Tomar 01cp de 6/6h por 7 dias.   |

Fonte: Nota técnica saúde da mulher (2019) e BRASIL, 2016.

- Se não houver melhora ou presença de abscesso encaminhar para avaliação e conduta médica.

## 8.5 Consulta de enfermagem no Puerpério

Para facilitar a organização das ações de saúde, o puerpério pode ser dividido em:

- Imediato (do 1 a 10 dias após o parto);
- Tardio (do 11 a 45 dia);
- Remoto (após os 45 dias, com término imprevisto).

**Atenção:**

O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 3 a 5 dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar. Essa estratégia faz parte do cuidado previsto para a “Primeira Semana de Saúde Integral” que inclui a realização do teste do pezinho e primeiras vacinas do RN, acolhimento do binômio mãe-bebê e a primeira consulta puerperal e de puericultura (BRASIL,2006).

Este momento é de extrema importância para aumentar o vínculo e orientar sobre como será o acompanhamento de puericultura e orientações sobre o aleitamento materno.

**8.5.1 Anamnese**

- Verificar Cartão da Gestante, dados da gestação (quantidade de consultas, uso de medicamentos, intercorrências no pré-natal), informações do parto e de possíveis intercorrências, uso de imunoglobulina anti-D para as puérperas Rh negativo, uso de megadose de vitamina A (ver Saiba Mais), informações sobre a alta do RN (caso não tenha ocorrido em conjunto com a mãe, registrar motivos).
- Verificar dados do RN (peso, comprimento, Apgar, imunização, registro civil, realização dos testes do reflexo vermelho, do pezinho e da orelhinha etc.) e identificar RN de risco (baixo peso ao nascer, internação por intercorrência ao nascimento, história de morte de criança menor de cinco anos na família, mãe HIV positivo). Veja e Saiba Mais no Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde da Criança.
- Em caso de parto vaginal com lacerações ou realização de episiotomia, perguntar sobre dor em local de sutura, presença de secreções e sinais flogísticos ou outras alterações.
- Em caso de parto por via abdominal (cesariana), perguntar sobre sinais flogísticos e presença de secreção em ferida operatória.
- Atentar aos sinais de alerta: febre, sangramento vaginal, dor pélvica ou infecção, leucorreia fétida, alteração da pressão arterial, tontura muito frequente, mamas “empedradas” e doloridas.
- Caso haja a presença de algum desses sintomas, deve ser realizada avaliação médica e, se necessário, solicitar remoção para o serviço hospitalar.

### 8.5.2 Exame Físico Geral

- Avaliar mucosas e estado geral na investigação de insuficiência férica; ● Avaliar mamas e mamilos.
- Examinar abdome (condição uterina, dor à palpação, aspecto da ferida operatória se parto cesariana);
- Examinar períneo e genitais externos (verificar a presença e características dos lóquios e avaliar as condições das cicatrizes de lacerações ou episiotomia – não há necessidade de retirada de pontos, pois o fio da episiorrafia é absorvível);
- Investigar edemas;
- monitorar sinais vitais;

### 8.5.3 Prescrições de Enfermagem

- Orientar, estimular e apoiar a família na amamentação exclusiva, reforçando a importância e benefícios (ver seção 3, sobre aleitamento materno).
- Orientar cuidados com as mamas (ver seção 3, sobre aleitamento materno).
- Orientar ingestão hídrica frequente, alimentação adequada e dieta fracionada.
- Incentivar a prática de atividade física no puerpério tardio.
- Compartilhar o cuidado – encaminhar a puérpera aos serviços especializados de saúde mental se detectado sofrimento mental grave, apoiar a família e articular outras redes de apoio social, quando necessário.
- Atualizar o calendário vacinal da mulher, dT e tríplice viral, quando necessário. - Retirar os pontos da cesariana entre sete a dez dias após o parto, conforme orientação médica, no puerpério imediato.
- No puerpério imediato, tirar dúvidas e orientar quanto ao retorno da atividade sexual e planejamento reprodutivo.
- No puerpério tardio, orientar e recomendar métodos contraceptivos de acordo com a preferência e condição clínica da mulher – ver o Protocolo de Enfermagem na Atenção ao Planejamento Familiar

### 8.5.4 Suplementação de Ferro

- Prescrição de sulfato ferroso 40 mg de ferro elementar (comprimido de 40 mg de Fe), 30 minutos antes almoço, de preferência com suco de frutas cítricas, até três meses após o parto.

#### Quadro 15. Medicamentos para suplementação de Ferro

Sulfato Ferroso            1 comprimido de Sulfato Ferroso 40mg Fe/dia.

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro recomenda a suplementação de 40mg/dia de ferro elementar. Orienta-se que a ingestão seja realizada uma hora antes das refeições. A suplementação deve ser mantida no pós-parto e no pós-aborto por três meses.

Fonte: Baseado no Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco 2012 e BRASIL, 2022.

#### Referências

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25.06.86. **Lei do Exercício Profissional de Enfermagem**. Brasília, 1986.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. 3. ed. Brasília, 2000b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica, no. 32. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de normas de vacinação**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 730 de 2005. **Institui o Programa Nacional de Suplementação de Ferro**. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.920, DE 5 DE SETEMBRO DE 2013. Institui a **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) -Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**. Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias** / Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério**. São Paulo, Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestão de alto risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

GOIÁS, COREN – GO. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. 3ed. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2017.

PROGRAMA NACIONAL TELESSAÚDE (TELESSAÚDE BRASIL). **Qual o tratamento de náuseas e vômitos na gestação?** Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/qual-o-tratamento-de-nauseas-e-vomitos-nagestacao/>> Acesso em: abril 2023.

SINOP. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Estratégia de saúde da família. **Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde do Município de Sinop**. 1º ed. Sinop, MT. 2015.

REGO, José Dias. **Aleitamento Materno**. 2º ed. rev. e ampl. São Paulo: Editora Ateneu, 2006.

## 9. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DO PAI/PARCEIRO/PARCEIRIAS

---

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) - Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009 – visa ofertar às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbimortalidade e melhores condições de saúde da população do sexo masculino.

A essa política incluiu-se em 2011, o tema paternidade e cuidado, e em 2016 por meio da estratégia de atenção ao Pré-Natal do Parceiro iniciou o desenvolvimento de ações voltadas para o planejamento reprodutivo, ao parto e ao nascimento. Essa estratégia tem como principais objetivos:

- Ofertar uma consulta com exames de rotina no pré-natal da parceria;
- Envolver os homens no processo de planejamento reprodutivo, gestação e parto, puerpério e cuidados com o desenvolvimento da criança;
- Promover o autocuidado do homem, reduzir a morbimortalidade masculina, melhorar o vínculo entre mulheres, homens e filhos.

A assistência pré-natal deve ser um momento de acolhimento e escuta, possibilitando respeito à gestante e sua rede de apoio, favorecendo a participação ativa dos envolvidos e promovendo a igualdade de gênero nas vivências de maternidade e paternidade.

É importante lembrar que o envolvimento do pai/parceiro/parcerias só deve acontecer com consentimento da gestante. Caso ela não deseje, é importante respeitar a sua decisão, buscar informações sobre a mesma e perguntar se ela quer que outra pessoa a acompanhe nesse processo.

Considerando a diversidade de estruturas familiares e o direito civil dessas na atenção à saúde, esse protocolo utilizará os termos pai/parceiro/parcerias para referir-se ao pai (biológico ou adotivo) e parceiro/parcerias (relação de vínculo afetivo-amoroso com a gestante podendo ser único ou múltiplos, do mesmo ou de gêneros diferentes).

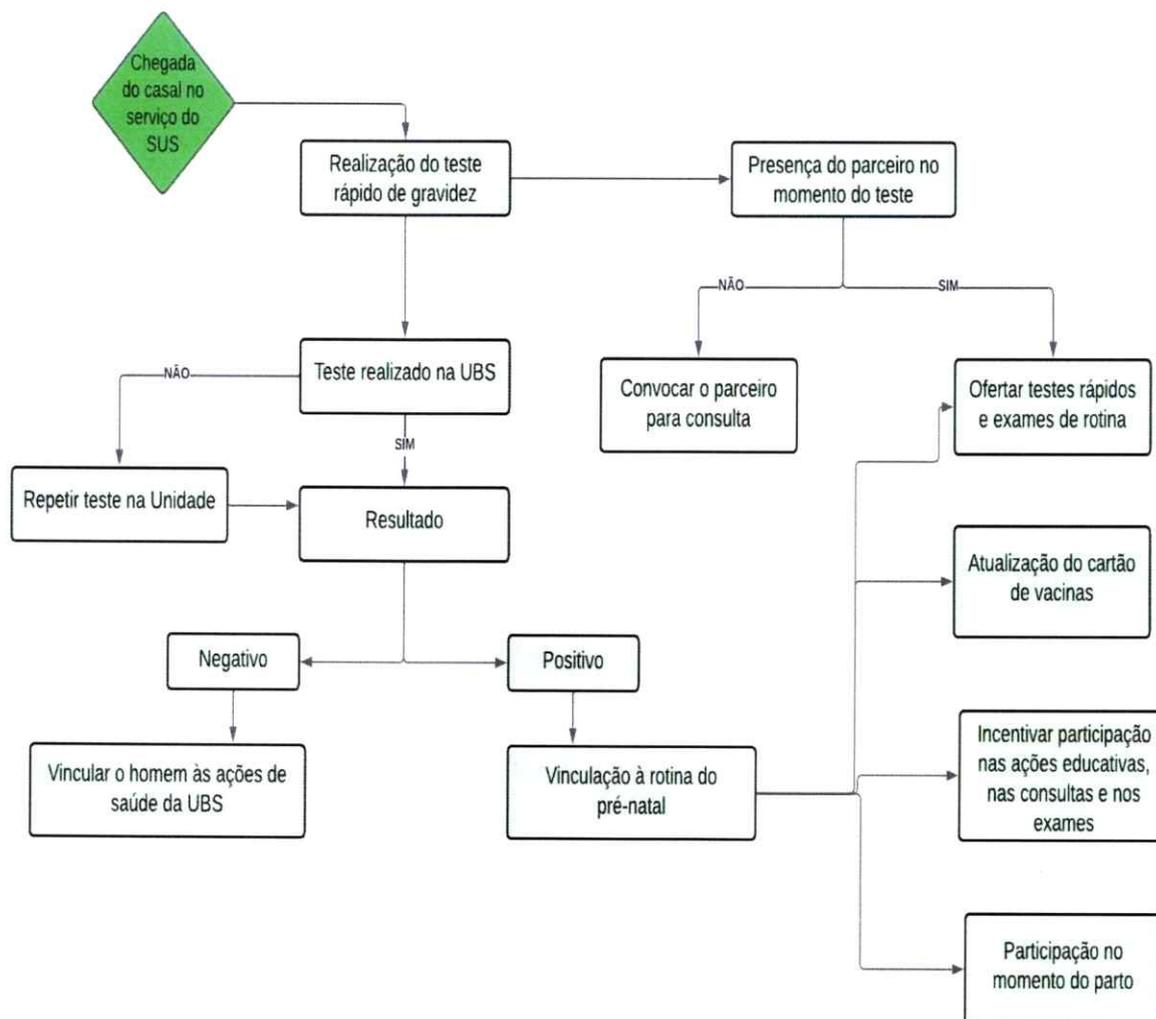
### 9.1 O Atendimento ao Pré-Natal das Parcerias

O Guia de Pré-Natal do Parceiro para Profissionais da Saúde (BRASIL, 2016) apresenta o seguinte fluxo de atendimento, desde a confirmação da gravidez, em consulta médica ou de

enfermagem, dá-se início à participação do pai/parceiro/parcerias nas rotinas de acompanhamento da gestante:

### Fluxograma 1 - Fluxo de atendimento pré natal do parceiro

Essa estratégia utiliza 05 passos para atendimento a parceria da gestante:



Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016.

**Quadro 1. Etapas de atendimento ao pré-natal de parcerias**

| Etapa   | Ações   |
|---|---|
| Acolhimento   | <p>Discutir com o pai e a mãe ou pares do mesmo sexo, ou ainda com a mãe (na ausência do pai) como pode ser a participação do pai no pré-natal, no parto e no pós-parto.</p> <p>Ouvir do pai e da mãe, ou de pares do mesmo sexo suas expectativas em relação à paternidade, ao pré-natal, ao parto e ao pós-parto.</p> <p>Elaborar uma linha de cuidado para o pré-natal, com a participação do pai e da mãe ou de pares do mesmo sexo. Em outras palavras, planejar – com a participação do pai e da mãe ou de pares do mesmo sexo– as ações e o fluxo de cuidados que devem ser assegurados para que as necessidades dos pais e da criança sejam atendidas.</p> <p>Discutir as expectativas em relação ao planejamento reprodutivo, levando em conta a geração ou não de outros filhos e, se for o caso, métodos contraceptivos.</p> <p>Realizar atendimento ao homem no pré-natal da companheira ou par do mesmo sexo, considerando a existência de especificidades que serão melhor trabalhadas sem o seu par e favorecendo a importância deste homem neste processo.</p> <p>Discutir com a mãe, no caso da inviabilidade da presença de seu parceiro ou parceira, estratégias de participação voltadas para o pré-natal, o parto e o pós-parto.</p> |
| Realização de exames, testes rápidos e vacinação.   | <p>Discutir com o pai e a mãe ou pares do mesmo sexo a importância da realização de exames, testes rápidos e vacinação para a saúde deles e da criança.</p> <p>Dentro do planejamento das ações de cuidado, assegurar a realização de exames, testes rápidos e vacinação.</p>   |
| Acompanhamento e avaliação das consultas pré-natais | <p>Durante as consultas do pré-natal, manter o diálogo com o pai e a mãe ou pares do mesmo sexo acerca dos avanços, possíveis intercorrências e possíveis estressores relacionados à gravidez.</p> <p>Avaliar periodicamente como o envolvimento e a participação do pai e da mãe ou de pares do mesmo sexo no pré-natal podem assegurar a manutenção da saúde da criança e deles.</p>  |
| Envolvimento dos homens no parto e no puerpério     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir com o pai e a mãe ou pares do mesmo sexo a participação deles, respeitando o direito da escolha do acompanhante pela mulher.</li> </ul>   |

Fonte: BRASIL, 2016.

As etapas sugeridas pelo Ministério da Saúde podem ocorrer simultaneamente, adaptando-as para que possam ser atendidas as especificidades de gênero, geração, cor/raça, orientação sexual, escolaridade e aspectos socioeconômicos.

## 9.2 Consulta De Enfermagem

### 9.2.1 Anamnese

Questões a respeito do histórico deste usuário com o tema da paternidade, no sentido de conhecer suas experiências e vivências pregressas e expectativas, a fim de captar quais são as facilidades e as dificuldades encontradas, construindo possíveis estratégias de enfrentamento:

- Planejamento reprodutivo e desejo pela paternidade
- Rede familiar e social
- Condições de moradia, trabalho e exposições ambientais
- Atividade física
- História nutricional
- Tabagismo, álcool e outras drogas
- Históricos patológicos pessoas e familiares
- Histórico pessoal a respeito de saúde mental, bucal, sexual e vacinal;

A valorização das dúvidas e queixas da parceria, é válida tanto para investigação de doenças como para criação de vínculo entre profissional-usuário. Entre queixas comuns, o profissional deve-se atentar sobre a *Síndrome de Couvade*, a qual corresponde a um conjunto de sintomas que podem aparecer nos homens durante a gestação da companheira, que exprimem psicologicamente a gravidez apresentando sensações semelhantes como (BRASIL, 2016):

- Náuseas, vômitos, gastrite e azia;
- Cefaléia;
- Hábitos alimentares alterados como aumento ou perda de apetite, mas frequentemente há aumento do peso;
- Sintomas emocionais manifestados são: insônia, aumento da irritabilidade, depressão, emotividade, sensibilidade, sentimento de alegria e completude e ansiedade;

### 9.2.2 Exame físico

- Realizar exame físico completo, oportunizando a abordagem da sexualidade e reprodução (planejamento familiar), infecções sexualmente transmissíveis, suspeita de violência entre outros;

### 9.2.3 Prescrições de Enfermagem

- Realizar prática de atividades físicas regulares;
- Realizar alimentação balanceada e saudável (preferência por alimentos in natura; usar óleos, gorduras, sal e açúcar com moderação; limitar o uso de produtos prontos para consumo; evitar comidas prontas tipo fast food etc.);
- Diminuir ou cessar consumo de bebida alcoólica, cigarro e outras drogas. Caso seja necessário encaminhar para grupo de cessação ao tabagismo ou outros grupos disponíveis na rede de atenção (CAPS, CREAS, AA);
- Participar do grupo de gestantes e parcerias da UBS, a qual se aborda com temas como: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; Gênero, socialização masculina e impactos para a vida de homens, mulheres e crianças; Sexualidade, direitos sexuais e direitos reprodutivos; Paternidade, como ser um pai/parceiro presente; Prevenção de acidentes e de violência entre a população masculina, dentre outros;
- Encaminhar para avaliação médica ou de outros profissionais caso seja necessário;
- Explicar para a gestante e para o pai/parceiro os benefícios da participação dele em todas as etapas da gestação, desde as consultas de pré-natal até o momento do parto e do pós-parto;
- Informar a população sobre os direitos dos pais, como por exemplo, a licença paternidade de 05 (cinco) dias, garantidos por lei;
- Incentivar e orientar pais e mães sobre a importância do registro civil de nascimento de seus filhos(as), com especial atenção para pais e mães adolescentes e jovens;
- Divulgar amplamente a Lei do Acompanhante nº 11.108/2005, estimulando que esse acompanhante - inclusive no caso de pais adolescentes - seja o pai/parceiro, respeitando a livre escolha da mulher;
- Orientar como o pai/parceiro pode estimular e favorecer a amamentação de sua parceira, além de dividir as atividades domésticas e tarefas de cuidado com a criança;
- Orientar importância da imunização do parceiro;

- Orientar hábitos saudáveis de lazer e atividade física.

### 9.2.4 Exames Laboratoriais

**Quadro 1. Exames de Pré-Natal do Parceiro**

| EXAMES   |   |
|--|---|
| Hemograma  | VDRL ou Teste rápido para Sífilis   |
| Glicemia de jejum  | HBsAg   |
| Perfil Lipídico  | Anti-HCV ou Teste rápido para HCV   |
| Tipagem sanguínea e Fator RH (no caso da mulher ter RH negativo) | Eletroforese da hemoglobina (para detecção da doença falciforme em critérios) |
| Anti-HIV ou Teste rápido para HIV                                |   |

Fonte: BRASIL, 2016.

### Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, DF. 2009. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html)> Acesso em: 13 mai. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde** /Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016

GOIÁS, COREN – GO. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. 3ed. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2017.

## 10. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

---

São consideradas idosas, as pessoas com 60 anos ou mais. Concomitantemente ao processo de envelhecimento populacional, ocorre o aumento das doenças crônicas não transmissíveis que podem contribuir para o comprometimento da saúde, bem como independência e autonomia dos idosos.

O acompanhamento da pessoa idosa na APS deve ser realizado por profissionais de saúde que atuem de forma integrada e multiprofissional através do conhecimento da população idosa de seu território, da realização da avaliação multidimensional, estratificação de risco clínico-funcional e do manejo adequado das necessidades dos idosos por estrato de risco, com vistas à melhoria da qualidade de vida atual e futura.

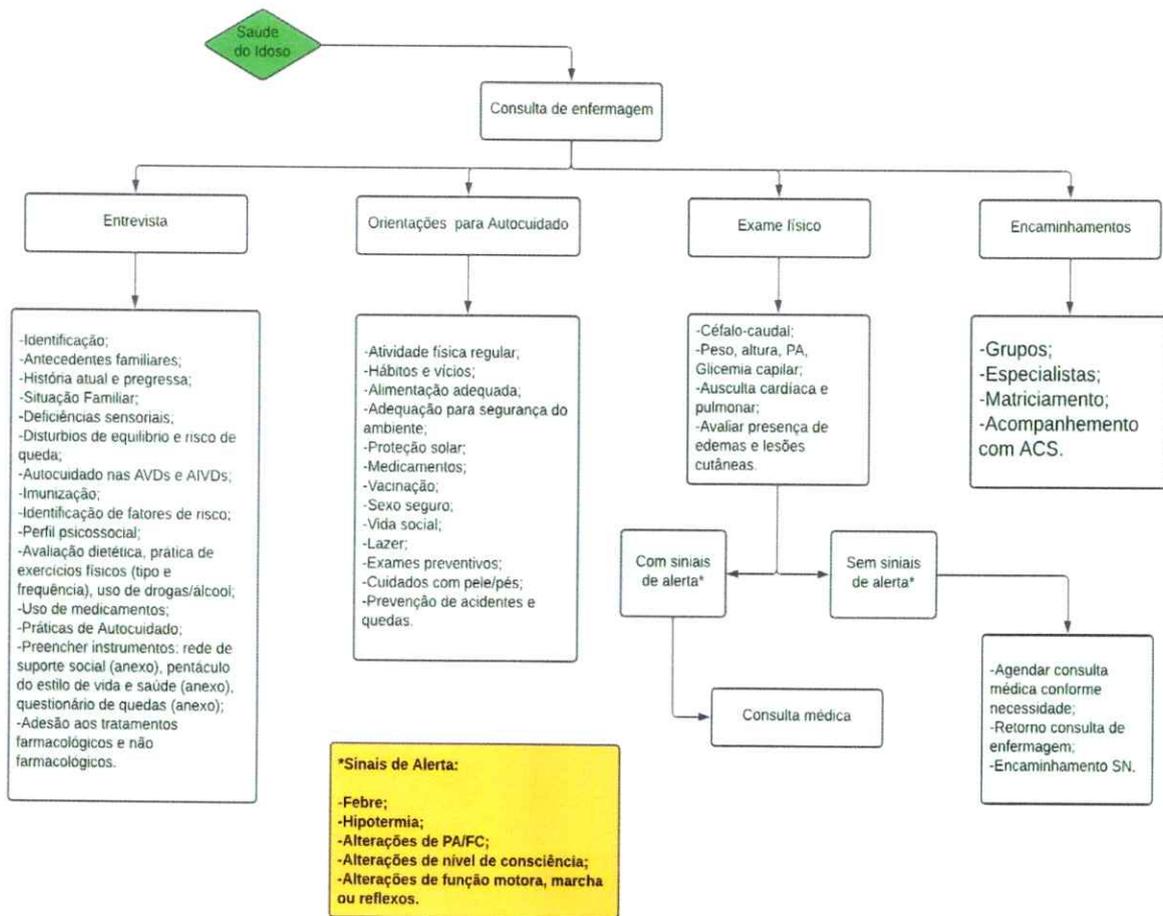
### 10.1 Consulta de Enfermagem

O processo de enfermagem na atenção à pessoa idosa inclui também ações promocionais e preservadores da saúde do usuário e de seus familiares. O caderno de Atenção nº 19 (BRASIL, 2007) cita como atribuição dos enfermeiros da atenção básica no atendimento à saúde da pessoa idosa:

- Realizar atenção integral às pessoas idosas;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessário;
- Realizar consulta de enfermagem, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares;
- Solicitar exames complementares;
- Prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão;
- Supervisionar e coordenar o trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem;
- Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe;
- Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos;
- Realizar ou articular encaminhamentos se houver necessidade;

- O fluxo de consulta de enfermagem em saúde do idoso deve seguir o seguinte fluxograma:

**Fluxograma 1 - Consulta de enfermagem em saúde do idoso**



Fonte: FLORIANÓPOLIS, 2011.

### 10.1.1 Avaliação Sociofamiliar

Consiste na identificação e na caracterização dos principais fatores de risco determinantes da saúde do idoso, por meio da aplicação do instrumento Avaliação da Fragilidade Sociofamiliar (Quadro 1).

**Quadro 1. Avaliação sociofamiliar**

|                             |  | SIM | NÃO | Pontuação |
|-----------------------------|--|-----|-----|-----------|
| Suporte Familiar            | Morar sozinho  | 2   | 0   |           |
|                             | Residente em Instituição de Longa Permanência  | 4   | 0   |           |
|                             | Presença de companheiro ou cônjuge   | 0   | 2   |           |
|                             | Viuvez no último ano   | 2   | 0   |           |
|                             | Presença de familiares ou amigos com disponibilidade de atendê-lo, em caso de necessidade ou presença de cuidador, familiar ou profissional prestador de cuidados. | 0   | 6   |           |
|                             | Recebe visitas de amigos ou familiares com frequência  | 0   | 2   |           |
|                             | Responsável pelo cuidado de pessoas dependentes na sua casa  | 2   | 0   |           |
| Suporte Social              | Analfabetismo  | 2   | 0   |           |
|                             | Beneficiário do benefício de prestação continuada  | 4   | 0   |           |
|                             | Moradia Própria  | 0   | 2   |           |
|                             | Moradia em boas condições de higiene e organização   | 0   | 4   |           |
|                             | Acesso a renda própria ou familiares suficientes para garantir a própria subsistência  | 0   | 6   |           |
|                             | Relato de participação em atividades extradomiciliares para garantir a subsistência como trabalho, família, igreja, grupo de convivências.                         |     |     |           |
| Gravidade: Ausente: 0 ponto |  |     |     |           |
| Leve: 1 a 4 pontos          |  |     |     |           |
| Moderado: 4 a 9 pontos      |  |     |     |           |
| Grave: 10 pontos            |  |     |     |           |

Fonte: BRASIL, 2019.

### 10.1.2 Avaliação Multidimensional

A Avaliação Multidimensional é uma ferramenta para que o profissional de saúde possa detectar possíveis fatores que influenciam no processo saúde-doença do usuário com 60 anos ou mais, possibilitando realização de diagnóstico situacional a fim de identificar as áreas mais comprometidas que possam afetar sua capacidade funcional.

Existem instrumentos como a Caderneta do Idoso que auxiliam na avaliação das múltiplas dimensões da saúde da pessoa idosa. Uma forma mais sistematizada de conhecimento da subpopulação de idosos é a avaliação clínico-funcional, por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20), instrumento desenvolvido a partir do modelo multidimensional de saúde do idoso, para rastrear a fragilidade da pessoa idosa.

Pode ser aplicado por qualquer profissional da equipe da Atenção Primária (enfermeiro, médico, técnico/auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, dentista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, dentista, psicólogo, farmacêutico e outros), desde que devidamente capacitados e autorizados por diretrizes municipais, quando necessário. A ser realizado durante a visita ou atendimento familiar, nas várias oportunidades de contato com a equipe (vacinação, renovação de receita, dispensação de medicamentos, consultas por situações agudas, atividades educacionais, dentre outras) ou em mutirões de avaliação.

O IVCF-20 pode ser útil tanto para a avaliação de risco dos idosos, quanto para o manejo clínico dessa população, da seguinte forma:

- Avaliação de risco: identifica o idoso frágil; permite a gestão da população de risco, conforme o diagnóstico populacional; facilita o planejamento de demanda programada, por meio da definição de grupo de idosos que necessitam de atendimento diferenciado na APS e encaminhamento para especialidades.
- Manejo clínico: identifica sintomas ou problemas de saúde que merecem intervenções específicas; possibilita a prescrição de intervenções preventivas, promocionais, paliativas ou reabilitadoras individualizadas, conforme o estrato clínico-funcional do idoso, capazes de melhorar a autonomia e a independência do idoso, e de prevenir o declínio funcional, a institucionalização e o óbito; favorece o planejamento da consulta especializada, destacando as dimensões da saúde do idoso que merecem investigação mais detalhada.

## Quadro 2 – Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional 20

IVCF-20 (versão do profissional de saúde)

| ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20   |  |  | Pontuação    |
|--|--|--|--------------|
| www.ivcf-20.com.br   |  |  |              |
| Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você.<br>Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador. |  |  |              |
| IDADE  | 1. Qual é a sua idade?   | ( ) 60 a 74 anos <sup>0</sup><br>( ) 75 a 84 anos <sup>1</sup><br>( ) ≥ 85 anos <sup>2</sup>   |              |
| AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE  | 2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:   | ( ) Excelente, muito boa ou boa <sup>0</sup><br>( ) Regular ou ruim <sup>1</sup>   |              |
| ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA  | AVD Instrumental<br><small>Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</small> | 3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?<br>( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde  | Máximo 4 pts |
|  |  | 4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?<br>( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde  |              |
|  |  | 5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?<br>( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde  |              |
|  | AVD Básica   | 6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?<br>( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não  |              |
| COGNIÇÃO   | 7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?<br>( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não  |  |              |
|  | 8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?<br>( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não  |  |              |
|  | 9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?<br>( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não   |  |              |
| HUMOR  | 10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?<br>( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não  |  |              |
|  | 11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?<br>( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não   |  |              |
| MOBILIDADE   | Alcance, preensão e pinça  | 12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?<br>( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não  | Máximo 2 pts |
|  |  | 13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?<br>( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não  |              |
|  | Capacidade aeróbica e/ou muscular  | 14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês ( );</li> <li>• Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m<sup>2</sup> ( );</li> <li>• Circunferência da panturrilha a &lt; 31 cm ( );</li> <li>• Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) &gt; 5 segundos ( ).</li> </ul> |              |
|  |  | ( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não   |              |
|  | Marcha   | 15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?<br>( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não   |              |
|  |  | 16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?<br>( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não   |              |
|  | Continência esfincteriana  | 17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?<br>( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não   |              |
| COMUNICAÇÃO  | Visão  | 18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.<br>( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não  |              |
|  | Audição  | 19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição.<br>( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não   |              |
| COMORBIDADES MÚLTIPLAS   | Polipatologia  | 20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Cinco ou mais doenças crônicas ( );</li> <li>• Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia ( );</li> <li>• Internação recente, nos últimos 6 meses ( ).</li> </ul>  | Máximo 4 pts |
|  | Polifarmácia   |  |              |
|  | Internação recente (<6 meses)  |  |              |
| PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)  |  |  |              |

Fonte: BRASIL, 2019.

A metodologia propõe uma pontuação que possibilita correlacionar o risco de vulnerabilidade clínico-funcional e o declínio funcional com a pontuação obtida. Cada seção tem pontuação específica que somadas podem atingir o valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso, esta classificação encontra disposta no Quadro 3.

**Quadro 3 - Classificação de Risco de Vulnerabilidade Clínico Funcional no Idoso**

| Pontos | Classificação de risco de vulnerabilidade clínico-funcional | Resultado                      |
|--------|---|--------------------------------|
| 0 - 6  | BAIXO RISCO   | Ausência de declínio funcional |
| 7 - 14 | MODERADO RISCO  | Possível declínio funcional    |
| ≥15    | ALTO RISCO  | Presença de declínio funcional |

Fonte: BRASIL, 2019.

### 10.1.3 Avaliação Do Funcionamento Global

O detalhamento das Atividades de Vida Diária (AVD) avalia a capacidade do idoso para a realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), como tomar banho, vestir-se, uso do vaso sanitário, transferência, continência e alimentar-se e das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), como preparar refeições, tomar remédios, fazer compras, controlar o dinheiro, usar o telefone, arrumar a casa, lavar e passar roupa e sair de casa sozinho. As Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) são relacionadas às atividades produtivas, de lazer e de socialização e absolutamente individuais, envolvem a realização de atividades dentro das dimensões de participação em atividades sociais, produtivas e de lazer, tais como: habilidades para manter o trabalho, viajar e planejar viagens, participação em grupos ou movimentos comunitários, dirigir, planejar eventos ou jogar.

**Quadro 4 - Avaliação para Atividades Básicas de Vida Diária**

|             | Independência  | Dependência   |
|-------------|--|---|
| Tomar Banho | Requer ajuda somente para lavar uma única parte do corpo (como costas ou membro deficiente) ou toma banho sozinho. | Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para entrar ou sair da banheira, ou não toma banho sozinho. |
| Vestir-se   | Pega as roupas nos armários e gavetas, veste-as, coloca órteses ou próteses,                                       | Veste-se apenas parcialmente  |

|                       |  |   |
|-----------------------|--|---|
|                       | manuseia fechos. Exclui-se o ato de amarrar os sapatos.  | ou não se veste sozinho.  |
| Uso do vaso sanitário | Vai ao vaso sanitário, senta-se e levanta-se do vaso; ajeita as roupas, faz a higiene íntima.      | Usa comadre ou similar, controlado por terceiros ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e usá-lo.   |
| Transferência         | Deita-se e sai da cama sozinho, senta e se levanta da cadeira sozinho (pode usar objeto de apoio). | Requer ajuda para deitar-se na cama, sentar na cadeira, levantar-se e não faz uma ou mais transferências. |
| Continência           | Micção e evacuação inteiramente autocontrolados  | Incontinência parcial ou total  |
| Alimentar-se          | Leva comida do prato à boca.   | Requer ajuda para levar comida do prato à boca.   |

Fonte: BRASIL, 2019.

#### Quadro 5 - Avaliação para Atividades Instrumentais de Vida Diária

|   | Sem ajuda | Com ajuda parcial | Incapaz |
|---|-----------|-------------------|---------|
| Você é capaz de preparar suas refeições?  |           |                   |         |
| Você é capaz de tomar seus remédios na dose certa e horário correto?  |           |                   |         |
| Você é capaz de fazer compras?  |           |                   |         |
| Você é capaz de controlar seu dinheiro?   |           |                   |         |
| Você é capaz de usar o telefone?  |           |                   |         |
| Você é capaz de arrumar sua casa ou pequenos trabalhos domésticos?  |           |                   |         |
| Você é capaz de lavar e passar sua roupa?   |           |                   |         |
| Você é capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial |           |                   |         |

Fonte: BRASIL, 2019.

### 10.1.4 Estratificação De Risco

**Quadro 6** - Estratificação de risco clínico-funcional do idoso.

|   |                  |  |
|---|------------------|--|
| Perfil 1 (idoso robusto):<br>Pessoas idosas independentes e autônomas para realizar as atividades da vida diária; ausência de declínio funcional                                    | <b>Estrato 1</b> | Idosos que se encontram no grau máximo de vitalidade.<br><br>Idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD.<br><br>Ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade.<br><br>Envelheceram livres de doenças e não apresentam outra condição de saúde preditora de desfechos adversos.   |
|   | <b>Estrato 2</b> | Idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD. Apresentam condições de saúde de menor complexidade clínica, como a hipertensão arterial controlada e sem lesão de órgão-alvo ou diabetes mellitus controlado e sem lesão de órgão-alvo.<br><br>E/OU<br><br>Apresentam fatores de risco gerais, como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, depressão leve, dentre outros.   |
|   | <b>Estrato 3</b> | Idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD. Apresentam doenças crônico-degenerativas com base em critérios diagnósticos bem estabelecidos e de maior complexidade clínica, como hipertensão arterial descontrolada ou com lesão de órgão-alvo, diabetes mellitus descontrolado ou com lesão de órgão-alvo, depressão moderada/grave, ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica/asma, osteoartrite, doença arterial coronariana, história de infarto agudo de miocárdio, doença arterial periférica, câncer não cutâneo, osteoporose densitométrica, dor crônica, fibrilação atrial, doença de Parkinson e anemia.   |
| Perfil 2 (idoso em risco de fragilização):<br>Pessoas idosas com necessidade de adaptação ou supervisão de terceiros para realizar as atividades da vida diária; declínio funcional | <b>Estrato 4</b> | Idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD<br>Apresentam algumas das situações: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Presença de evidências de redução da capacidade aeróbia/muscular: perda de peso significativa, fatigabilidade, baixo nível de atividade física associado à redução objetiva da força muscular ou circunferência da panturrilha de 31 cm.</li> <li>● Presença de comprometimento cognitivo leve ou transtorno neurocognitivo leve.</li> <li>● Presença de comorbidades múltiplas:</li> <li>● 2 ou mais doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas e de maior complexidade clínica (ver estrato 3).</li> <li>● 5 ou mais condições crônicas de saúde, incluindo as doenças crônico-degenerativas clássicas, enfermidades (<i>illness</i>), fatores de risco ou sintomas que necessitam de intervenção médica</li> <li>● Polifarmácia: uso diário de 5 ou mais medicamentos de classes</li> </ul> |

|   |                   |  |
|---|-------------------|--|
| iminente  |                   | diferentes.<br><ul style="list-style-type: none"> <li>● Internação recente, nos últimos 6 meses.</li> </ul>  |
|   | <b>Estrato 5</b>  | Idosos independentes para AIVD e ABVD.<br>Apresentam: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Limitações nas AAVD (atividades relacionadas à integração social, atividades produtivas, recreativas e/ou sociais).</li> <li>● Evidências clínicas de redução significativa da capacidade aeróbia/muscular: velocidade de marcha em 4 m <math>\leq</math> 0,8 m/s ou <i>Timed Up and Go</i> <math>\geq</math> 20 segundos.</li> </ul> |
|   | <b>Estrato 6</b>  | Idosos que apresentam: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Independência para ABVD E</li> <li>● Declínio funcional parcial nas AIVD (dependência parcial)</li> </ul>  |
| Perfil 3 (idoso frágil):<br>Pessoas idosas dependentes de terceiros para realizar as atividades da vida diária; declínio funcional estabelecido | <b>Estrato 7</b>  | Idosos que apresentam: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Independência para ABVD E</li> <li>● Declínio funcional em todas as AIVD (dependência completa)</li> </ul>   |
|   | <b>Estrato 8</b>  | Idosos que apresentam: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dependência completa nas AIVD E</li> <li>● Semidependência nas ABVD: comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro).</li> </ul>   |
|   | <b>Estrato 9</b>  | Idosos que apresentam: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dependência completa nas AIVD E</li> <li>● Dependência incompleta para ABVD: banhar-se, vestir-se, uso do banheiro, continência e transferência. A única ABVD preservada é a capacidade de alimentar-se sozinho.</li> </ul>  |
|   | <b>Estrato 10</b> | Idosos que apresentam: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dependência completa para ABVD.</li> <li>● Encontram-se no grau máximo de fragilidade e, conseqüentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se.</li> </ul>   |

Fonte: BRASIL, 2019.

### **10.1.5 Referenciamento**

Os idosos robustos (estratos 1 a 3), que usualmente têm IVCF-20  $\leq$  6 pontos, podem ter seu plano de cuidados elaborado e implementado pela APS.

Os idosos em risco de fragilização (estratos 4 e 5), que em geral têm IVCF-20 entre 7 e 14 pontos, devem ter seu plano de cuidados elaborado e implementado pela APS, com exceção para as seguintes situações de referenciamento obrigatório.

Para referenciamento para especialidades e outros setores, o usuário deve ter maior estratos 6 a 10 e/ou na presença de suspeita de incapacidade cognitiva, presença de instabilidade postural ou quedas de repetição, presença de sarcopenia, suspeita de prescrição inapropriada, presença de insuficiência sociofamiliar.

### **10.1.6 Prescrição De Enfermagem e Plano de Cuidados e Intervenção**

Após cadastramento, assistência individual, avaliação multidimensional e estratificação de risco da população idosa, a equipe de APS deve orientar seu cuidado considerando as ações preventivas e o acompanhamento conforme o estrato ou categoria clínico-funcional (BRASIL, 2019).

#### **10.1.6.1 Cuidados gerais**

- Utilizar assistência integral conforme as diretrizes do Ministério da saúde e do plano municipal de assistência à saúde da pessoa idosa.
- Rastreamento de câncer (mama, colo, útero e intestino), osteoporose e doença cardiovascular.
- Elaborar e monitorar o plano de autocuidado.
- Acompanhar a periodicidade das consultas conforme estratificação de risco, sendo para os estratos 1 e 2, anualmente ou antes se houver eventos de risco; Estratos 3 a 7 - semestralmente ou, antes, se eventos de risco ou na presença de doenças de condições crônicas descompensadas; Estratos.

### 10.1.6.2 Cognição

Prevenir e tratar doenças com alto potencial de dano cerebral, como sífilis, infecção pelo HIV, hipotireoidismo, deficiência de vitamina B12 e doença renal crônica.

- Controlar os fatores de risco e doenças cardiovasculares, como diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade, inatividade física e tabagismo;
- Evitar o uso abusivo de álcool e outras drogas, como benzodiazepínicos e drogas com ação anticolinérgica;
- Prevenir e tratar os distúrbios do sono;
- Estimular escolarização, leitura, jogos cognitivos ou qualquer atividade que exija aprendizado e resolução de problemas (desafios cognitivos);
- Prevenir e tratar adequadamente a depressão e sintomas de transtornos psiquiátricos;
- Evitar traumatismo cranioencefálico e traumas repetitivos associados a esportes violentos;

### 10.1.6.3 Comportamental

- Diagnosticar precocemente e tratar doenças psiquiátricas e transtornos de personalidade;
- Garantir o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos transtornos depressivos no idoso, facilitando o acesso à psicoterapia e a medicamentos apropriados para o idoso;
- Abordar adequadamente os indivíduos em uso prolongado de psicotrópicos, com reavaliação periódica da indicação e da dose da medicação;
- Estimular o autoconhecimento, buscando-se a compreensão plena do sentido da vida;
- Evitar o isolamento social e estimular as atividades de lazer, socialização e participação em redes sociais.

### 10.1.6.4 Mobilidade

#### Condicionamento físico e nutricional

- Prevenir doenças associadas à insuficiência respiratória ou cardíaca, além de manter níveis adequados de hemoglobina (transporte de oxigênio).
- Ter o aporte adequado de vitamina D e cálcio;
- Suspender o tabagismo;
- Alimentar-se de maneira saudável

- Manter o peso adequado. Evitar obesidade ou perda de peso excessiva e sem orientação;
- Garantir a ingestão adequada de líquidos;
- Realizar atividade física de forma regular e sistematizada, por meio de prescrição e acompanhamento pela equipe de saúde:

#### Membros Superiores

- Prevenir o trauma e a sobrecarga no ombro, evitando-se movimentos repetitivos e inadequados.
- Diagnosticar e tratar adequadamente o ombro doloroso e as doenças que cursam com limitação de movimentos;
- Fazer exercícios de fortalecimento do ombro e da postura adequada, que facilitam melhorem a autonomia de atividades diárias.

#### Membros inferiores

- Identificar os fatores intrínsecos, extrínsecos e comportamentais, associados ao risco de quedas;
- Fazer adaptação ambiental;
- Usar de maneira adequada dispositivos de auxílio para locomoção, como bengalas, muletas e andadores;
- Evitar o uso de drogas associadas a risco de quedas, como benzodiazepínicos (clonazepam, diazepam etc.), sedativos, drogas com ação miorelaxante (orfenadrina, ciclobenzaprina, carisoprodol e tizanidina) e drogas associadas a parkinsonismo (antivertiginosos, antipsicóticos, metoclopramida etc);
- Evitar hipotensão ortostática;
- Cuidar dos pés e usar calçados adequados;
- Realizar avaliação oftalmológica regular;
- Evitar traumatismo articular ou sobrecarga de peso;
- Prevenir e tratar osteoporose e fraturas por fragilidade.

#### Esfíncteres de eliminações fisiológicas

- Evitar trauma da musculatura pélvica
- Realizar exercícios uroginecológicos para fortalecimento do assoalho pélvico;
- Diagnosticar precocemente e tratar de maneira adequada as doenças do trato urinário, incluindo as doenças da próstata;

- Evitar drogas associadas à urgência ou à incontinência urinária, como diuréticos e drogas anticolinérgicas;
- Fazer avaliação ginecológica regular.

#### **10.1.6.5 Percepção**

##### Visão

- Fazer avaliação oftalmológica regular e garantir o acesso às lentes corretivas, quando necessárias;
- Diagnosticar e tratar adequadamente as doenças associadas à retinopatia, como diabetes mellitus, glaucoma e catarata.

##### Audição

- Evitar exposição auditiva prolongada a ambientes ruidosos, música alta, abuso no uso de fones de ouvido e outros traumas acústicos;
- Evitar uso de drogas associadas à ototoxicidade (aminoglicosídeos, diuréticos e etc.);
- Avaliar a função auditiva regularmente e próteses auditivas, quando necessárias; □ Avaliar e remover a rolha de cerúmen, quando indicada.

#### **10.1.6.6 Adesão ao tratamento medicamentoso**

- Questionar as dificuldades dos pacientes em aderir ao tratamento anti-hipertensivo com o objetivo de tentar corrigi-las, juntamente com o paciente, para melhor controle da HAS.
- Orientar o usuário, familiares ou cuidadores a respeito das medicações, como usa-las, horários e efeitos.
- Organizar estratégias para usuários com dificuldade na leitura e compreensão das prescrições medicamentosas.
- Orientar consequências e riscos da falta de adesão ao tratamento.

### 10.1.6.7 Plano Alimentar Saudável

O sucesso do tratamento depende fundamentalmente da mudança comportamental e da adesão a um plano alimentar saudável que incluem orientações úteis no dia a dia do usuário:

- Controle do peso corporal adequado para o IMC
- Para hipertensos - Redução do consumo de sal – A necessidade diária de sódio para os seres humanos é a contida em 5 g de cloreto de sódio ou sal de cozinha, o equivalente a uma colher rasa de chá/dia/pessoa (BRASIL, 2014)
- Consumo de fibras – consumo de alimentos que sejam fonte de fibras. Recomenda-se incluir, pelo menos, cinco porções de frutas, legumes e verduras no plano alimentar diário, procurando variar os tipos e cores consumidas durante a semana.
- Evitar gorduras saturadas – Optar por alimentos com reduzido teor de gordura, presentes nas fontes de origem vegetal: óleo de oliva, óleo de canola, abacate e oleaginosas (amendoim, castanhas, nozes, amêndoas).
- Evite consumir alimentos ricos em sal como embutidos (presunto, salame e salsicha), temperos prontos (caldos de carnes e legumes) e alimentos industrializados (azeitonas, enlatados, *chips*, sopas e molhos prontos etc.). Prefira temperos naturais como alho e ervas aromáticas.

### 10.1.6.8 Atividade física

- O exercício deve começar de forma gradual, como caminhadas de 5 a 10 minutos, em terreno plano, aumentando semanalmente até 30 a 60 minutos, 5 a 7 vezes por semana;
- O efeito da atividade de intensidade moderada pode ser de forma acumulada, sendo que os 30 minutos podem ser realizados em uma única sessão ou em duas sessões de 15 minutos (por exemplo: manhã e tarde) ou ainda, em três sessões de dez minutos .

### 10.1.6.9 Uso de álcool, tabaco e outras drogas

- Recomenda-se a suspensão do hábito de fumar – O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação (BRASIL, 2006). Portanto, os hipertensos que fumam devem ser estimulados a deixar esse hábito por meio de suporte terapêutico específico e aconselhamento (grupo de tabagismo).

- Evitar consumo de bebidas alcoólicas - Nota-se o aumento da pressão arterial (PA) a partir de 3 doses de álcool por dia (30-40g de etanol) (SBC, 2016).

#### 10.1.6.10 Promoção da Saúde Mental

- Estimular o controle do estresse psicossocial através de atividade física regular, meditação, musicoterapia, dança, artesanato, yoga, Terapia Comunitaria Inegrava-TCIE outras;
- Estimular grupos de convivências, etc.
- Se necessário acionar NASF/Psicologia para apoio.

#### 10.1.6.11 Promoção a Saúde e prevenção de consequências

- Estimular o usuário a participar de grupo de crônicas;
- Acompanhar regularmente conforme estratificação de risco;

### Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção básica número 15: Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno da atenção básica de número 19: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno da atenção básica de número 35: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônicas**. Brasília, DF. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada na saúde da pessoa idosa**. São Paulo, SP: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

FLORIANOPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde do idoso** / Diretoria de Atenção Primária/ Secretaria Municipal de Saúde. Tubarão, ed. Copiart: 2011.

GOIÁS, COREN – GO. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. 3ed. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2017.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abc/a/FhvxcKzNy5BDDbd55FgRw6P/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 13 mai. 2023.

## 11. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PARA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

---

O SUS incorporou o Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE), definindo-a (Lei nº 8.080/90), como:

[...] um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. (BRASIL, 2009).

Com o passar dos anos, o SVE tem ampliado seu repertório, incorporando novos objetos de interesse e adotando novas metodologias de atuação, como a Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, a Vigilância de Fatores de Risco, a Vigilância Nutricional, a Vigilância do Óbito.

O trabalho realizado pela vigilância epidemiológica permite saber, a cada momento, o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, para que as medidas de intervenção possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia em tempo hábil de preferência.

Atualmente, busca-se oferecer assistência integral através de uma maior articulação das práticas e tecnologias relativas ao conhecimento clínico e epidemiológico. Assim, a vinculação das equipes ao território e a continuidade da atenção são imprescindíveis, pois, permitem o estabelecimento, a partir da identificação de problemas e da eleição de um conjunto de prioridades, do planejamento do trabalho em saúde (CAMPOS, 2003).

Sendo assim, **são atribuições comuns a todos os profissionais da atenção básica:**

- Garantir a atenção à saúde;
- Buscar a integralidade por meio da realização de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde;
- Propiciar atendimento da demanda espontânea, realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde (BRASIL, 2012).

A equipe local é, portanto, responsável por todos os aspectos relacionados à saúde e tem por objetivo partilhar com a comunidade os possíveis caminhos e as decisões a respeito da promoção, prevenção e atendimento à saúde das famílias a ela referidas. (CAMPOS, 2003) Nesse sentido, a APS pode ser considerada o espaço das práticas de um novo modo de conceber o sistema de saúde (CAMPOS, 2003), incorporando as práticas da Vigilância Epidemiológica

ao nível local de assistência à saúde, se responsabilizando de maneira integral pela população de sua área de abrangência.

### 11.1 Atribuições sob vigilância epidemiológica

- Conhecer a realidade das famílias (socioeconômica, psicológica, cultural, demográfica e epidemiológica);
- Identificar problemas de saúde e situações de risco;
- Elaborar planos locais de saúde;
- Valorizar o vínculo, a continuidade e a relação de confiança;
- Executar ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária;
- Desenvolver ações voltadas para o controle de hanseníase, tuberculose, IST/aids, doenças crônicas, ligadas ao trabalho e ao meio ambiente;
- Resolver a maior parte dos problemas e garantir a referência;
- Prestar assistência integral e promover a saúde através da educação para a saúde;
- Desenvolver a autoestima, o apoio mútuo, o autocuidado, a troca de experiências;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações para melhoria da qualidade de vida e do meio ambiente;
- Incentivar a formação e a participação nos conselhos de Saúde.

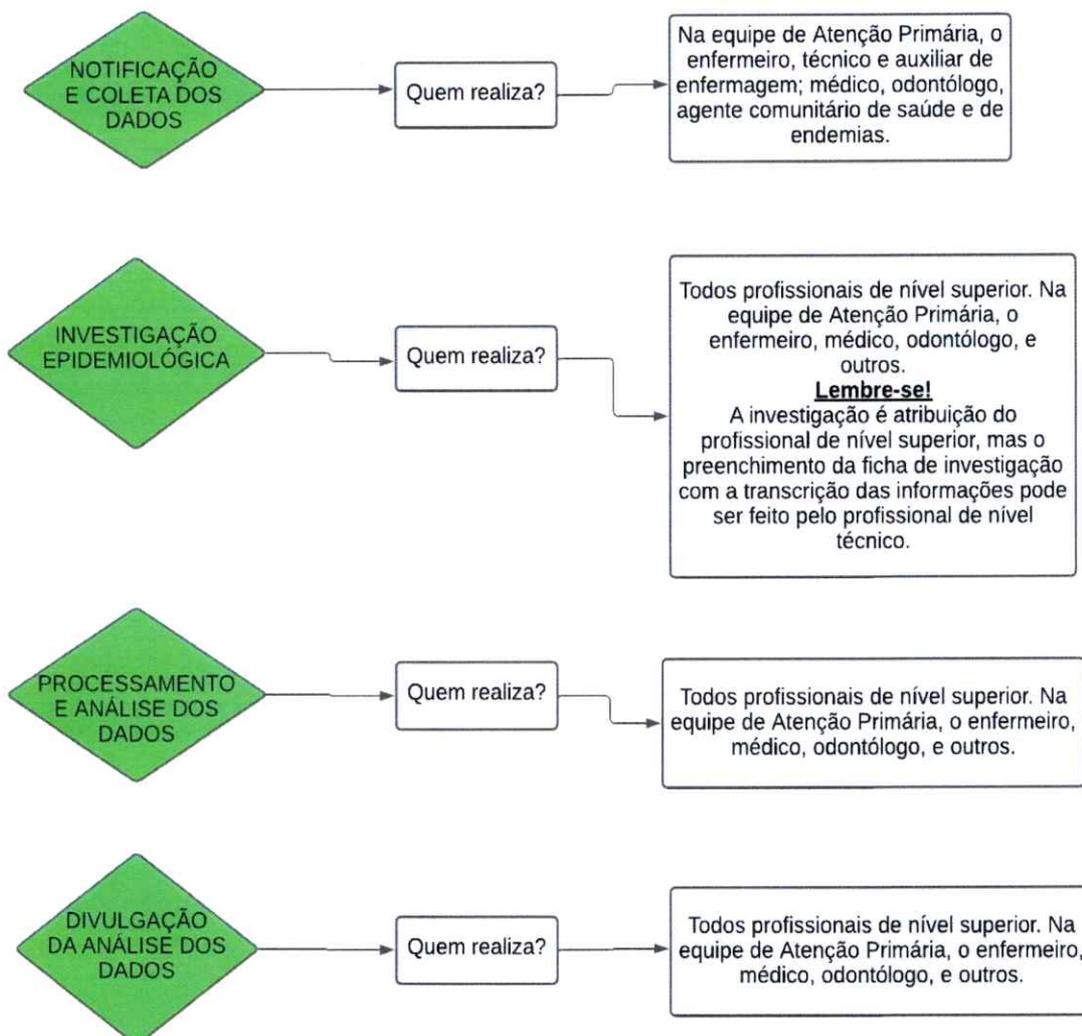
Fonte: BRASIL, 2012.

No contexto da APS, considerando esta ser a porta de entrada do usuário no sistema, o planejamento, a coordenação e a execução das ações de Vigilância Epidemiológica não são exclusivas de uma categoria profissional, contudo, fazem parte das competências do enfermeiro, conforme o decreto, 94.406/87 que regulamenta a Lei nº 7.498/86, do exercício profissional. Desta forma, a participação do enfermeiro em todas as etapas do processo de vigilância epidemiológica é garantida em Lei e deve ser exercida com zelo e competência.

**Os dados informados são de extrema importância para vigilância epidemiológica, pois o cumprimento das funções de vigilância epidemiológica depende da disponibilidade destes dados.**

## 11.2 Etapas do processo de vigilância epidemiológica

### Fluxograma 1: Etapas do processo de vigilância epidemiológica



Fonte: Brasil (2009)

### 11.3 Doenças de notificação obrigatória, imediata ou semanal

A Portaria nº 264 de 17 de fevereiro de 2020 especifica as doenças de notificação obrigatória (**suspeita ou confirmada**), além das doenças ou eventos de “notificação imediata” (informação rápida, ou seja, deve ser comunicado por e-mail, telefone, fax ou web em até 24 horas após a detecção), conforme quadro a seguir:

#### Quadro 1. Doenças de notificação obrigatória

| Nº | DOENÇA/AGRAVO (ordem alfabética)                           | Periodicidade da Notificação |  |  |         |
|----|--|------------------------------|--|--|---------|
|    |  | Imediata (até 24 horas)      |  |  | Semanal |
|    |  | para**:                      |  |  |         |
| MS | SES  | SMS                          |  |  |         |
| 1  | a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico |                              |  |  | X       |

|    |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|
|    | b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes  |   |   | X |   |
| 2  | Acidente por animal peçonhento  |   |   | X |   |
| 3  | Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva   |   |   | X |   |
| 4  | Botulismo   | X | X | X |   |
| 5  | Cólera  | X | X | X |   |
| 6  | Coqueluche  |   | X | X |   |
| 7  | a. Dengue – Casos   |   |   |   | X |
|    | b. Dengue – Óbitos  | X | X | X |   |
| 8  | Difteria  |   | X | X |   |
| 9  | Doença de Chagas Aguda  |   | X | X | X |
| 10 | Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)   |   |   |   | X |
| 11 | a. Doença Invasiva por “Haemophilus Influenza”  |   | X | X |   |
|    | b. Doença Meningocócica e outras meningites   |   | X | X |   |
| 12 | Doenças com suspeita de disseminação intencional: Antraz pneumônico, Tularemia, Variola                             | X | X | X |   |
| 13 | Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes: Arenavírus, Ebola, Marburg, Lassa, Febre purpúrica brasileira. | X | X | X |   |
| 14 | a. Doença aguda pelo vírus Zika   |   |   |   | X |
|    | b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante   |   | X | X |   |
|    | c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika   | X | X | X |   |
| 15 | Esquistossomose   |   |   |   | X |
| 16 | Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no Art. 2º desta portaria)     | X | X | X |   |
| 17 | Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação   | X | X | X |   |
| 18 | Febre Amarela   | X | X | X |   |
| 19 | a. Febre de Chikungunya   |   |   |   | X |
|    | b. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão  | X | X | X |   |
|    | c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya   | X | X | X |   |
| 20 | Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública  | X | X | X |   |
| 21 | Febre Maculosa e outras Riquetsioses  | X | X | X |   |
| 22 | Febre Tifoide   |   | X | X |   |
| 23 | Hanseníase  |   |   |   | X |
| 24 | Hantavirose   | X | X | X |   |
| 25 | Hepatites virais  |   |   |   | X |
| 26 | HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida                 |   |   |   | X |
| 27 | Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV    |   |   |   | X |
| 28 | Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)  |   |   |   | X |
| 29 | Influenza humana produzida por novo subtipo viral   | X | X | X |   |
| 30 | Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)               |   |   |   | X |
| 31 | Leishmaniose Tegumentar Americana   |   |   |   | X |

|    |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|
| 32 | Leishmaniose Visceral   |   |   |   | X |
| 33 | Leptospirose  |   |   | X |   |
| 34 | a. Malária na região amazônica  |   |   |   | X |
|    | b. Malária na região extra Amazônica  | X | X | X |   |
| 35 | Óbito: Infantil e Materno   |   |   |   | X |
| 36 | Poliomielite por poliovírus selvagem  | X | X | X |   |
| 37 | Peste   | X | X | X |   |
| 38 | Raiva humana  | X | X | X |   |
| 39 | Síndrome da Rubéola Congênita   | X | X | X |   |
| 40 | Doenças Exantemáticas: a. Sarampo<br>b. Rubéola   | X | X | X |   |
| 41 | Sífilis:<br>a. Adquirida;<br>b. Congênita;<br>c. em gestante                                |   |   |   | X |
| 42 | Síndrome da Paralisia Flácida Aguda   | X | X | X |   |
| 43 | Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus:<br>a. SARS-CoV;<br>b. MERS- CoV | X | X | X |   |
| 44 | Tétano: Acidental e Neonatal  |   |   | X |   |
| 45 | Toxoplasmose gestacional e congênita  |   |   |   | X |
| 46 | Tuberculose   |   |   |   | X |
| 47 | Varicela – caso grave internado ou óbito  |   |   | X | X |
| 48 | a. Violência doméstica e/ou outras violências   |   |   |   | X |
|    | b. Violência sexual e tentativa de suicídio   |   |   | X |   |

**\* Legenda:**

MS (Ministério da Saúde),

SES (Secretaria Estadual de Saúde),

SMS (Secretaria Municipal de Saúde).

Fonte: Brasil (2020).

Assim, está definido:

- Enviar as notificações da semana, sempre seguindo fluxo conforme quadro acima e tabela de agravos de notificações – 2021 descrito a seguir ou a planilha de semana negativa;
- Enviar a planilha de diarreia semanalmente;

**Quadro 2. Tabela de agravos de notificações - 2021**

| Nome do agravo | Cod | Tipo | Suspeito/<br>confirmado | Notificação/<br>investigação |
|----------------|-----|------|-------------------------|------------------------------|
|----------------|-----|------|-------------------------|------------------------------|

|   |       |             |                      |                            |
|---|-------|-------------|----------------------|----------------------------|
| Acidente de trabalho com exposição à material biológico | Z20.9 | Compulsória | Confirmado           | Notificação + investigação |
| Acidente de trabalho grave                              | Y 96  | Compulsória | Confirmado           | Notificação + investigação |
| Acidente por animais peçonhentos                        | X29   | Compulsória | Confirmado           | Notificação + investigação |
| Aids / hiv  | B24   | Compulsória | Confirmado           | Notificação + investigação |
| Atendimento antirrábico humano                          | W 64  | Compulsória | Confirmado           | Notificação + investigação |
| Botulismo   | A05.1 | Compulsória | Suspeito/ confirmado | Notificação + investigação |
| Brucelose   | A23   | Estadual    | Suspeito/ confirmado | Notificação                |
| Carbunculo ou antraz                                    | A22.9 | Compulsória | Suspeito/ confirmado | Notificação                |
| Cólera  | A00.9 | Compulsória | Suspeito/ confirmado | Notificação + investigação |
| Conjuntivite  | H10   | Estadual    | Suspeito/ confirmado | Notificação                |
| Conjuntivite viral                                      | B30   | Estadual    | Suspeito/ confirmado | Notificação                |
| Coqueluche  | A37.9 | Compulsória | Suspeito/ confirmado | Notificação + investigação |
| Criança exposta hiv                                     | Z20.6 | Compulsória | Confirmado           | Notificação + investigação |
| Dengue  | A90   | Compulsória | Suspeito/ confirmado | Notificação + investigação |
| Difteria  | A36.9 | Compulsória | Suspeito/ confirmado | Notificação + investigação |
| Doença de chagas aguda                                  | B57.1 | Compulsória | Suspeito/ confirmado | Notificação                |
| Doença de creutzfeld / jacob                            | A81.0 | Compulsória | Suspeito/ confirmado | Notificação                |
| Doença de marburg                                       | A98.3 | Compulsória | Suspeito/ confirmado | Notificação                |
| Doença pelo vírus ebola                                 | A98.4 | Compulsória | Suspeito/ confirmado | Notificação                |
| Doença relacionada ao trabalho / cancer                 | C80   | Compulsória | Confirmado           | Notificação + investigação |
| Doença relacionada ao trabalho / dermatoses             | L98.9 | Compulsória | Confirmado           | Notificação + investigação |
| Doença relacionada ao trabalho / ler/ dort              | Z57.9 | Compulsória | Confirmado           | Notificação + investigação |
| Doença relacionada ao trabalho / pair                   | H83.3 | Compulsória | Confirmado           | Notificação + investigação |
| Doença relacionada ao trabalho / pneumoconioses         | J64   | Compulsória | Confirmado           | Notificação + investigação |
| Doença relacionada ao trabalho / transtornos mentais    | F99   | Compulsória | Confirmado           | Notificação + investigação |

|  |       |             |                         |                               |
|--|-------|-------------|-------------------------|-------------------------------|
| Doenças exantemáticas                  | B09   | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação +<br>investigação |
| Doença pelo vírus zika                 | A92.8 | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação                   |
| Epizootias                             | Epi   | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação +<br>investigação |
| Esquistossomose                        | B65.9 | Compulsória | Confirmado              | Notificação +<br>investigação |
| Eventos adversos pós vacinação         | Y59   | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação                   |
| Febre amarela                          | A95.9 | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação +<br>investigação |
| Febre de chikungunya                   | A92.0 | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação +<br>investigação |
| Febre do lassa                         | A96.2 | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação                   |
| Febre do nilo                          | A92.3 | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação +<br>investigação |
| Febre hemorrágica por<br>arenavírus    | A96.9 | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação                   |
| Febre maculosa/ rickettsioses          | A77.9 | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação +<br>investigação |
| Febre purpurica brasileira             | A48.4 | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação                   |
| Febre tifóide                          | A01.0 | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação +<br>investigação |
| Gestante hiv                           | Z21   | Compulsória | Confirmado              | Notificação +<br>investigação |
| Hanseníase                             | A30.9 | Compulsória | Confirmado              | Notificação +<br>investigação |
| Hantavirose                            | A98.8 | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação +<br>investigação |
| Hepatites virais                       | B19   | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação +<br>investigação |
| Herpes genital (apenas 1º<br>episódio) | A60   | Estadual    | Suspeito/<br>confirmado | Notificação                   |
| Hpv (condiloma acuminado)              | A63   | Estadual    | Suspeito/<br>confirmado | Notificação                   |
| Intoxicação exógena                    | T65.9 | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação +<br>investigação |
| Leishmaniose tegumentar<br>america     | B55.1 | Compulsória | Confirmado              | Notificação +<br>investigação |
| Leishmaniose visceral                  | B55.0 | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação +<br>investigação |
| Leptospirose                           | A27.9 | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação +<br>investigação |
| Malária                                | B54   | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Investigação                  |
| Meningite                              | G03.9 | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação +<br>investigação |
| Paracoccidiodomicose                   | B41   | Estadual    | Confirmado              | Notificação +<br>investigação |

|   |       |             |                         |                               |
|---|-------|-------------|-------------------------|-------------------------------|
| Paralisia plácida aguda/<br>poliomielite                    | A80.9 | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação +<br>investigação |
| Peste   | A20.9 | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação +<br>investigação |
| Raiva humana  | A82.9 | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação +<br>investigação |
| Sífilis congênita   | A50.9 | Compulsória | Confirmado              | Notificação +<br>investigação |
| Sífilis adquirida   | A53   | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação                   |
| Sífilis em gestante   | O98.1 | Compulsória | Confirmado              | Notificação +<br>investigação |
| Síndrome da rubéola congênita                               | P35.0 | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação +<br>investigação |
| Síndrome da ulcera genital<br>(excluído herpes)             | N48.5 | Estadual    | Suspeito/<br>confirmado | Notificação                   |
| Síndrome de guillain barre                                  | G61.0 | Estadual    | Suspeito/<br>confirmado | Notificação +<br>investigação |
| Síndrome do corrimento<br>cervical em mulheres              | N72   | Estadual    | Suspeito/<br>confirmado | Notificação                   |
| Síndrome do corrimento uretral em<br>homens                 | R36   | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação                   |
| Síndrome respiratória aguda grave<br>(influenza)            | J11   | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação +<br>investigação |
| Tétano acidental  | A35   | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação +<br>investigação |
| Tétano neonatal   | A33   | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação +<br>investigação |
| Toxoplasmose congênita                                      | P37.1 | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação                   |
| Toxoplasmose gestacional<br>(gravidez, parto e o puerpério) | 098.6 | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação                   |
| Tuberculose   | A16.9 | Compulsória | Confirmado              | Notificação +<br>investigação |
| Tularemia   | A21.9 | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação                   |
| Varicela  | B01.9 | Nacional    | Suspeito/<br>confirmado | Notificação                   |
| Varíola   | B03   | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação                   |
| Violência doméstica, sexual e<br>outras.                    | Y09   | Compulsória | Suspeito/<br>confirmado | Notificação +<br>investigação |

Fonte: Vigilância Epidemiológica SMS-Sinop, 2021.

#### 11.4 Alimentação eletrônica de dados

Os dados coletados sobre as doenças de notificação compulsória são incluídos no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Porém, a disseminação eletrônica de dados tem contribuído muito para facilitar o acesso a essas informações através de sistemas próprios, como é caso das notificações de Covid-19 (INDICASUS), dengue e chikungunya (SINAN online).

- Deve-se notificar a suspeita da doença ou evento. Não se deve aguardar a confirmação do caso para se efetuar a notificação, pois isso pode significar perda da oportunidade de intervir eficazmente.
- A notificação tem de ser sigilosa, só podendo ser divulgada fora do âmbito médicosanitário em caso de risco para a comunidade, respeitando-se o direito de anonimato dos cidadãos;
- O envio dos instrumentos de coleta de notificação deve ser feito mesmo na ausência de casos, configurando-se o que se denomina notificação negativa, que funciona como um indicador de eficiência do sistema de informações; (BRASIL, 2009)
- Cada agravo possui um fluxo de investigação específico. O objetivo da investigação é garantir a obtenção, de forma correta e completa, por meio de fontes primárias (coleta direta nos pacientes ou serviços de saúde) ou secundárias (registros de serviços de saúde ou bases de dados de sistemas de informação), das informações necessárias referentes a diferentes contextos; (BRASIL, 2014)
- Essa investigação deve ser iniciada imediatamente após a notificação de caso isolado ou agregado de doença/agravo, seja ele, suspeito, clinicamente declarado, ou mesmo contato, para o qual as autoridades sanitárias considerem necessário dispor de informações. (BRASIL, 2014)

### 11.5 Epidemia e Surtos:

Epidemia é a elevação do número de casos de uma doença ou agravo, em um determinado lugar e período de tempo, caracterizando, de forma clara, um excesso em relação à frequência esperada (BRASIL, 2014).

Surto é o tipo de epidemia em que os casos se restringem a uma área geográfica geralmente pequena e bem delimitada ou a uma população (BRASIL, 2014).

Os primeiros casos de uma epidemia, sempre devem ser submetidos à investigação profunda. A magnitude, extensão, natureza do evento, a forma de transmissão e os tipos de medidas de controle indicadas (individuais, coletivas ou ambientais) são alguns elementos que orientam a equipe sobre a necessidade de serem investigados todos ou apenas uma amostra dos casos (BRASIL, 2014).

O principal objetivo da investigação de um surto ou epidemia é identificar formas de interromper o mecanismo de transmissão e prevenir a ocorrência de novos casos. Também é importante avaliar se o referido aumento de casos se trata realmente de uma alteração do padrão epidemiológico esperado ou se é um evento esperado para aquela época do ano, lugar e população (BRASIL, 2014).

E em casos assim sempre é importante ter acompanhamento da equipe local de vigilância.

**O enfermeiro deve oportunizar os exames específicos e complementares de acordo com a estratégia de vigilância determinada para cada agravo. Deve, inclusive, otimizar ações diferenciais para cada doença no sentido de efetivar recomendações em saúde aos usuários doentes, expostos e susceptíveis, como: orientações quanto ao tratamento adequado, e métodos e ações de prevenção primária (vacina, higienização e mudança de hábitos, entre outros).**

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº264, de 17 de fevereiro de 2020**. Brasília, 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 812 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional**. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264\\_19\\_02\\_2020.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264_19_02_2020.html)>. Acesso em: 13 mai. 2023.

COFEN. Conselho Regional de Enfermagem. Decreto 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**. Disponível em: <[www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687\\_4173.html](http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html)> Acesso em: 13/05/2023.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

GOIÁS, COREN – GO. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. 3ed. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2017.

## 12. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO A INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são consideradas problemas para saúde sexual e reprodutiva em todo mundo, elas são transmitidas principalmente por contato sexual e, de forma eventual, por via sanguínea (GOTTLIEB *et al.*, 2014).

Entre as IST curáveis, as bacterianas – clamídia, gonorreia e sífilis – destacam-se como potenciais causas de incapacidade sexual e reprodutiva, assim como a parasitaria tricomoníase. Por outro lado, as ocasionadas por vírus, tais como o papiloma vírus humano (HPV), o vírus herpes simples, o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e o vírus da hepatite B (HBV), são as mais prevalentes, incuráveis e potencialmente crônicas.

Considerando este cenário, estratégias de atenção às pessoas com IST e suas parcerias sexuais, no campo da prevenção, assistência e tratamento dessas infecções, tornam-se prioritárias no contexto de saúde pública do Brasil.

Compreendendo que o enfermeiro possui conhecimento científico e habilidade técnica para condução do caso ao garantir o seguimento as condutas padronizadas pelo Ministério da Saúde, o profissional é habilitado a determinar diagnóstico baseado em abordagem sindrômica e implementar o tratamento imediato.

### 12.1 Rastreamento

O rastreamento é orientado conforme grupos e fatores de risco, e compreende a realização de testes diagnósticos em pessoas assintomáticas a fim de estabelecer o diagnóstico precoce (prevenção secundária), com o objetivo de reduzir a morbimortalidade do agravo rastreado (BRASIL, 2020).

**Quadro 1. Rastreamento de IST's em assintomáticos conforme grupos de risco**

| Quem                                      | Quando |         |                            |                |
|---|--------|---------|----------------------------|----------------|
|   | HIV    | SIFILIS | CLAMIDIA E GONOCOCO        | HEPATITE B E C |
| <b>Adolescentes e Jovens &gt; 30 anos</b> | ANUAL  |         | Conforme práticas sexuais. |                |

|   |   |   |                |   |
|---|---|---|----------------|---|
| <b>GESTANTES</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no 1º trimestre da gestação);</li> <li>• No início do 3º trimestre (28ª semana);</li> <li>• No momento do parto, independente de exames anteriores;</li> <li>• Em caso de aborto/natimorto, testar para sífilis, independentemente de exames anteriores.</li> </ul> | Durante rotina do pré-natal: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exames de rotina: Citopatológico de colo uterino e/ ou SEVA;</li> <li>• Exame físico ginecológico;</li> <li>• Exame conforme prática sexual;</li> </ul> |                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hepatite B e C: na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre)</li> </ul> |
| <b>LGBTQ+</b>   | Semestral   | Conforme práticas sexuais.  | Semestral      |   |
| <b>Profissional do sexo</b>   |   |   |                |   |
| <b>Usuários de álcool e Drogas</b>  |   |   |                |   |
| <b>Pessoas com qualquer IST</b>   | No momento do diagnóstico e 4 a 6 semanas após o diagnóstico de IST   | No momento do diagnóstico   |                |   |
| <b>Pessoas com hepatites virais</b>   | No momento do diagnóstico   | --  | ---            | ---   |
| <b>Pessoas com tuberculose</b>  | No momento do diagnóstico   | --  | ---            | ---   |
| <b>Pessoas com HIV/AIDS</b>   | ---   | Semestral   | No diagnóstico | Anual   |
| <b>Prática sexual anal sem uso de preservativos</b>   | Semestral   |   |                |   |
| <b>Pessoas privadas de liberdade</b>  | Anual   | Semestral   | ---            | Semestral   |
| <b>Violência sexual</b>   | No atendimento inicial;<br>Após exposição:<br>4 a 6 semanas e após 3 meses  | No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição   |                | No atendimento inicial e aos 3 e 6 meses após a exposição   |
| <b>Pessoas em uso de Profilaxia pré -exposição</b>  | Em cada visita ao serviço   | Trimestral  | Semestral      | Trimestral  |
| <b>Pessoas com indicação de Profilaxia pós exposição</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• No atendimento inicial;</li> <li>• 4 a 6 semanas após exposição e</li> <li>• 3 meses após exposição</li> </ul>   | Atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição (exceto em acidente biológico)   |                | No atendimento inicial e 6 meses após exposição   |
| <b>Notas:</b>   |   |   |                |   |
| 1. Exames de HIV, Sífilis, Hepatites B e C: preferencialmente com teste rápido.                   |   |   |                |   |
| 2. Clamídia e gonococo: detecção por biologia molecular. Pesquisa de acordo com a prática sexual: |   |   |                |   |

urina (uretral), amostras endocervicais, secreção genital. Para amostras extragenitais (anais e faríngeas), utilizar testes com validação para tais sítios de coleta.

3. Recomenda-se vacinar toda pessoa susceptível (inclusive gestantes) a hepatite B (na ausência de registro vacinal completo, Anti-HBs e HBsAg não reagente ou teste rápido para hepatite B não reagente).
4. Em gestantes: Caso não tenha realizado rastreio no pré-natal, proceder à testagem rápida para hepatite B no momento do parto. É recomendada a realização de sorologia em gestantes com fatores de risco para infecção por HCV, como: infecção pelo HIV, uso de drogas ilícitas, antecedentes de transfusão ou transplante antes de 1993, realização de hemodiálise e elevação de aminotransferases sem outra causa clínica evidente.

Fonte: BRASIL, 2020.

## 12.2 Principais Síndromes Clínicas

Correspondem a um conjunto de sinais e sintomas que possuem etiologias variadas e assemelham-se a uma ou a várias doenças. O diagnóstico diferencial inclui anamnese, inspeção clínica e, se necessário, exames laboratoriais.

**Quadro 2. Síndromes clínicas, seus agentes, transmissão e cura**

| Síndrome     | IST            | Agente                              | Tipo             | Transmissão Sexual | Curável |
|--------------|----------------|-------------------------------------|------------------|--------------------|---------|
| Úlceras      | Sífilis        | <i>Treponema pallidum</i>           | bactéria         | Sim                | Sim     |
|              | Cancro Mole    | <i>Haemophilus ducreyi</i>          | bactéria         | Sim                | Sim     |
|              | Herpes         | <i>Herpes simplex vírus (HSV-2)</i> | vírus            | Sim                | Não     |
|              | Donovanose     | <i>Klebsiella granulomatis</i>      | bactéria         | Sim                | Sim     |
|              | Linfogranuloma | <i>Chlamydia trachomatis</i>        | bactéria         | Sim                | sim     |
|              | Corrimentos    | Vaginose bacteriana                 | <i>multiplos</i> | bactéria           | Não     |
| Candidíase   |                | <i>Candida Albicans</i>             | fungo            | Não                | Sim     |
| Gonorreia    |                | <i>Neisseria gonorrhoeae</i>        | bactéria         | Sim                | Sim     |
| Clamídia     |                | <i>Chlamydia trachomatis</i>        | bactéria         | Sim                | Sim     |
| Tricomoníase |                | <i>Trichomonas vaginalis</i>        | protozoário      | Sim                | Sim     |
| Verrugas     | Condiloma      | <i>Papilomavirus humano</i>         | vírus            | Sim                | nao     |

Fonte: BRASIL, 2015.

Nesse protocolo, as síndromes são apresentadas indicando possibilidades diagnósticas, estabelecendo fluxogramas de atendimento, propostas terapêuticas, seguidas por esclarecimentos e orientações para situações especiais. Torna-se fundamental ao profissional Enfermeiro, conforme suspeita ou diagnóstico sindrômico, a solicitação e realização dos testes rápidos para as principais IST.

A abordagem sindrômica se baseia em síndromes, cujo fluxograma de conduta é indicado para orientar o processo de diagnóstico e tratamento a partir de sinais e sintomas e pressupõe: aconselhamento, investigação de outras IST, seguimento dos casos, abordagem de parcerias sexuais, notificação e oferta de exames.

### 12.3 Infecções Sexuais Causadoras de Úlceras

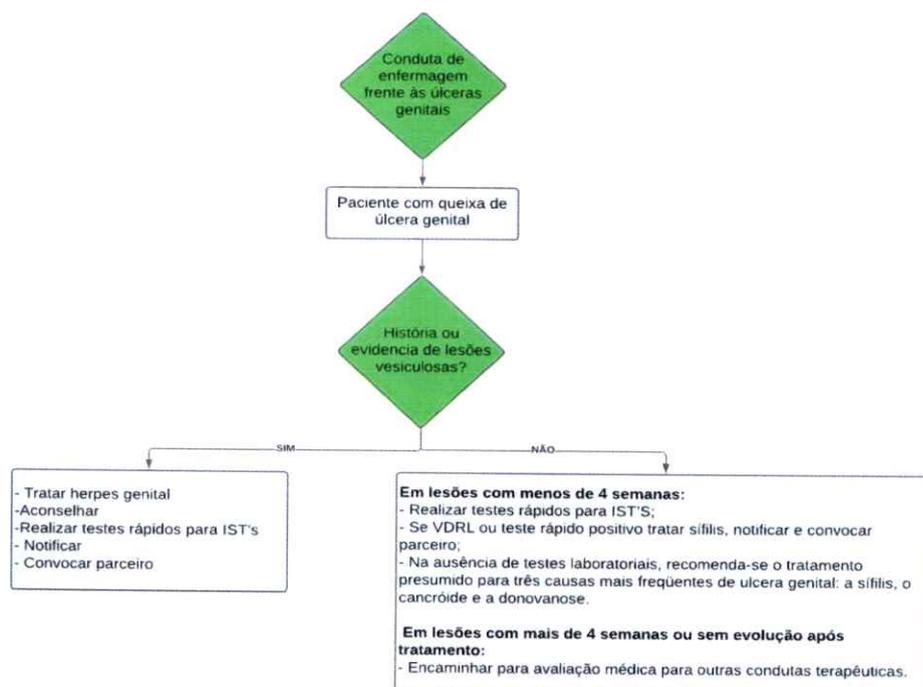
As úlceras genitais representam síndrome clínica com frequente associação a IST, e se manifestam como lesões ulcerativas erosivas, precedidas ou não por pústulas e/ou vesículas, acompanhadas ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional (BRASIL, 2020).

Os agentes etiológicos infecciosos podem ser encontrados isoladamente ou em associação em uma mesma lesão, sendo os mais comuns:

- HSV-1 e HSV-2 (herpes perioral e genital, respectivamente);
- *Haemophilus ducreyi* (cancróide);
- *Chlamydia trachomatis*, sorotipos L1, L2 e L3 (LGV);
- *Klebsiella granulomatis* (donovanose); ● *Treponema pallidum* (sífilis).

Considerando a importância para a saúde pública, na ausência de laboratório, o tratamento da úlcera genital como IST deve ser privilegiado e realizado conforme abordagem sindrômica.

## Fluxograma 1. Conduta de enfermagem frente a úlcera genitais



Fonte: Adaptado de Sinop, 2015.

## 12.4 Herpes

### 12.4.1 Sintomatologia

- Lesões avermelhadas com pequenas bolhas muito dolorosas e de localização variável na região genital, as quais evoluem para pequenas úlceras arredondadas. Podem ser encontradas na pele e mucosas;
- Febre, mal-estar, dores no corpo e ardência ao urinar, com ou sem retenção urinária;
- Enfartamento ganglionar (linfadenomegalia inguinal bilateral);
- Quando há acometimento do colo do útero, é comum o corrimento vaginal;
- Entre os homens, o acometimento da uretra pode provocar corrimento e raramente é acompanhado de lesões extragenitais. O quadro pode durar de duas a três semanas;
- A recorrência tende a ser na mesma localização da lesão inicial, geralmente, em zonas inervadas pelos nervos sensitivos sacrais;
- As lesões têm regressão espontânea em sete a dez dias, com ou sem cicatriz. A tendência natural dos surtos é se tornarem menos intensos e menos frequentes com o passar do tempo;

- As gestantes portadoras de herpes simples apresentam risco acrescido de complicações fetais e neonatais, transmissibilidade no momento da passagem do feto pelo canal de parto.

#### 12.4.2 Diagnóstico e tratamento

Há testes laboratoriais de alto custo, entretanto recomenda-se exame clínico e abordagem sindrômica para diagnóstico (ver fluxograma 1) e tratamento conforme quadro:

#### Quadro 3. Tratamento de herpes genital

| Condição Clínica   | Tratamento  | Comentários  |
|--|---|--|
| Primeiro episódio  | Aciclovir 200mg, 2 comp, VO, 3x/dia, por 7-10 dias<br><br>OU<br>Aciclovir 200 mg, 1 comp. VO, 5x/dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por 7-10 dias | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar o tratamento o mais precocemente possível.</li> <li>• O tratamento pode ser prolongado se a cicatrização estiver incompleta após 10 dias de terapia.</li> </ul> |
| Notas:   |   |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. O tratamento com antivirais é eficaz para redução da intensidade e duração dos episódios, quando realizado precocemente;</li> <li>2. O tratamento local pode ser feito com compressas de solução fisiológica ou degermante em solução aquosa, para higienização das lesões;</li> <li>3. Analgésicos orais podem ser utilizados, se necessário;</li> <li>4. É recomendado retorno em uma semana para reavaliação das lesões;</li> <li>5. A forma de transmissão, a possibilidade de infecção assintomática, o medo de rejeição por parte das parcerias sexuais e as preocupações sobre a capacidade de ter filhos são aspectos que devem ser abordados;</li> <li>6. Não há associação entre herpes simples genital e câncer.</li> </ol> |   |  |

Fonte: BRASIL, 2020.

**Observação: Em caso de Recorrências, Recidivas, Gestantes e Pacientes acometidos de HIV, cabe ao enfermeiro encaminhar para avaliação médica.**

#### 12.5 Cancróide

##### 12.5.1 Sintomatologia

- Lesões dolorosas, geralmente múltiplas, de borda irregular, contornos eritematoedematosos e fundo heterogêneo, recoberto por exsudato necrótico,

amarelado, com odor fétido, que, quando removido, revela tecido de granulação com sangramento fácil.

- No homem, localiza-se no frênulo e sulco bálanoprepucial; na mulher, na fúrcula e face interna dos pequenos e grandes lábios.

### 12.5.2 Diagnóstico e tratamento

#### Quadro 4. Tratamento de cancroide

| IST       | 1ª Opção  | 2ª Opção   | Observações   |
|-----------|---|--|---|
| Cancroide | Azitromicina 500mg, comprimidos, VO, dose única | 2 Ceftriaxona 250mg, IM, dose única<br><br><u>OU</u><br>Ciprofloxacino 500mg, 1 comp., VO, 2x/ dia, por 3 dias | <ul style="list-style-type: none"> <li>• O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene. O</li> <li>• tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticas.</li> </ul> |

Fonte: BRASIL, 2020.

## 12.6 Donovanose

### 12.6.1 Sintomatologia

- Ulceração de borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil;
- A ulceração evolui lenta e progressivamente, podendo tornar-se vegetante ou úlcero vegetante;
- As lesões costumam ser múltiplas, sendo frequente a configuração em “espelho” nas bordas cutâneas e/ou mucosas.

### 12.6.2 Diagnóstico e tratamento

Há testes laboratoriais de alto custo, na sua ausência recomenda-se exame clínico e abordagem sindrômica para diagnóstico (ver fluxograma 1) e tratamento conforme quadro a seguir:

### Quadro 5. Tratamento de donovanose

|          |   |   |
|----------|---|---|
| 1ª Opção | Azitromicina 500mg, 2 comp, VO, 1x/ semana, por pelo menos três semanas, ou até a cicatrização das lesões   | <p style="text-align: center;"><b>Observações</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Devido à baixa infectividade, não é necessário tratar as parcerias sexuais</li> <li>● Não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com ciprofloxacino, recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo, como a gentamicina, 1mg/kg/dia, EV, 3x/dia, por pelo menos três semanas, ou até cicatrização das lesões (consulta médica);</li> <li>● Em soropositivos, sugerem-se os mesmos esquemas terapêuticos; o uso de terapia parenteral com a gentamicina deve ser considerado nos casos graves;</li> <li>● O critério de cura é o desaparecimento da lesão, não tendo sido relatada infecção congênita. As sequelas da destruição tecidual ou obstrução linfática podem ser cirúrgicas.</li> </ul> |
| 2ª Opção | <p>Ciprofloxacino 500mg, 1 e ½ comprimido, VO, 2x/ dia, por 21 dias, ou até a cicatrização das lesões (dose total: 750mg)</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p>Sulfametoxazol-trimetoprima (400/80mg), 2 comp. VO, 2x/dia, por 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões</p> |   |

Fonte:BRASIL, 2020.

#### NOTA:

Na ausência de lesões vesiculosas, recomenda-se o tratamento presuntivo para três causas mais frequentes de úlcera genital, a sífilis, o cancroide e donovanose. Pessoas vivendo com HIV/AIDS com cancroide e LGV devem ser monitoradas cuidadosamente, visto que podem necessitar de maior tempo de tratamento, além do que a cura pode ser retardada e a falha terapêutica pode ocorrer com qualquer dos esquemas recomendados. O ciprofloxacino está contraindicado para gestantes, lactantes e crianças. A doxiciclina está contraindicada para gestantes e lactantes.

## 12.7 Sífilis

### 12.7.1 Sintomatologia

Os sinais e sintomas aparecem entre seis semanas e seis meses do aparecimento e cicatrização da ferida inicial. Pode ocorrer manchas no corpo, que geralmente não coçam, incluindo palmas das mãos e plantas dos pés. Essas lesões são ricas em bactérias.

**Quadro 6. Manifestações clínicas de acordo com evolução e estágios da sífilis adquirida**

| Evolução   | Estágios   | Manifestações clínicas  |
|--|--|---|
| Sífilis Recente (Menos de um ano de duração)   | Primária:<br>- 10 a 90 dias após contato, em média três semanas;<br>- A lesão desaparece sem cicatriz em 2 a 6 semanas com ou sem tratamento.      | - Úlcera genital (cancro duro) indolor, geralmente única, com fundo limpo, infiltrada; - Linfonodos regionais indolores, de consistência elástica, que não fistulizam.                                    |
|  | Secundária:<br>- Seis semanas a seis meses após o contato;<br>- As lesões desaparecem sem cicatrizes em 4 a 12 semanas; - Pode haver novos surtos. | - Lesões cutaneomucosas sintomáticas;<br>- Sintomas gerais, micropoli-adenopatia; - Pode haver envolvimento ocular (ex. uveíte), hepático e neurológico (ex. alterações nos pares cranianos, meningismo); |
|  | Latente recente  | - Assintomática   |
| Sífilis Tardia (Mais de um ano de duração)   | Latente tardia   | - Assintomática   |
|  | Terciária: - Dois a 40 anos após o contato.  | - Quadro cutâneo destrutivo e formação de gomas sífilíticas que podem ocorrer em qualquer órgão;<br>- Acometimento cardiovascular, neurológico e ósseo.   |
| <b>Outras manifestações:</b><br>Erupção maculosa (roséola) ou papulosa, lesões palmo-plantares com escamação em colarinho, placas mucosas (tênuas e acinzentadas), lesões papulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano), alopecia em clareiras e madarose (perda da sobrancelha).<br>Lesões cutâneas nodulares e gomosas (destrutivas); ósseas (periostite, osteíte gomosa ou esclerosante), articulares (artrite, sinovite e nódulos justa-articulares), cardiovasculares (aortite sífilítica, aneurisma e estenose coronárias), neurológicas (meningite, gomas do cérebro ou da medula, paralisia geral, tabes dorsalis e demência). |  |   |

Fonte: BRASIL, 2015.

### 12.7.2 Diagnóstico

Considerando a epidemia de sífilis no Brasil e a sensibilidade dos fluxos de diagnóstico, recomenda-se iniciar a investigação pelo **teste treponêmico**, que é o primeiro teste a ficar reagente (BRASIL, 2020). Outros testes laboratoriais podem ser utilizados:

**Quadro 7. Testes para diagnóstico de sífilis**

|                        |                  |  |   |
|------------------------|------------------|--|---|
| Testes<br>Imunológicos | Não treponêmicos | VDRL<br>RPR<br>TRUST<br>USR  | Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8)<br>Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.  |
|                        | Treponêmicos     | FTA-Abs<br>ELISA/<br>EQL/<br>CMIA<br>TPHA/<br>TPPA/<br>MHA-TP<br>Teste<br>Rápido<br>(TR) | São os primeiros a se tornarem reagentes. Na maioria das vezes, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento.<br>São importantes para o <b>diagnóstico</b> , mas não estão indicados para monitoramento da resposta ao tratamento. |

Fonte: BRASIL, 2020.

**IMPORTANTE:**

A análise isolada do título de um único resultado de um teste não treponêmico (ex.: VDRL, RPR) é um equívoco frequente. O profissional deve considerar que,

Títulos altos nos testes não treponêmicos podem ser encontrados em:

- Usuários com diagnóstico de sífilis sem tratamento;
- Tratamentos insatisfatórios ou incompletos;
- Usuários adequadamente tratados no acompanhamento de títulos em evolução de queda.

Já em títulos baixos podem ser encontrados:

- Infecção recente;
- Estágios tardios da infecção (sífilis tardia);
- Casos de pessoas adequadamente tratadas que não tenham atingido a negatificação.

Os testes treponêmicos (ex. testes rápidos, FTA-Abs, TPHA), por sua vez, permanecem quase sempre reagentes por toda a vida, apesar de tratamento adequado. Esse fenômeno pode ser temporário ou persistente e é denominado cicatriz sorológica. Entretanto, frente a achados clínico epidemiológicos, na ausência de tratamento, são indicativos de doença ativa.

Os testes não treponêmicos são indispensáveis e devem ser solicitados para acompanhamento sorológico.

Fonte: BRASIL, 2020.

### 12.7.3 Tratamento

**Quadro 8. Tratamento de sífilis**

| Estadiamento  | Esquema terapêutico  |
|---|--|
| Sífilis recente: Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)<br>Sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)  | Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)   |
| Sífilis tardia: Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas.<br>Sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou Dose total: 7,2 milhões UI, IM latente com duração ignorada e sífilis terciária                                    | Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas.   |
| Neurosífilis  | Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/ dia, EV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias  |
| Parcerias sexuais   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Independente do estágio clínico: dose única de Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões, UI, IM (1,2 milhão de (de 30 dias a 90 dias após a UI em cada glúteo). exposição sexual</li> <li>● Todas as parcerias devem ser testadas. Se teste de sífilis for desprotegida). reagente, recomenda-se tratamento de sífilis, de acordo com o estágio clínico.</li> </ul> |
| <p><b>Notas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A Benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes.</li> <li>2. O intervalo preconizado entre as doses é de 7 dias. Se ultrapassar 14 dias, o esquema deve ser reiniciado.</li> </ol> |  |

Fonte: BRASIL, 2020.

### 12.7.4 Monitoramento e acompanhamento

- Usuários tratados devem realizar acompanhamento trimestral de teste VDRL a fim de acompanhamento de resposta terapêutica por 12 meses;
- Em neurosífilis exames de LCR de 6/6 meses devem ser solicitados até normalização dos valores;
- Em gestantes: testes rápidos reagentes deverão ser considerados como portadoras de sífilis até contraprovas. O monitoramento sorológico (VDRL) deve ser mensal até o parto;
- Após o parto, o seguimento é trimestral até o 12º mês de acompanhamento (3, 6, 9, 12 meses após diagnóstico e tratamento);

- Crianças;
- Em parcerias sexuais, recomenda-se avaliação clínica e seguimento laboratorial nesse período dentro entre 30 a 90 dias da exposição;
- **Reação de Jarisch-Herxheimer** - evento que pode ocorrer durante as 24 horas após a primeira dose de penicilina, em especial nas fases primária ou secundária. Caracterizase por exacerbação das lesões cutâneas – com eritema, dor ou prurido, mal-estar geral, febre, cefaleia e artralgia, que regredem espontaneamente após 12 a 24 horas. Pode ser controlada com o uso de analgésicos simples, conforme a necessidade, sem ser preciso descontinuar o tratamento.

#### **12.7.5 Critérios de retratamento de sífilis por reativação ou reinfeção**

Muitas vezes, é difícil distinguir entre reinfeção, reativação e cicatriz sorológica, sendo fundamental a avaliação da presença de sinais e sintomas clínicos novos, da epidemiologia (reexposição), do histórico de tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e dos exames laboratoriais prévios, para facilitar a elucidação diagnóstica.

São **critérios de retratamento**:

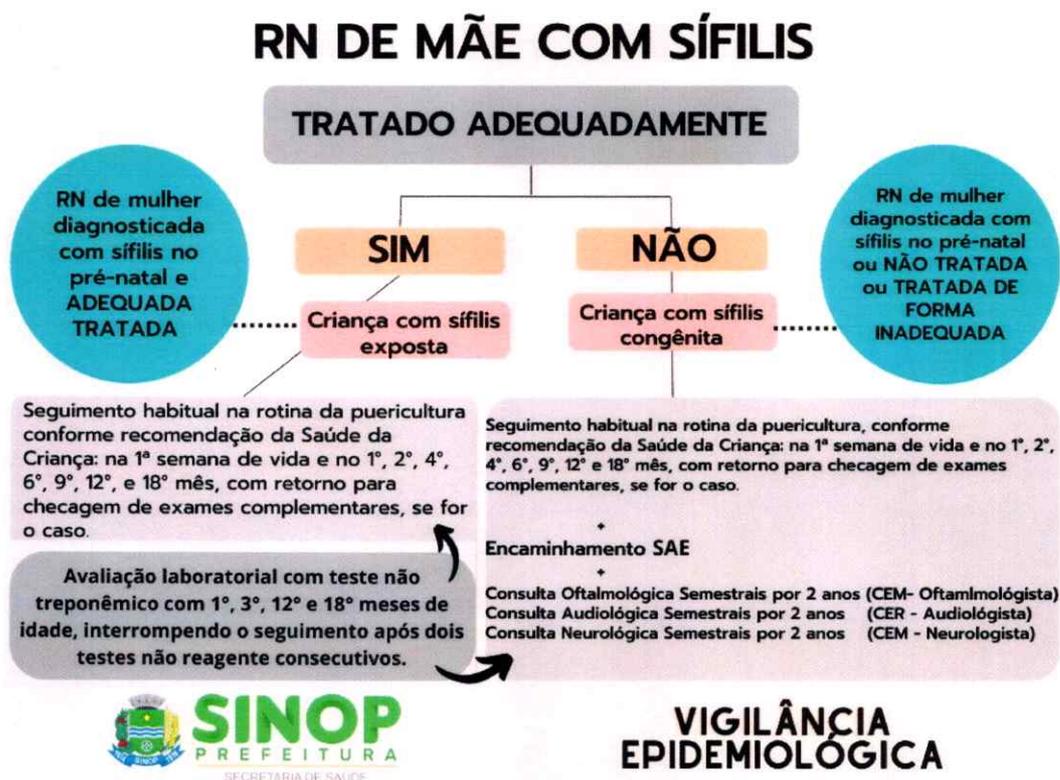
- Ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis recente, primária e secundária) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para >1:8; ou de 1:128 para >1:32);
- Aumento da titulação em duas diluições ou mais ; ● Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos; ● Em caso de dúvida encaminhar para consulta médica.

#### **12.7.6 Sífilis congênita e criança exposta à sífilis**

A relevância em priorizar a sífilis, neste protocolo, está diretamente relacionada à alta incidência de sífilis congênita em nosso país e município, e ser um agravo 100% evitável, visto a possibilidade do tratamento.

A transmissão vertical é passível de ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna e pode resultar em aborto, natimorto, prematuridade ou um amplo espectro de manifestações clínicas; apenas os casos muito graves são clinicamente aparentes ao nascimento.

## Fluxograma 2. Atendimento e acompanhamento de Sífilis congênita



Fonte: Adaptado de BRASIL (2021)

### 12.8 Infecções que causam corrimento vaginal e cervicite

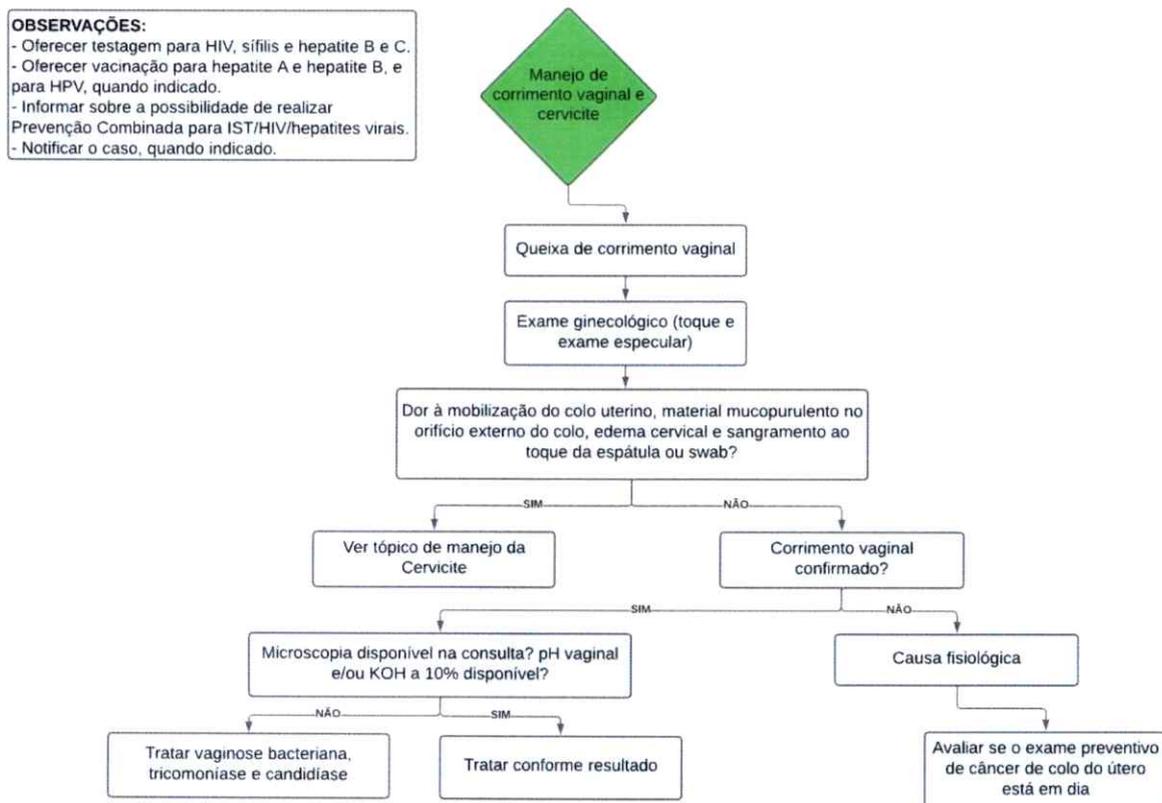
O corrimento vaginal é uma queixa comum entre mulheres na idade reprodutiva. Existem causas **não infecciosas** do corrimento vagina que incluem: drenagem de excessivo material mucoide fisiológico, vaginite inflamatória descamativa, vaginite atrófica (em mulheres na pós-menopausa) ou presença de corpo estranho.

Conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis PCDT-IST (BRASIL, 2020) as **causas infecciosas** do trato reprodutivo (ITR) são divididas em:

- Infecções endógenas (candidíase vulvovaginal e vaginose bacteriana);
- Infecções iatrogênicas (infecções pós-aborto, pós-parto);
- IST (tricomoniase, infecção por *C.trachomatis* e *N. gonorrhoeae*).

A mulher pode apresentar concomitantemente mais de uma infecção, ocasionando assim corrimento de aspecto inespecífico.

### Fluxograma 3. Manejo de corrimento vaginal e cervicite



Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020.

## 12.8.1 Candidíase vulvovaginal

### 12.8.1.1 Sintomatologia

Os sintomas e queixas clássicos são: prurido, ardência, corrimento geralmente grumoso, sem odor, de introito vaginal e disúria externa. Os sinais característicos são eritema e fissuras vulvares, corrimento grumoso, com placas aderidas à parede vaginal, de cor branca, edema e hiperemia vulvar, escoriações e lesões satélites, por vezes, pustulosas pelo ato de coçar.

### 12.8.1.2 Diagnóstico e tratamento

#### Quadro 9. Tratamento de candidíase vulvovaginal

| Candidíase Vulvovaginal   | Tratamento  |
|---|---|
| Primeira opção  | Miconazol creme a 2% ou outros derivados imidazólicos, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias<br><br>OU<br><br>Nistatina 100.000 UI creme, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias |
| Segunda opção   | Fluconazol 150mg, VO, dose única<br><br>OU<br><br>Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia   |
| <p><b>As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas.</b></p> <p><b>É comum durante a gestação, podendo haver recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período.</b></p> <p><b>Tratamento em gestantes e lactantes: somente por via vaginal.</b></p> <p><b>Nos casos recorrentes ou de difícil controle, devem-se investigar as causas sistêmicas predisponentes (diabetes, imunodepressão, inclusive a infecção pelo HIV e uso de corticoides).</b></p> |   |

Fonte:BRASIL, 2020.

### 12.8.2 Vaginose bacteriana

#### 12.8.2.1 Sintomatologia

É a causa mais prevalente de corrimento vaginal com odor fétido e é facilmente identificada ao exame especular, que mostra as paredes vaginais em sua maioria íntegras, marrons homogêneas ao teste de Schiller, banhadas por corrimento perolado bolhoso em decorrência das aminas voláteis (BRASIL, 2020).

#### 12.8.2.2 Diagnóstico e tratamento

O sistema mais comumente utilizado para diagnóstico é o sistema de NUGENT (NUGENT et al., 1991), conforme o quadro a seguir, e pode ser diagnosticado através de exame de Secreção vaginal (SEVA).

O critério que caracteriza a vaginose, somada à pontuação de todos os agentes, é um escore de 7 ou mais; um escore de 4 a 6 é intermediário e de 0 a 3 é normal.

**Quadro 10. Sistema de NUGENT para diagnóstico de vaginose bacteriana**

| Escore | Lactobacilos | Gardnerella, Bacteroides, Gran Positivos, Gran Negativos | Bacilos Curvos | Quantificação                 |
|--------|--------------|--|----------------|-------------------------------|
| 0      | +4           | 0  | 0              | 0<br>Ausência de bactérias    |
| 1      | +3           | +1   | 1+ ou 2+       | 1+<br>>1 bactérias/campo      |
| 2      | +2           | +2   | 3+ ou 4+       | 2+<br>1 a 5 bactérias/campo   |
| 3      | +1           | +3   |                | 3+<br>6 a 30 bactérias/ campo |
| 4      | 0            | +4   |                | 4+<br>>30 bactérias/campo     |

Fonte: Adaptado de Nugent, 1991.

Nota/interpretação do resultado: 0 a 3 – negativo para VB; 4 a 6 – microbiota alterada e 5 ou mais – vaginose bacteriana.

O tratamento é recomendado para mulheres sintomáticas e para assintomáticas quando grávidas.

**Quadro 11. Tratamento de vaginose bacteriana**

| Vaginose Bacteriana   | Tratamento   |
|---|--|
| Primeira opção (incluindo gestantes, puérperas e lactantes) | Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias<br>OU<br>Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias   |
| Segunda opção   | Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias   |
| Recorrentes   | Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 10-14 dias<br>OU<br>Consulta médica para prescrição de Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio, via vaginal, 1x/ dia, por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com óvulo de ácido bórico intravaginal de 600mg ao dia por 21 dias e metronidazol gel vaginal 100mg/g, 2x/semana, por 4-6 meses |
| Tratamento das parcerias sexuais não está recomendado.      |  |

Fonte: BRASIL, 2020.

### 12.8.3 Trichomonas

#### 12.8.3.1 Sintomatologia

Como descrito no PCDT-IST (BRASIL, 2020) os sinais e sintomas característicos são corrimento vaginal intenso, amarelo-esverdeado, por vezes acinzentado, bolhoso e espumoso, acompanhado de odor fétido (na maioria dos casos, lembrando peixe) e prurido eventual, que pode constituir reação alérgica à afecção.

Em caso de inflamação intensa, o corrimento aumenta e pode haver sinusiorragia e dispareunia. Também podem ocorrer edema vulvar e sintomas urinários, como disúria.

No exame especular, percebem-se microulcerações no colo uterino, que dão um aspecto de morango ou framboesa (teste de Schiller “onçoide” ou “tigroide”).

#### 12.8.3.2 Diagnóstico e tratamento

O diagnóstico laboratorial microbiológico mais comum é o exame a fresco, mediante gota do conteúdo vaginal e soro fisiológico, com observação do parasita ao microscópio.

#### Quadro 12. Tratamento de Tricomoniase

| Tricomoniase   | Tratamento  |
|--|---|
| Primeira opção (incluindo gestantes e lactantes)   | Metronidazol 400mg 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de tratamento 2g)<br>OU<br>Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias |
| <b>As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico. O tratamento pode aliviar os sintomas de corrimento vaginal em gestantes, além de prevenir infecção respiratória ou genital em RN.</b> |   |

Fonte: BRASIL, 2020.

### 12.8.4 Cervicite

#### 12.8.4.1 Sintomatologia

Conforme estudos citados no PCDT-IST 2020 as cervicites são frequentemente assintomáticas (em torno de 70% a 80%).

Nos casos sintomáticos, as principais queixas são: corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia, disúria, polaciúria e dor pélvica crônica.

#### 12.8.4.2 Diagnóstico e tratamento

Ao exame físico, podem estar presentes dor à mobilização do colo uterino, material mucopurulento no orifício externo do colo, edema cervical e sangramento ao toque da espátula ou SWAB (BRASIL, 2020).

#### Quadro 13. Tratamento de gonorreia e clamídia

| Condição Clínica   | Tratamento  |
|--|---|
| Infecção gonocócica NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe) | Ceftriaxona 500mg, IM, dose única<br><b>MAIS</b><br>Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única   |
| Infecção gonocócica disseminada  | Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento<br><b>MAIS</b><br>Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única |
| Conjuntivite gonocócica no adulto  | Ceftriaxona 1g, IM, dose única  |
| Infecção por clamídia  | Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única   |

Fonte: BRASIL, 2020.

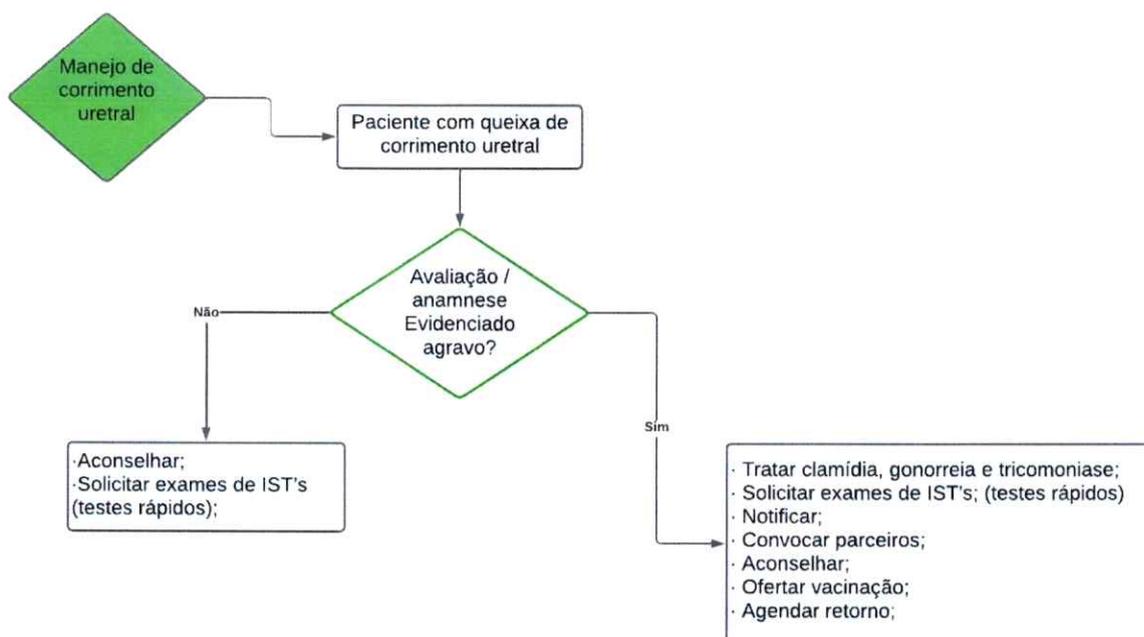
#### OBSERVAÇÕES GERAIS

- Durante o tratamento com metronidazol, deve-se evitar a ingestão de álcool
- Durante o tratamento, devem-se suspender as relações sexuais.
- Manter o tratamento durante a menstruação.
- O tratamento da(s) parceria(s) sexual(is), quando indicado, deve ser realizado de forma preferencialmente presencial, com a devida orientação, solicitação de exames de outras IST e com tratamento de toda a cadeia de transmissão.

## 12.9 Infecções Que Causam Corrimento Uretral

Segundo BRASIL (2020) as uretrites são caracterizadas por inflamação e corrimento uretral. Os agentes microbianos das uretrites podem ser transmitidos por relação sexual vaginal, anal e oral. O corrimento uretral costuma ter aspecto que varia de mucoide a purulento, com volume variável, estando associado a dor uretral (independentemente da micção), disúria, estrangúria (micção lenta e dolorosa), prurido uretral e eritema de meato uretral.

### Fluxograma 4. Manejo de corrimento uretral



Fonte: Adaptado de Sinop, 2015.

## 12.9.1 Uretrites

### 12.9.1.1 Tratamento

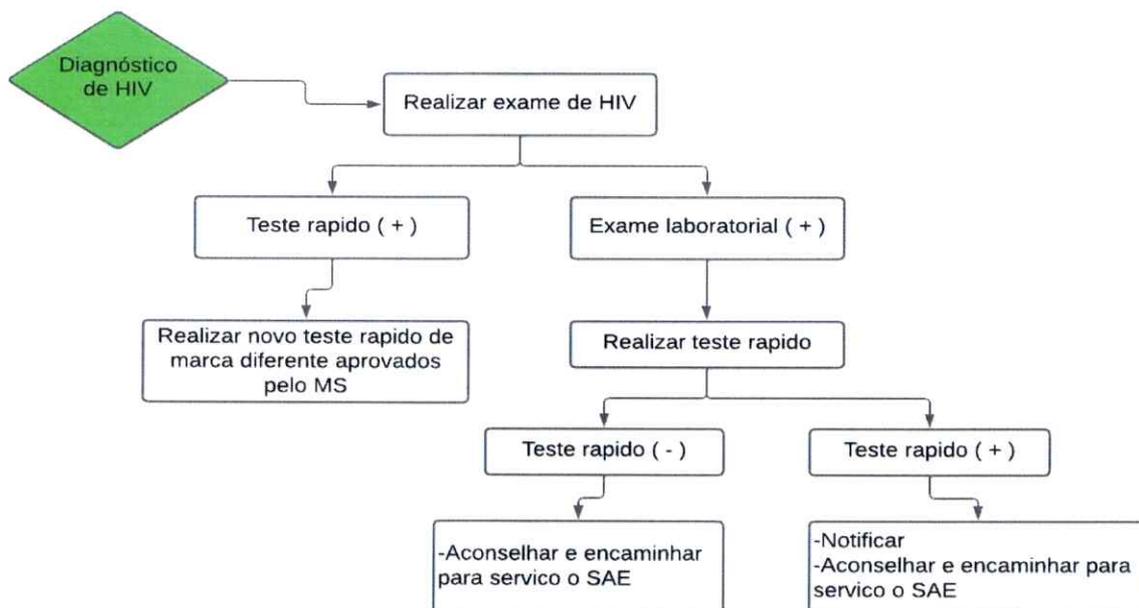
**Quadro 14. Tratamento de uretrites**

| Condição Clínica  | Primeira Opção  | Segunda Opção   | Comentários  |
|---|---|---|--|
| Uretrite sem identificação do agente etiológico   | Ceftriaxona 500mg, IM, dose única<br>MAIS<br>Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única                                      | Ceftriaxona 500mg, IM, dose única<br>MAIS<br>Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 7 dias |  |
| Uretrite gonocócica e demais infecções gonocócicas NÃO complicadas (uretra, colo do útero, reto e faringe)  | Ceftriaxona 500mg, IM, dose única<br>MAIS<br>Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única                                      |   |  |
| Uretrite não gonocócica   | Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única   | Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 7 dias  | A resolução dos sintomas pode levar até 7 dias   |
| Uretrite por clamídia   | Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única   | Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 7 dias  | A resolução dos sintomas pode levar até 7 dias   |
| Retratamento de infecções gonocócicas   | Ceftriaxona 500mg, IM, dose única<br>MAIS<br>Azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única                                      | Gentamicina 240mg, IM<br>MAIS<br>Azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única                    | Para casos de falha de tratamento. Possíveis reinfecções devem ser tratadas com as doses habituais |
| Uretrite por <i>M. genitalium</i>   | Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única   |   |  |
| Uretrite por <i>Trichomonas vaginalis</i>   | Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias  | Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias  |  |
| Infecção gonocócica disseminada (exceto meningite e endocardite)  | Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento MAIS<br>Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única |   |  |
| Conjuntivite gonocócica no adulto   | Ceftriaxona 1g, IM, dose única  |   |  |
| Se o paciente apresentar alergia grave às cefalosporinas, indicar azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única (dose total: 2g).<br>Os pacientes e a(s) parceria(s) devem se abster de relações sexuais desprotegidas até que o tratamento de ambos esteja completo (ou seja, após o término do tratamento com múltiplas doses ou por 7 dias após a terapia com dose única). |   |   |  |

Fonte: BRASIL, 2020.

## 12.10 HIV

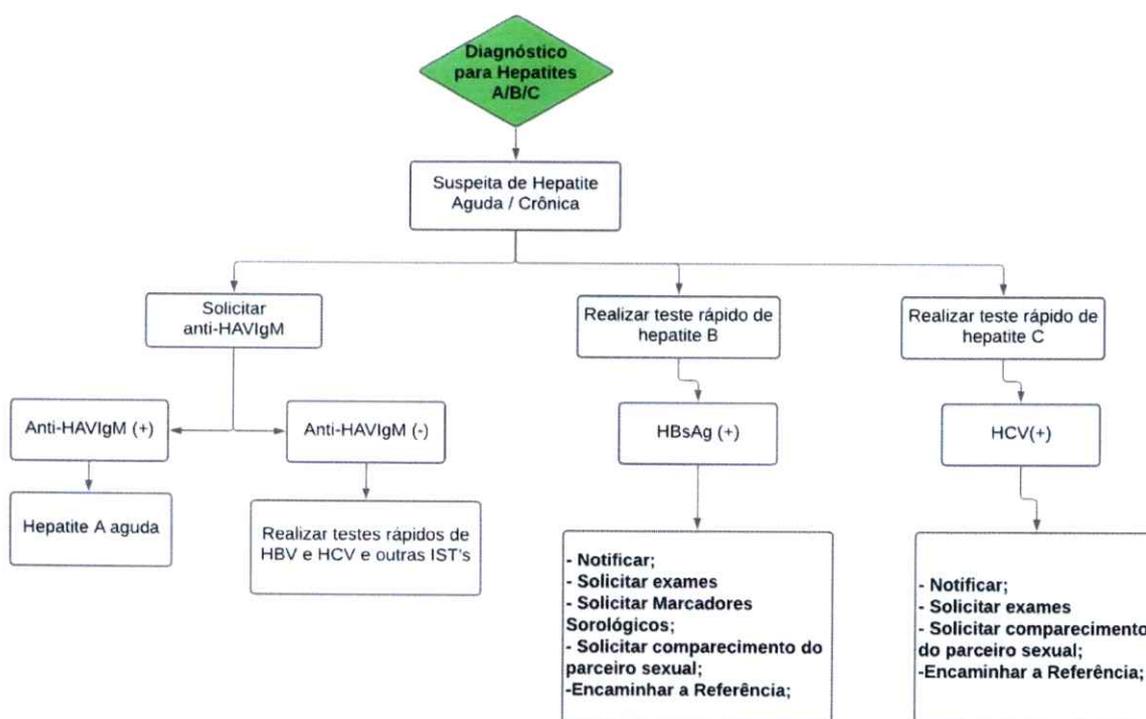
**Fluxograma 5. Diagnóstico de HIV**



Fonte: Autores deste protocolo.

## 12.11 Hepatites Virais

**Fluxograma 6. Diagnóstico para hepatites A/B/C**



\*\*Em pacientes adultos, a patologia pode ser fulminante. Neste caso o paciente deverá ser encaminhado com urgência para o médico ou unidade de referência – S.A.E.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2015 e fluxo municipal.

**Quadro 15. Exames a serem solicitados em caso de confirmação hepatites**

| EX MES  |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● TGO</li> <li>● TGP</li> <li>● Aminotransferases</li> <li>● TP</li> <li>● Bilirrubinas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Albumina</li> <li>● Gama-GT</li> <li>● Fosfatase alcalina</li> <li>● Proteínas totais e frações</li> <li>● IST's</li> </ul> |

Fonte: BRASIL, 2015.

- O uso de medicações sintomáticas para vômitos e febre deve ser realizado quando pertinente;
- Devem-se evitar medicamentos hepatotóxicos;
- Aconselhar sobre a restrição do uso do álcool;
- O acompanhamento clínico e a alta deverão ser atribuição médica para as hepatites aguda e crônica;
- O enfermeiro poderá aconselhar, diagnosticar, notificar, solicitar ou realizar outras sorologias (teste rápidos), agendar consultas quinzenais no primeiro mês e mensais nos outros meses até a resolução do problema;
- A solicitação dos marcadores sorológicos poderá ser realizada pelo enfermeiro;
- Todos os casos devem ser encaminhados ao médico e ao setor de referência, após o primeiro atendimento e ACONSELHAMENTO;
- Ao sinal de algum critério de gravidade (vômitos repetidos, febre prolongada, hálito hepático, hemorragias espontâneas e sinais de encefalopatia hepática (sonolência e/ou agitação psicomotora, asterixe – “flapping”, torpor e coma), encaminhar ao setor de referência.

## 12.12 Hepatite A

**Quadro 16. Interpretação dos resultados sorológicos da hepatite A.**

| Anti – HAV Total | Anti – HAV IgM | Interpretação  |
|------------------|----------------|--|
| +                | +              | Infecção recente pelo vírus da hepatite A                |
| +                | -              | Infecção passada pelo vírus da hepatite A                |
| -                | -              | Ausência de contato com o vírus da hepatite A, não imune |

Fonte: BRASIL, 2015.

## 12.13 Hepatite B

**Quadro 17. Significado dos marcadores sorológicos – Hepatite B Aguda**

| Marcador      | Significado  |
|---------------|--|
| HBsAg         | É o primeiro marcador que aparece no curso da infecção pelo HBV. Na hepatite aguda, ele declina a níveis indetectáveis rapidamente.  |
| Anti-HBcIgM   | É marcado de infecção recente, encontrado no soro até seis meses após a infecção.  |
| Anti – HBcIgG | É marcador de longa duração, presente nas infecções aguda e crônicas. Representa contato prévio com o vírus.   |
| HBeAg         | É marcador de replicação viral. Sua positividade indica alta infecciosidade.   |
| Anti- HBe     | Surge após o desaparecimento do HBeAg, indica o fim da fase replicativa.   |
| Anti- HBs     | É o único anticorpo que confere imunidade ao HBV. Está presente no soro após o desaparecimento do HBsAg, sendo indicador de cura e imunidade. Está presente isoladamente em pessoas vacinadas. |

Fonte: BRASIL, 2015.

**Quadro 18. Significado dos marcadores sorológicos - hepatite B crônica**

| Marcador   | Significado   |
|------------|---|
| HBsAg      | Sua presença por mais de seis meses é indicativa de hepatite crônica.   |
| HBeAg      | Na infecção crônica está presente enquanto ocorrer replicação viral, exceto nas cepas com mutação pré-core (não produtoras de proteínas “e” |
| Anti - Hbe | Sua presença sugere redução ou ausência de replicação viral.  |

Fonte: BRASIL, 2015.

### 12.13.1 Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite Tipo B

A imunoglobulina humana anti-hepatite tipo B (IGHAB), disponível nos Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE), sendo solicitado pelo médico da unidade é indicada para pessoas não vacinadas após exposição ao vírus da hepatite B nas seguintes situações:

- Vítimas de abuso sexual;
- Comunicantes sexuais de caso agudo de hepatite B;
- Vítimas de exposição sanguínea (acidente perfuro-cortante ou exposição de mucosas), quando o caso fonte for portador do HBV ou de alto risco; ● Recém-nascidos de mãe sabidamente portadora do HBV.
- Pacientes que receberam a IGHAB devem iniciar ou completar o esquema de imunização contra a hepatite B.

### 12.14 Hepatite C

#### Quadro 19 -Significado do marcador sorológico de hepatite C.

| Marcador | Significado   |
|----------|---|
| Anti-HCV | Indica contato prévio com o vírus da hepatite C, mas não define se recente ou tardio. O diagnóstico de infecção aguda só pode ser feito com a viragem sorológica documentada. |

Fonte: BRASIL, 2015.

### 12.15 Zika Vírus

A transmissão sexual do vírus Zika foi comprovada por inúmeros relatos de casos, sendo a Zika considerada uma IST, cuja transmissão sexual pode ser evitada por meio do uso de preservativo.

Deve-se reforçar a importância do uso do preservativo, especialmente após viagens a áreas endêmicas ou suspeita e/ou confirmação do diagnóstico da infecção pela parceria sexual. Isso porque a persistência das partículas virais foi observada em fluidos corporais, como sêmen.

**Quadro 20. Recomendações sobre Zika Vírus.**

Para casais que desejam a concepção, recomenda-se:

› Aguardar até seis meses após sinais/sintomas relacionados à infecção pelo vírus Zika quando o homem foi infectado;

› Aguardar até oito semanas após sinais/sintomas relacionados à infecção pelo vírus Zika quando a mulher foi infectada.

Fonte: BRASIL, 2020.

**12.16 Doença Inflamatória Pélvica – DIP****12.16.1 Sintomatologia**

Nas formas sintomáticas de DIP, o diagnóstico diferencial deverá ser feito mediante manifestações uroginecológicas, gastrointestinais e esqueléticas. Portanto, o profissional de saúde deve manter um elevado nível de suspeição, com o intuito de implantar terapêutica precoce e evitar sequelas.

Os sinais/sintomas de sangramento vaginal anormal em pouca quantidade (spotting), dispareunia, corrimento vaginal, dor pélvica ou dor no abdome inferior, além de dor à mobilização do colo do útero ao toque, podem estar presentes na DIP. A ocorrência de spotting em usuárias de anticoncepcional de baixa dosagem é comum e pode ser indicativa de DIP, devendo ser investigada.

**12.16.2 Diagnóstico e Tratamento**

O diagnóstico clínico de DIP é feito a partir de critérios maiores, critérios menores e critérios elaborados, apresentados no Quadro 21.

Para o diagnóstico de DIP, é necessária a presença de:

› Três critérios maiores MAIS um critério menor; OU

› Um critério elaborado. Os critérios elaborados podem aumentar a especificidade do diagnóstico clínico de DIP.

**Quadro 21. Critérios diagnósticos de DIP**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>CRITÉRIOS MAIORES</b>    | <b>Dor no hipogástrio</b>  |
|                             | Dor à palpação dos anexos  |
|                             | Dor à mobilização de colo uterino  |
| <b>CRITÉRIOS MENORES</b>    | Temperatura axilar >37,5° C ou temperatura retal >38,3° C                              |
|                             | Conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal                                      |
|                             | Massa pélvica Mais de cinco leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice |
|                             | Leucocitose em sangue periférico   |
|                             | Proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada                    |
|                             | Comprovação laboratorial de infecção cervical por gonococo, clamídia ou micoplasmas    |
| <b>CRITÉRIOS ELABORADOS</b> | Evidência histopatológica de endometrite   |
|                             | Presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem  |
|                             | Laparoscopia com evidência de DIP  |

Fonte: BRASIL, 2020.

**Quadro 22. Exames de Rotina no Citopatológico (Suspeita de DIP)**

| EX MES   |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hemograma</li> <li>● EAS</li> <li>● BHCG</li> <li>● SEVA**</li> <li>● VHS*</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● PCR*</li> <li>● IST's</li> <li>● Hemocultura*</li> <li>● Urocultura</li> </ul> |

Fonte: BRASIL, 2020. \*Exames solicitados na suspeita de D.I.P.;

**O tratamento ambulatorial aplica-se a mulheres que apresentam quadro clínico leve, exame abdominal e ginecológico sem sinais de pelviperitonite. A prescrição medicamentosa para os casos de DIP deve ser realizada pelo médico.**

As parcerias sexuais dos últimos dois meses, sintomáticas ou não, devem ser tratadas empiricamente contra *Neisseria gonorrhoeae* *Chlamydia trachomatis*.

## 12.17HPV

### 12.17.1 Sintomatologia

Na forma clínica condilomatosa, as lesões podem ser únicas ou múltiplas, restritas ou difusas e de tamanho variável, localizando-se, mais frequentemente, no homem, na glândula, sulco bálano-prepucial e região perianal, e na mulher, na vulva, períneo, região perianal, vagina e colo. Menos frequentemente podem estar presentes em áreas extragenitais como conjuntivas, mucosa nasal, oral e laríngea. Dependendo do tamanho e localização anatômica, podem ser dolorosos, friáveis e/ou pruriginosos.

Pacientes que têm verrugas genitais podem estar infectados simultaneamente com vários tipos de HPV.

### 12.17.2 Diagnóstico e tratamento

O condiloma é basicamente clínico, podendo ser confirmado por biópsia. A biópsia está indicada quando:

- Existir dúvida diagnóstica ou suspeita de neoplasia (lesões pigmentadas, endurecidas, fixas ou ulceradas);
- As lesões não responderem ao tratamento convencional; ● As lesões aumentarem de tamanho durante ou após o tratamento; ● O paciente está imunodeficiente.

Nos casos de biópsia, o paciente deverá ser encaminhado ao médico da unidade;

As lesões cervicais, subclínicas, são geralmente detectadas pela citologia oncótica, devendo ser avaliadas pela colposcopia, teste de Schiller (iodo) e biópsias dirigidas.

O objetivo principal do tratamento da infecção pelo HPV é a remoção das lesões condilomatosas, o que leva à cura da maioria dos pacientes. Nenhuma evidência indica que os tratamentos disponíveis erradicam ou afetam a história da infecção natural do HPV. Se deixados sem tratamento, os condilomas podem desaparecer, permanecer inalterados, ou aumentar em tamanho ou número.

Nenhum dos tratamentos disponíveis é superior aos outros, e nenhum tratamento será o ideal para todos os pacientes nem para todas as verrugas, ou seja, cada caso deverá ser avaliado para a escolha da conduta mais adequada.

Fatores que podem influenciar a escolha do tratamento são: o tamanho, número e local da lesão, além de sua morfologia e preferência do paciente, custos, disponibilidade de recursos, conveniência, efeitos adversos e a experiência do profissional de saúde.

Em geral, verrugas localizadas em superfícies úmidas e/ou nas áreas intertriginosas respondem melhor a terapêutica tópica que as verrugas em superfícies secas. Deve-se mudar de opção terapêutica quando um paciente não melhorar substancialmente depois de três aplicações ou se as verrugas não desapareceram após seis sessões.

### Quadro 23. Tratamento para HPV

| Medicamento   | Modo usar  | Observações  |
|---|--|--|
| Ácido tricloroacético (ATA) a 80-90% em solução alcoólica | Aplicar pequena quantidade somente nos condilomas e deixar secar, após o que a lesão ficará branca. Deve ser aplicada com cuidado, deixando secar antes mesmo do paciente mudar sua posição para que a solução não se espalhe. | O ATA é um agente cáustico que promove destruição dos condilomas pela coagulação química de seu conteúdo protéico. Se a dor for intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão ou bicarbonato de sódio ou talco. Repetir semanalmente se necessário. Esse método poderá ser usado durante a gestação, quando a área lesionada não for muito extensa. Do contrário, deverá ser associado a exérese cirúrgica. |

Fonte: Adaptado BRASIL, 2020 e SINOP, 2015.

#### Cuidados de enfermagem:

- Ressalta-se que não havendo resposta satisfatória ou sendo necessária a necessidade da utilização de outras técnicas (Eletrocauterização, Criocauterização, Vaporização à LASER, Exérese cirúrgica), o paciente deverá ser encaminhado ao médico;
- Após o desaparecimento dos condilomas, não é necessário controle. Os pacientes devem ser notificados das possibilidades de recorrência, que frequentemente ocorre nos três primeiros meses;
- As mulheres devem ser aconselhadas quanto à necessidade de submeterem-se ao rastreio de doenças pré-invasivas do colo uterino. A presença de condilomas genitais sem lesão macroscópica cervical ou suspeita colpocitológica (Papanicolaou) de lesão pré-invasiva, ou teste de Schiller (+) não é indicação para colposcopia. As mulheres tratadas por lesões cervicais devem ser seguidas de rotina, após tratamento, pelo exame ginecológico com

ácido acético 2%, teste de Schiller e citologia oncológica a cada 3 meses, por 6 meses; em seguida, a cada 6 meses, por 12 meses e após este período, anualmente, se não houver recorrência;

- Os parceiros sexuais de pacientes com condilomas devem ser buscados, uma vez que poderão se beneficiar de exame clínico para avaliação da presença de condilomas não suspeitados, ou de outras DST. Como o tratamento de condilomas não elimina o HPV, os pacientes e seus parceiros devem ser cientificados de que podem ser infectantes, mesmo na ausência de lesões visíveis. O uso de preservativos pode reduzir o risco de transmissão para parceiros não infectados;
- GESTANTES devem ser encaminhadas ao médico e/ou serviço de referência;
- Na presença de lesão intra-epitelial, o paciente deve ser referido a serviço especializado e o tratamento será feito em função do grau da doença;
- Pacientes com lesões intraepiteliais de alto grau (*High Grade Squamous Intraepithelial Lesion* - HSIL) ou displasias moderada ou acentuada, ou carcinoma in situ NIC II ou NIC III devem ser referidos a serviço especializado para confirmação diagnóstica, para afastar possibilidade de carcinoma invasivo e realização de tratamento especializado.

### 12.18 Procedimento para comunicação de parceiros em ISTs

Serão considerados parceiros, para fins de comunicação ou convocação, os indivíduos com quem o cliente relacionou-se sexualmente **entre 30 e 90 dias**, segundo a tabela abaixo, excluindo-se os parceiros de mulheres com corrimento por vaginose bacteriana e candidíase. A estratégia para convocação de parceiros sexuais é recomendada, e deverá ser escolhida pela equipe de saúde.

**Quadro 24 - Condições clínicas e tempo de contato sexual para comunicação aos parceiros**

|                         | Úlceras | Corrimento uretral ou infecção cervical | Tricomoníase   | DIP     | Sífilis | HPV             |
|-------------------------|---------|---|----------------|---------|---------|-----------------|
| Tempo de contato sexual | 90 dias | 60 dias                                 | Parceiro atual | 60 dias | 90 dias | Sem data limite |

Fonte: Adaptado BRASIL (2015 e 2020)

**\*É imprescindível convocar as parceiras grávidas de homens portadores de qualquer DST pelos riscos de transmissão congênita de diversas destas infecções.**

Ao chegar ao serviço de saúde, o parceiro deve ser considerado um portador da mesma síndrome ou doença que acometeu o cliente-índice, mesmo que não apresente nenhum sintoma ou sinal, e receber o mesmo tratamento recomendado para a sua condição clínica.

### **12.19 IST's e Violência Sexual**

A violência sexual é entendida como uma questão de saúde pública, segurança e acesso à justiça, que exige do Estado políticas e ações integradas para responder a esse problema.

A atenção às pessoas em situação de violência sexual é composta por ações intersetoriais que possibilitam o atendimento, proteção, prevenção de novas situações e medidas para possibilitar a responsabilização dos(as) autores(as) da agressão.

Destacam-se a Lei nº 12.845/2013 (BRASIL, 2013a), que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual na rede do SUS e o Decreto nº 7.958/2013 (BRASIL, 2013b), que estabelece diretrizes para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais da área de segurança pública e da rede de atendimento do SUS – VIDE PROTOCOLO DE VIOLENCIA.

O registro da notificação de violência interpessoal e autoprovocada atende ao disposto na legislação – Leis nº 8.069/1990 (BRASIL, 1990) (crianças e adolescentes), nº 10.778/2003 (BRASIL, 2003a) e nº 10.741/2003 (BRASIL, 2003b). No caso de violência sexual e tentativas de suicídio, a notificação deve ser realizada de forma imediata (em até 24 horas) na esfera municipal, com o propósito de garantir a intervenção oportuna nos casos (BRASIL, 2016).

O estupro é definido como o ato de constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso, sendo crime previsto no artigo 213 do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 2009). A subnotificação desses casos está relacionada as vítimas hesitar em informá-lo, devido à humilhação, medo, sentimento de culpa e desconhecimento das leis.

O medo de ter contraído HIV/IST aumenta a ansiedade dos indivíduos expostos. As pessoas em situação de violência devem ser acolhidas e informadas sobre os procedimentos terapêuticos a serem realizados, como atendimento clínico-laboratorial, psicológico e social imediato; profilaxia do HIV, das IST não virais e da gravidez; vacinação e imunização passiva

para HBV; testagem para sífilis, HIV, hepatites virais B e C, clamídia e gonorreia; agendamento de retorno para acompanhamento, entre outros.

Não há nenhuma previsão legal para exigência de Boletim de Ocorrência (B.O.) para realização do atendimento na saúde; contudo, no caso de crianças, adolescentes e pessoas idosas, os respectivos conselhos tutelares (ou outro órgão, na ausência destes) deverão ser imediatamente comunicados para as providências cabíveis.

Cabe à equipe de saúde acolher e fornecer orientações às pessoas quanto aos seus direitos e à importância de buscar proteção e demais providências legais.

Os pacientes devem ser informados sobre os efeitos físicos e psicológicos do abuso sexual e da necessidade de:

- Profilaxia da gravidez (nos casos de coito desprotegido para mulheres em período fértil);
- Início da antibioticoprofilaxia para DST que deverá ser **responsabilidade médica**;
- Coleta imediata de sangue ou realização de testes rápidos para sífilis, HIV, hepatite B e C (para conhecimento do estado sorológico no momento do atendimento para posterior comparação);
- Agendamento do retorno para acompanhamento psicológico e realização de sorologia para sífilis (após 30 dias) e para o HIV (após no mínimo 3 meses);
- Vacina e imunoterapia passiva para hepatite B;
- Profilaxia do HIV.

Os casos que forem detectados na unidade de saúde devem ser encaminhados imediatamente ao serviço de referência –S.A.E. O acolhimento da USF deverá ocorrer, bem como a notificação, vacinação contra hepatite B e a realização dos testes rápidos. A conduta referente à terapêutica, neste caso deverá ser médica.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm).> Acesso em 13 de maio de 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei no 10.778, de 24 de novembro de 2003a. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm).>. Acesso em 13 de maio de 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003b. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022). Brasília: Ministério da Saúde, Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm)> Acesso em 13 de maio de 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1o da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5o da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1o de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato20072010/2009/lei/112015.htm#:~:text=213.,a%2010%20\(dez\)%20anos](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20072010/2009/lei/112015.htm#:~:text=213.,a%2010%20(dez)%20anos.)> Acesso em 13 de maio de 2023.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013a.** Vigência. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013b.** Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº - 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a **Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.** Brasília, 2016. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204\\_17\\_02\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html)> Acesso em: 13 mai. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Fluxogramas para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

GOIÁS, COREN – GO. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás.** 3ed. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2017.

GOTTLIEB, S. L. et al. Toward global prevention of sexually transmitted infections (STIs): The need for STI vaccines. **Vaccine**, v. 32, n. 14, p. 1527-1535, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24581979/>>. Acesso em: 15 set. 2021.

NUGENT, R. P.; KROHN, M. A.; HILLIER, S. L. **Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of Gram stain interpretation.** J. Clin. Microbiol., [S.l.], v. 29, n. 20, p. 297-301, 1991. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1706728/>>. Acesso em: 12 ago. 2021.

SINOP. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Estratégia de saúde da família. **Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde do Município de Sinop.** 1º ed. Sinop, MT. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

## **13. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR**

---

De acordo com a Constituição Federal de 1988, no art. 200, remete ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade sobre a Saúde do Trabalhador e ao ambiente de trabalho. As Leis Federais nº 8.080, de setembro de 1990 e nº. 8.142, de dezembro de 1990, também conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, incluem no art. 6º no campo de atuação do SUS a execução de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, Saúde do Trabalhador e assistência terapêutica integral incluindo a farmacêutica.

### **13.1 Vigilância Em Saúde Do Trabalhador na UBS**

A atuação das unidades básicas de saúde (UBS) na vigilância de ambientes e processos de trabalho tem como foco as atividades produtivas desenvolvidas no território, no trabalho domiciliar, nas atividades realizadas nas ruas e nas investigações diagnósticas realizadas durante atendimento à saúde do trabalhador (BRASIL, 2018).

Para o planejamento e o desenvolvimento das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), as equipes das UBSs podem contar com o apoio de profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e das referências técnicas em Saúde do Trabalhador estadual (BRASIL, 2018).

Diante da suspeita ou diagnóstico de um agravo à saúde relacionado ao trabalho, o “caso” deve ser notificado ao Sinan e discutido pela equipe. Se necessário, o setor de vigilância em saúde/CEREST/NASF do município deve ser acionado para desencadear conjuntamente as ações pertinentes de promoção, de proteção e de educação em saúde.

### **13.2 Atenção À Saúde do Trabalhador na UBS e CEREST**

Para que as equipes das UBS incorporem em sua rotina de trabalho o cuidado integral à saúde do trabalhador, se faz necessário sua inserção no processo produtivo com o apoio do CEREST, que podem facilitar o desenvolvimento das ações, cumprindo o papel atribuído pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, de 23 de agosto de 2012, Art.

14, no âmbito da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, que prevê:

I – Desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência;

II – Dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e,

III – Atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando pólo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.

O apoio matricial do CEREST deve ocorrer de forma regular, incorporando o cotidiano da organização das equipes de referência e de apoio. O suporte técnico e pedagógico poderá ser acionado por qualquer das partes (de referência ou de apoio) a partir da identificação dos problemas que exigirão a integração com outros núcleos de conhecimento, podendo o CEREST intervir em (BRASIL,2018):

- Ações programadas quando identificado aumento de queixas e/ou problemas de saúde de indivíduos em um mesmo local de trabalho ou mesma atividade ocupacional;
- Orientações sobre o preenchimento do Comunicado do Acidente de Trabalho (CAT), bem como a notificação epidemiológica;
- Orientação e apoio para desenvolvimento de atividades de prevenção, de promoção, de educação em saúde, nas atividades em grupos ou outras.

### **13.3 Educação Em Saúde Na UBS**

As atividades educativas e os atendimentos em grupo são estratégias potentes para a promoção de comportamentos favoráveis à saúde e podem abordar os seguintes conteúdos relacionados ao trabalho (BRASIL, 2018):

- Orientações sobre riscos e perigos potenciais para a saúde;
- Medidas de proteção e prevenção de acidentes e doenças;
- Informações sobre agravos e doenças mais comuns em determinadas ocupações e atividades produtivas;
- Informações sobre a rede de serviços de saúde e os fluxos de atendimento no âmbito do SUS;

- Orientações sobre direitos dos trabalhadores à saúde, previdenciários, trabalhistas, entre outros.

### 13.4 Consulta De Enfermagem

O momento da consulta de enfermagem é fundamental para o estabelecimento e/ou aprofundamento da relação entre as queixas e/ou adoecimento apresentados pelo usuário e seu trabalho ou sua ocupação atual ou pregressa.

A anamnese ou história ocupacional é o instrumento mais importante para o estabelecimento da relação entre o trabalho e a queixa ou doença apresentada. O conjunto dos elementos – história clínica, história ocupacional e exame clínico – orienta a propedêutica complementar, o encaminhamento para procedimentos de maior densidade tecnológica, bem como o diagnóstico e a definição do plano terapêutico (BRASIL, 2018).

As perguntas básicas que devem ser feitas ao usuário/trabalhador sobre sua ocupação cujas respostas devem ser consideradas no raciocínio clínico-epidemiológico para o diagnóstico correto e o estabelecimento do plano terapêutico e demais encaminhamentos necessários são (BRASIL, 2018):

- O que você faz? Em que trabalha? Qual a sua atividade de trabalho atual?
- Há quanto tempo trabalha nessa atividade ou ocupação?
- Em que local, tipo de estabelecimento, empresa ou atividade econômica você trabalha?
- Como realiza seu trabalho? Quais produtos, matérias-primas e instrumentos utiliza?
- Como são as suas condições de trabalho? A que tipos de riscos ou perigos você está exposto em seu trabalho?
- Você está satisfeito com seu trabalho? O que o incomoda?
- Você acha que seu problema de saúde tem relação com seu trabalho?
- Você conhece outros(as) trabalhadores(as) com queixas ou adoecimento semelhantes entre os colegas de trabalho?

Durante a consulta de enfermagem, o enfermeiro poderá identificar se as queixas, sinais e/ou sintomas apresentados estão relacionados com o trabalho/ ocupação atual ou progresso do usuário. O caderno de atenção básica nº 41, Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (BRASIL, 2018) cita:

“queixas de dor e ardência ao urinar relatadas por mulheres jovens podem ter relação com o trabalho que desenvolvem. A infecção urinária em operadoras de caixa de

supermercado pode estar associada a pouca ingestão de líquidos e ao excessivo controle da saída do posto de trabalho para ir ao banheiro, procedimentos comuns na gestão e na organização do trabalho nessa atividade. BRASIL, 2018 p43.

Conforme consulta de enfermagem, o enfermeiro poderá solicitar exames de rotina em saúde do homem ou saúde da mulher conforme protocolo municipal. Cabe ao enfermeiro da UBS informar, orientar e conscientizar o indivíduo sobre cuidados a sua saúde, estimulando hábitos saudáveis e prescrevendo cuidados para tal. Deve ainda orientar, se no caso for aplicável, sobre a importância de utilizar os dispositivos de segurança pessoal (EPI's) e coletivo dentro do ambiente de trabalho.

### 13.5 Conduas Frente a Acidente e Agravos

#### **Acidente ou Agravamento a Saúde relacionado ao Trabalho do Servidor Público do Município de Sinop**

A LEI Nº 254/93 de 29 de março 1.993, institui o Regime Jurídico único dos servidores Públicos Civis do Município de Sinop – MT. Cabe ressaltar os artigos:

Art. 127 - Configura acidente em serviço o dano físico ou mental sofrido pelo servidor e que se relacione, mediata ou imediatamente, com o exercício do cargo.

Parágrafo Único - Equipara-se ao acidente em serviço o dano decorrente de agressão sofrida e não provocada pelo servidor, no exercício do cargo.

Art. 129 - A prova do acidente será feita ao sistema pericial do Município, mediante emissão de comunicado do acidente de trabalho, no prazo de 2 (dois) dias úteis, prorrogável quando as circunstâncias o exigirem.

O Servidor público estatutário que sofrer, em seu exercício, acidentes ou agravos relacionados ao trabalho deve ser avaliado na unidade de saúde pela equipe multiprofissional e referenciado (atestado médico) ao setor de Medicina do Trabalho da Prefeitura de Sinop.

Aos servidores contratados e terceirizados, além do atendimento clínico na unidade, deve ser comunicado a Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde e referenciado a empresa/instituto correspondente para providências legais.

**PROJETO DE LEI Nº 049/2023**

**DATA:** 05 de setembro de 2023

**SÚMULA:** Autoriza a AGER Agência Reguladora dos Serviços Públicos Delegados do Município de Sinop a abrir Crédito Adicional Suplementar, no valor de R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais), e dá outras providências.

**REGIME DE  
URGÊNCIA**

**ROBERTO DORNER, PREFEITO MUNICIPAL DE SINOP, ESTADO DE MATO GROSSO**, no uso de suas atribuições legais, faz saber que a Câmara Municipal de Vereadores aprovou, e ele sanciona a seguinte Lei;

Art. 1º. Fica a AGER Agência Reguladora dos Serviços Públicos Delegados do Município de Sinop autorizada a abrir Crédito Adicional Suplementar, no valor de R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais), nos termos do Artigo 41, inciso I da Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964, para reforço de dotação consignada no orçamento para o presente exercício, aprovado pela Lei Municipal nº 3153/2022 de 09 de dezembro de 2022, conforme segue:

|                         |  |                         |
|-------------------------|--|-------------------------|
| 19                      | AGER/SINOP                             |                         |
| 19.001                  | AGER/SINOP                             |                         |
| 19.001.04.125.0003.2010 | AÇÕES DE DESENVOLVIMENTO DA AGER/SINOP |                         |
| 3.3.90.00.00.00         | Aplicações Diretas                     |                         |
| 25010000000             | Recurso Livre                          | R\$ 1.500.000,00        |
|                         | (noventa e três mil reais)             |                         |
|                         | <b>TOTAL</b>                           | <b>R\$ 1.500.000,00</b> |

Art. 2º. Para cumprimento do artigo anterior e de acordo com o inciso I do § 1º do art. 43, da Lei Federal nº 4.320/64, serão utilizados os recursos, no montante de R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais) resultantes do Superávit Financeiro, Recursos da Fonte Livre, apurados conforme Planilha elaborada pela AGER Agência Reguladora dos Serviços Públicos Delegados do Município de Sinop, apensada como parte integrante da presente Lei.

Art. 3º. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º. Ficam revogadas as disposições em contrário.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE SINOP.  
ESTADO DE MATO GROSSO.  
Em, 05 de setembro de 2023

  
**ROBERTO DORNER**  
Prefeito Municipal

**A N E X O V – SUPERÁVIT FINANCEIRO (DEC. N° 001/2023)**

**EXERCÍCIO DE 2022 SUPLEMENTADO PARA O EXERCÍCIO DE 2023.  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SINOP – AGER AGÊNCIA REGULADORA DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DELEGADOS DO MUNICÍPIO DE SINOP**

| RECURSO/CONTA<br>(A)                        | RESTOS LIQUIDADOS<br>(B) | RESTOS A LIQUIDAR<br>(C) | DEP. TERC./ SERV. DA DIV. A PAGAR<br>(D) | TOTAL RP EXERCÍCIO 2022<br>(E) = (B+C+D) | RECURSOS EM CONTA - BDT 31/12/2022<br>(F) | TOTAL A SER SUPLEMENTADO/ SUPERÁVIT FINANCEIRO<br>(G) = (F - E) | DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA A SER SUPLEMENTADA/FONTE                    | VALOR R\$           |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--|---|---|--|---------------------|
| <b>FONTE: 1.501.000.000 e 2.501.000.000</b> |                          |                          |  |  |   |   |  |                     |
| C/C: 00464-5 - Caixa Econômica Federal      | 29.933,84                | 518.229,08               | 16.765,19                                | 564.928,11                               | 3.370.630,52                              | 2.805.702,41  | Suplementado Conforme Decreto nº 077/2023 de 30 de março de 2023 | 93.000,00           |
|   |                          |                          |  |  |   |   | Suplementado Conforme Decreto nº 199/2023 de 25 de julho de 2023 | 59.489,00           |
|   |                          |                          |  |  |   |   | Projeto de Lei a ser aprovado                                    | 100.000,00          |
|   |                          |                          |  |  |   |   | 2010.3.3.90.00.00.00.2.5.01.000.000                              | 100.000,00          |
| <b>TOTAL</b>                                | <b>29.933,84</b>         | <b>518.229,08</b>        | <b>16.765,19</b>                         | <b>564.928,11</b>                        | <b>3.370.630,52</b>                       | <b>2.805.702,41</b>   |  | <b>2.052.089,00</b> |
| <b>TOTAL SUPERÁVIT FINANCEIRO= (G-I)</b>    |                          |                          |  |  |   |   | <b>R\$ 753.613,41</b>  |                     |

Nota: A) Dados Extraídos do BDT de 31/12/2022 e Relatório de Restos a Pagar em 31/12/2022.

AGER Sinop 05/09/2023

  
**MARCIA CRISTINA LOPES HERNANDORENA**  
 Diretora Presidente da AGER Sinop

**MENSAGEM AO PROJETO DE LEI Nº 049/2023**

**Senhor Presidente,  
Senhores Vereadores,**

Com cumprimentos cordiais, embasada em predicamentos de Lei, encaminho para apreciação desta augusta Casa a matéria epigrafada que *"Autoriza a AGER Agência Reguladora dos Serviços Públicos Delegados do Município de Sinop a abrir Crédito Adicional Suplementar, no valor de R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais), e dá outras providências."*

Trata a matéria do pedido de autorização legislativa para abertura de crédito suplementar, nos termos do inciso I do Art. 41 da Lei Federal nº 4320/64, no valor R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais), com o fito de suprir dotações já consignadas no orçamento vigente, a fim de assegurar à continuidade dos serviços públicos.

O referido crédito suplementar contempla a AGER Agência Reguladora dos Serviços Públicos Delegados do Município de Sinop para cobrir despesas com manutenções das atividades realizadas pela AGER.

Como a abertura do crédito adicional suplementar depende da existência efetiva e da disponibilidade de recursos que não estejam comprometidos, no art. 2º do referido projeto, foram parcialmente anuladas dotações para fazer face ao aludido crédito.

Certos em contar com o apoio dessa Edilidade para a aprovação do projeto de lei supra, requeremos sua apreciação **em regime de urgência**.

Atenciosamente,

  
**ROBERTO DORNER**  
Prefeito Municipal



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|  |   |                         |
|--|---|-------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> Projeto de Lei                         | N°<br><u>040 / 2023</u> |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo |                         |
|  | <input type="checkbox"/> Projeto de Resolução                   |                         |
|  | <input type="checkbox"/> Requerimento                           |                         |
|  | <input type="checkbox"/> Indicação                              |                         |
|  | <input type="checkbox"/> Moção                                  |                         |
|  | <input type="checkbox"/> Emenda                                 |                         |

AUTOR:

**VEREADOR PAULINHO ABREU - PL**

**Concede Título de Cidadão Sinopense Honorário ao Senhor RICARDO MURILO PADILHA DE ARAÚJO.**

**A CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP, ESTADO DE MATO GROSSO**, no uso de suas atribuições legais, aprovou, e o Presidente promulgará o seguinte Decreto Legislativo;

Art. 1º Fica concedido o Título de Cidadão Sinopense Honorário ao Senhor Ricardo Murilo Padilha de Araújo, como reconhecimento do Poder Legislativo pelos relevantes serviços prestados à comunidade sinopense.

Art. 2º Este Decreto Legislativo entra em vigor na data de sua publicação.

*Ademir Debortoli*  
Vereador - Republicanos

*Lucinei*  
Vereador - MDB

*Célio Garcia*  
Vereador - UNIÃO

*Celso Kobelnik*  
Vereador  
REPUBLICANOS

**CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP  
ESTADO DE MATO GROSSO**  
Em,

*Paulinho Abreu*  
**PAULINHO ABREU**  
Vereador - PL

*Elbio Volkweis*  
Vereador - Patriota

*Juventino Silva*  
Vereador - PSB

*Tomirio Bernardes*  
Vereador - PL

*Moisés do Jardim do Ouro*  
Vereador - PL

*Mario Sugizaki*  
Vereador - Podemos



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|  |   |                         |
|--|---|-------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> Projeto de Lei<br><input checked="" type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br><input type="checkbox"/> Requerimento<br><input type="checkbox"/> Indicação<br><input type="checkbox"/> Moção<br><input type="checkbox"/> Emenda | Nº<br><u>040 / 2023</u> |
|--|---|-------------------------|

AUTOR:

VEREADOR PAULINHO ABREU – PL

### MENSAGEM AO PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO

**Senhores Vereadores,  
Senhoras Vereadoras,**

O engenheiro agônomo RICARDO MURILLO PADILHA DE ARAÚJO é filho de Artidonio Brasileiro de Araújo e Romelita Maria Padilha de Araújo, chegou em Sinop no ano de 2016. É casado com Roberta Reis Figueiredo de Araújo, com quem possui 02 filhos, Ricardo de Figueiredo Araújo e Maria Esther de Figueiredo Araújo.

Durante 07 (sete) anos atuou na Sinop Energia, companhia responsável pela construção, implantação, operação, manutenção e comercialização da energia gerada pela UHE, considerada a maior usina hidrelétrica do complexo Teles Pires, responsável pelo abastecimento de 1,6 (um milhão e seiscentas mil) pessoas.

À frente do empreendimento, sempre pautou pelo compromisso de zelar pelo bem-estar e qualidade de vida da comunidade local, destacando-se de forma preponderante na pandemia. Nessa época, faz com que a UHE assumisse o papel de protagonista no combate à COVID-19, atuando proativamente para minimizar os impactos socioeconômicos causados pela crise sanitária. Sob sua direção, a Prefeitura de Sinop recebeu 08 (oito) máquinas de costura overloque, entregue diretamente à Secretaria Municipal de Assistência Social. Ao Rotary Clube foi repassada 01 (uma) máquina de pontear para confecção de máscaras. Já a UFMT foi contemplada com equipamentos de informática, impressoras e Extrator Automático de Ácidos Nucléico (utilizado em testes e pesquisas com a Covid -19). Equipamentos como máquina de gelo, ultra freezer, cilindros com Gás Oxigênio também foram doados, bem como 6.500 (seis mil e quinhentas) cesta básicas entregues durante o período. Ainda nesse período, a UHE contribuiu com mais de R\$ 1,6 milhões, em ações de prevenção à COVID-19.

Em parceria com o BNDES participou do “Programa Salvando Vidas” doando mais de 290.000 (duzentos e noventa mil) itens para 31 (trinta e uma) instituições de saúde presentes nos municípios de Sinop, Cláudia e Itaúba, em um investimento total de R\$ 2,6 milhões. Através do Programa, Sinop recebeu a primeira Usina de Oxigênio doada pela usina a UPA de Sinop, com capacidade de fornecimento de 20m<sup>3</sup> (vinte metros

Celso Kobelnik  
Vereador  
REPUBLICANOS

Ademir Debortoli  
Vereador - Republicanos

Paulinho Abreu  
Vereador - PSB



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|  |   |                         |
|--|---|-------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> Projeto de Lei<br><input checked="" type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br><input type="checkbox"/> Requerimento<br><input type="checkbox"/> Indicação<br><input type="checkbox"/> Moção<br><input type="checkbox"/> Emenda | N°<br><u>040 / 2023</u> |
|--|---|-------------------------|

AUTOR: **PAULINHO ABREU – PL**

cúbicos) de oxigênio por hora, suficientes para abastecer até 50 (cinquenta) leitos, 25 (vinte e cinco) UBS e atender cerca de 100 (cem) pacientes em uso domiciliar.

Já a segunda usina foi entregue ao Hospital Regional com capacidade de 10m<sup>3</sup> (dez metros cúbicos) de oxigênio por hora, atendendo 20 (vinte) leitos – entre UTI e enfermaria – daquele hospital. Além das usinas, outros equipamentos foram doados, tais como oxímetros de pulso dedo digital; oxímetros de mesa; termômetros digitais de testa infravermelho; aparelho de gasometria; aparelhos aspiradores de secreção portáteis; cilindros de oxigênio medicinal; aparelhos para fisioterapia respiratória; eletrocardiógrafos; álcool em gel; luvas; máscaras; toucas e aventais.

Em outras esferas, além da saúde pública, contribuiu com R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) para a aquisição de equipamentos para a Polícia Civil; R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais) para fornecimento de equipamentos para o Corpo de Bombeiros Militar de Sinop; R\$ 3.465.000,00 (três milhões, quatrocentos e sessenta e cinco mil reais) para melhorias na infraestrutura do Parque Florestal de Sinop e por derradeiro, a UHE Sinop contribuiu com o Batalhão Ambiental da Polícia Militar em Sinop, com a doação de R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais) para ações diversas.

Justificada a matéria, esperamos contar com o apoio dos nobres pares na sua aprovação.

*Ademir Debortoli*  
Vereador – Republicanos

**CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP**  
**ESTADO DE MATO GROSSO**  
Em,

*Lucinei*  
Vereador – MDB

**PAULINHO ABREU**  
Vereador – PL

*Elbio Volkweis*  
Vereador – Patriota

*Juventino Silva*  
Vereador – PSB

*lio Garcia*  
Vereador – UNIÃO

*Moises do Jardim do Ouro*  
Vereador – PL

*Celso Kobelnik*  
Vereador  
REPUBLICANOS

*moises Sergio*

*Tomazino Bernardes*  
Vereador – PL

*Mario Sugizaki*  
Vereador – Podemos



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

Plenário das Deliberações

Câmara Municipal de Sinop

Aprovado em 1ª Votação

A Sessão Ordinária

04/08/2023

Ver. Toninho Bernardes

Nº 1º SECRETÁRIO

035/2023

Câmara Municipal de Sinop  
**RECEBIDO**  
18 AGO 2023  
*Luiz Kub*  
ASSINATURA

- Projeto de Lei
- Projeto Decreto Legislativo
- Projeto de Resolução
- Requerimento
- Indicação
- Moção
- Emenda

AUTOR: VEREADORES DILMAIR CALLEGARO

**Concede Título de Cidadão Sinopense Honorário ao Sr. Júlio Gasques.**

A CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP – ESTADO DE MATO GROSSO, no uso de suas atribuições legais aprovou e o Presidente promulgará o seguinte Decreto Legislativo:

Art. 1º. Fica concedido o Título de Cidadão Sinopense Honorário ao Sr. **Júlio Gasques**, como reconhecimento do Poder Legislativo Municipal pelos serviços prestados à comunidade sinopense.

Art. 2º Este Decreto Legislativo entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Ficam revogadas as disposições em contrário.

**CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP  
ESTADO DE MATO GROSSO**  
Em,

**DILMAIR CALLEGARO**  
Vereador PSDB

Encaminhado à Comissão de Justiça e Redação  
Em 21/08/2023

*Elbio Volkweis*  
Vereador - Patriota

*Celio Garcia*  
Vereador - UNIAO

*Lucinei*  
Vereador - MDB

*Graciele M. Graciele*  
Vereadora - PT

*Ademir Debortol*  
Vereador - Republicanos

*Ver. Toninho Bernardes*  
1º Secretário

*Juventino Silva*  
Vereador - PSB

*Luís Paulo da Gleba*  
Vereador - PROS

*Moises do Jardim do Ouro*  
Vereador - PL

*Ver. Paulinho Abreu*  
Presidente



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|  |   |                         |
|--|---|-------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> Projeto de Lei<br><input checked="" type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br><input type="checkbox"/> Requerimento<br><input type="checkbox"/> Indicação<br><input type="checkbox"/> Moção<br><input type="checkbox"/> Emenda | N°<br><u>035 / 2023</u> |
|--|---|-------------------------|

AUTOR: VEREADORES DILMAIR CALLEGARO

### MENSAGEM AO PROJETO

Júlio Gasques, natural de Presidente Bernardes/SP, nascido em 08 de outubro de 1949, filho de Antônio Gasques Carvajal e Maria Martins Boigues, é casado com a Sra. Rosângela, pai de um casal de filhos: Daniela e Vinícius, avô do Cassiano e da Natália.

Bacharel em Administração e Ciências Contábeis pela Faculdade Toledo de Ensino, na cidade de Presidente Prudente, Estado de São Paulo, em 1975. Em novembro de 1977 veio conhecer Sinop a convite de seu primo Irineu Martins e no ano seguinte mudou-se com a família para trabalhar como contador no Supermercado Machado, trabalhou até o ano de 2004, foi o primeiro bacharel em ciência contábeis do município.

Júlio Gasques foi membro fundador da APAE Associação Pais e Amigos dos Excepcionais de Sinop.

Membro fundador da Loja Maçônica Acácia Sinop, fez parte da Codenorte – Conselho de Desenvolvimento Norte de Mato Grosso.

Hoje Julinho como é conhecido por muitos, é empresário no ramo imobiliário, proprietário da Villa Bella Empreend. Imobiliário LTDA.

CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP  
ESTADO DE MATO GROSSO

Em,

**DILMAIR CALLEGARO**  
Vereador PSDB

Elbio Volker  
Vereador - PAVISTA

Ver. Toninho Bernardes  
1º Secretário

Rodrigo  
Vereador - UNILIO

Juventino Silva  
Vereador - PSB

Moisés do Jardim do Ouro  
Vereador - PL

Lucinei  
Vereador - MDB

Ademir Deborzi  
Vereador - REPUBLICANO

Luís Paulo da Gleba  
Vereador - PROS

Profª Graciele  
Vereadora - PT



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|   |  |                                  |
|---|--|----------------------------------|
| <p>Câmara Municipal de Sinop<br/><b>RECEBIDO</b><br/>03 MAI 2023<br/><i>Ademir DeBortoli</i><br/>ASSINATURA</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> Projeto de Lei<br/><input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br/><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br/><input type="checkbox"/> Requerimento<br/><input type="checkbox"/> Indicação<br/><input type="checkbox"/> Moção<br/><input type="checkbox"/> Emenda</p> | <p>N.º<br/><u>031 / 2023</u></p> |
|---|--|----------------------------------|

AUTOR: VEREADOR ADEMIR DEBORTOLI

**Dispõe sobre a implementação da “Operação Cata-Bagulho” no Município de Sinop, e dá outras providências.**

### A CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP – ESTADO DO MATO

**GROSSO**, no uso de suas atribuições legais, e o Prefeito Municipal aquiescendo, sancionará a seguinte Lei:

**Art. 1º** Poderá o Município de Sinop implementar a “Operação Cata-Bagulho” que tem como objetivo impedir que materiais inservíveis como móveis velhos, eletrodomésticos quebrados, pedaços de madeira, metal, pneus, entre outros, sejam depositados irregularmente em locais públicos ou privados.

**Art. 2º** As operações descritas nesta Lei deverão, obrigatoriamente, ter seu cronograma de realização divulgado na Página Oficial do Município de Sinop, em seu site e em suas redes sociais, de modo evidente e de fácil percepção.

**Art. 3º** Para que a ação seja realizada da forma adequada, os munícipes precisam colocar os objetos para serem recolhidos em suas calçadas, com, pelo menos, uma hora de antecedência, de acordo com a programação, atentando para os horários e para as vias que serão percorridas, amplamente divulgadas, conforme disposto no Art. 2º.

**Art. 4º** O Município de Sinop terá o prazo máximo de 90 (noventa) dias após a publicação desta Lei, para adoção das medidas necessárias para dar cumprimento à nova legislação.

**Art. 5º** As despesas decorrentes da execução desta Lei, poderão ser suplementadas, se necessário.

**Art. 6º** Poderá ser feita parceria público-privada para a destinação correta dos materiais coletados.

**Art. 7º** O Poder Executivo regulamentará a presente Lei, no que couber.

Encaminhado à Comissão de Viacão e Serviços Urbanos  
Em 08/05/2023

Encaminhado à Comissão de Justiça e Redação  
Em 08/05/2023



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|  |  |   |                         |
|--|--|---|-------------------------|
|  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Projeto de Lei<br><input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br><input type="checkbox"/> Requerimento<br><input type="checkbox"/> Indicação<br><input type="checkbox"/> Moção<br><input type="checkbox"/> Emenda | N°<br><u>031 / 2023</u> |
|--|--|---|-------------------------|

AUTOR: VEREADOR ADEMIR DEBORTOLI

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

Em,

  
ADEMIR DEBORTOLI  
Vereador – Republicanos



**CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP**  
**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**Plenário das Deliberações**

|  |   |                         |
|--|---|-------------------------|
|  | <input checked="" type="checkbox"/> Projeto de Lei<br><input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br><input type="checkbox"/> Requerimento<br><input type="checkbox"/> Indicação<br><input type="checkbox"/> Moção<br><input type="checkbox"/> Emenda | N°<br><u>031 / 2023</u> |
|--|---|-------------------------|

**AUTOR: VEREADOR ADEMIR DEBORTOLI**

**JUSTIFICATIVA**

O objetivo da “Operação Cata-Bagulho” é impedir que materiais inservíveis como móveis velhos, eletrodomésticos quebrados, pedaços de madeira, metal, pneus, entre outros, sejam depositados irregularmente em locais públicos ou privados. Tal descarte irregular pode, além de gerar danos ao meio ambiente, promover criadouros de insetos vetores de doenças, tais como o Aedes Aegypti, que em contato com a água parada se prolifera.

Além disso, a “Operação Cata-Bagulho”, também promove ações de conscientização da população do Município de Sinop, como educação ambiental.

Por esses motivos, conto com o apoio dos meus nobres colegas para a aprovação deste Projeto de Lei, que entendo ser de grande valia para o Município de Sinop.

**CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP**  
**ESTADO DE MATO GROSSO**

Em,

  
**ADEMIR DEBORTOLI**  
Vereador – Republicanos



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## COMISSÃO DE JUSTIÇA E REDAÇÃO

PARECER Nº 078/2023

Ao: Projeto de Decreto Lei nº 031/2023, de autoria do Vereador Ademir Debortoli.

### I - RELATÓRIO

No dia 01 de junho de 2023, os membros subscritores da Comissão de Justiça e Redação se reuniram nas dependências da Câmara Municipal para analisar e exarar parecer ao **Projeto de Lei nº 031/2023, de autoria do Vereador Ademir Debortoli**, que *“Dispõe sobre a implementação da ‘Operação Cata-Bagulho’ no Município de Sinop, e dá outras providências”*.

É o Relatório.

### II - VOTO DO RELATOR

A opinião deste Relator, no âmbito de competência desta comissão, é no sentido de acolher a proposição em tela.

### III - PARECER DA COMISSÃO

Por todas as razões e análise da matéria em comento, a Comissão é **favorável** ao trâmite normal da mesma perante o Plenário, discordando do parecer do **Departamento Jurídico** da Casa que é contrário ao Projeto de Lei nº 031/2023, de autoria do Vereador Ademir Debortoli.

Voto do Presidente: Favorável

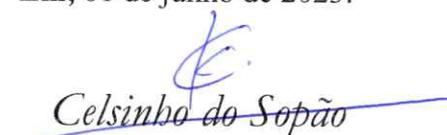
Voto do Relator: Favorável

Voto do Membro: Favorável

É O PARECER.

CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP  
ESTADO DE MATO GROSSO  
Em, 01 de junho de 2023.

  
Moisés do Jd. do Ouro  
Presidente

  
Celsinho do Sopão  
Relator

  
Lucinei  
Membro



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

---

## COMISSÃO DE OBRAS, VIAÇÃO E SERVIÇOS URBANOS

---

PARECER Nº 017/2023

Ao: Projeto de Lei nº 031/2023, de autoria do Vereador Ademir Debortoli.

### I - RELATÓRIO

No dia 01 de junho de 2023, os membros subscritores da Comissão de Obras, Viação e Serviços Urbanos se reuniram nas dependências da Câmara Municipal para analisar e exarar parecer ao **Projeto de Lei nº 031/2023, de autoria do Vereador Ademir Debortoli**, que **“Dispõe sobre a implementação da ‘Operação Cata-Bagulho’ no Município de Sinop, e dá outras providências.”**.

É o Relatório.

### II - VOTO DO RELATOR

A opinião deste Relator, no âmbito de competência desta comissão, é no sentido de acolher a proposição em tela.

### III - PARECER DA COMISSÃO

Por todas as razões e análise da matéria em comento, a Comissão é **favorável** ao trâmite normal da mesma perante o Plenário, discordando do parecer do **Departamento Jurídico** da Casa que é **contrário** ao Projeto de Lei nº 031/2023, de autoria do Vereador Ademir Debortoli.

Voto do Presidente: Favorável

Voto do Relator: Favorável

Voto do Membro: Favorável

É O PARECER.

CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

Em, 01 de junho de 2023.

  
Celsinho do Sopão  
Presidente

  
Moisés do Jd. do Ouro  
Relator

  
Lucinei  
Membro



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|  |   |                         |
|--|---|-------------------------|
|  | <input checked="" type="checkbox"/> Projeto de Lei<br><input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br><input type="checkbox"/> Requerimento<br><input type="checkbox"/> Indicação<br><input type="checkbox"/> Moção<br><input type="checkbox"/> Emenda | Nº<br><u>040 / 2023</u> |
|--|---|-------------------------|

AUTOR: VEREADOR ADEMIR DEBORTOLI

**Dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de Intérprete da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), em todos os eventos públicos oficiais no âmbito do Município de Sinop.**

**A CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP – ESTADO DO MATO GROSSO**, no uso de suas atribuições legais, e o Prefeito Municipal aquiescendo, sancionará a seguinte Lei:

**Art. 1º** Todos os eventos públicos oficiais realizados pelo Município de Sinop deverão contar com interpretação em LIBRAS por intermédio de um Intérprete.

**Parágrafo único.** Entende-se como Intérprete de LIBRAS, o profissional capacitado e/ou habilitado em processos de interpretação de língua de sinais, tendo competência para realizar interpretação das 2 (duas) línguas de maneira simultânea ou consecutiva e proficiência em tradução e interpretação da LIBRAS e da Língua Portuguesa.

**Art. 2º** O evento deverá ser transmitido pelo Intérprete, ao público em questão, na sua totalidade.

**Art. 3º** O Intérprete transmitirá simultaneamente todo o evento, utilizando a Língua Brasileira de Sinais, em local previamente reservado para o público surdo.

**§1º** A carga horária de atuação do Intérprete, em cada evento, deverá estar em consonância com as Leis Trabalhistas.

**§2º** O número de intérpretes por evento deverá ser ajustado em relação ao tempo total do evento.

**Art. 4º** As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias.

**Art. 5º** O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta lei em até 60 (sessenta) dias após sua publicação.

Encaminhado à Comissão de Economia  
Indústria, Comércio, Agricultura, Trabalho  
Administração e Serviços Públicos  
Em 14 / 06 / 2023

Encaminhado à Comissão de Direitos  
Humanos e Defesa da Cidadania e dos  
Direitos da Criança e Adolescente  
Em 14 / 06 / 2023

Encaminhado à Comissão  
de Justiça e Redação  
Em 14 / 06 / 2023



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|  |   |                       |
|--|---|-----------------------|
|  | <input checked="" type="checkbox"/> Projeto de Lei<br><input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br><input type="checkbox"/> Requerimento<br><input type="checkbox"/> Indicação<br><input type="checkbox"/> Moção<br><input type="checkbox"/> Emenda | N°<br><u>040 2023</u> |
|--|---|-----------------------|

AUTOR: VEREADOR ADEMIR DEBORTOLI

Art. 6º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

Em,

ADEMIR DEBORTOLI  
Vereador – Republicanos



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|  |   |                         |
|--|---|-------------------------|
|  | <input checked="" type="checkbox"/> Projeto de Lei<br><input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br><input type="checkbox"/> Requerimento<br><input type="checkbox"/> Indicação<br><input type="checkbox"/> Moção<br><input type="checkbox"/> Emenda | N.º<br><u>040 12023</u> |
|--|---|-------------------------|

AUTOR: **VEREADOR ADEMIR DEBORTOLI**

### JUSTIFICATIVA

A comunicação é um fator fundamental para o ser humano e LIBRAS é uma ferramenta que possibilita a interação dos surdos. Os intérpretes de língua de sinais surgiram devido à necessidade da comunidade surda de possuir um profissional que auxiliasse no processo de comunicação com as pessoas ouvintes.

Inicialmente, a atuação era informal, ou seja, pais ou membros da família das pessoas surdas faziam essa função. Entretanto, para que isso ocorresse de modo formal foi necessário que a Língua Brasileira de Sinais fosse oficializada. Atualmente há leis em vigor que regulamentam a profissão e determinam a formação desse profissional. Uma dessas leis é a LEI Nº 12.319 de 01.09.2010 que regulamenta a profissão de Tradutor e Intérprete de Língua Brasileira de Sinais— LIBRAS.

O intérprete de Libras tem a função de ser o canal comunicativo entre os participantes que possuem deficiência auditiva dos eventos, no que tange a este projeto e os palestrantes/apresentadores. Seu papel é servir como tradutor entre pessoas que compartilham línguas e culturas diferentes.

Essa atividade exige estratégias mentais na arte de transferir o conteúdo das explicações, questionamentos e dúvidas, viabilizando a participação do deficiente auditivo em todos os contextos.

Ratificar ao executivo a importância e obrigatoriedade da presença do intérprete de Língua Brasileira de Sinais em todos os eventos públicos oficiais realizados pelo Município de Sinop é um ato mínimo desta Casa frente a tantas dificuldades enfrentadas por aqueles possuem deficiência auditiva.

**CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP  
ESTADO DE MATO GROSSO**

Em,

**ADEMIR DEBORTOLI**  
Vereador – Republicanos



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## COMISSÃO DE JUSTIÇA E REDAÇÃO

PARECER Nº 104/2023

Ao: Projeto de Lei nº 040/2023, de autoria do Vereador Ademir Debortoli.

### I - RELATÓRIO

No dia 06 de julho de 2023, os membros subscritores da Comissão de Justiça e Redação se reuniram nas dependências da Câmara Municipal para analisar e exarar parecer ao Projeto de Lei nº 040/2023, de autoria do Vereador Ademir Debortoli, que “Dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de Intérprete da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), em todos os eventos públicos oficiais do Município de Sinop.”.

É o Relatório.

### II - VOTO DO RELATOR

A opinião deste Relator, no âmbito de competência desta comissão, é no sentido de acolher a proposição em tela.

### III - PARECER DA COMISSÃO

Por todas as razões e análise da matéria em comento, a Comissão é **favorável** ao trâmite normal da mesma perante o Plenário, discordando do parecer do **Departamento Jurídico** da Casa que é **contrário** ao Projeto de Lei nº 040/2023, de autoria do Vereador Ademir Debortoli.

Voto do Presidente: Favorável

Voto do Relator: Favorável

Voto do Membro: Favorável

É O PARECER.

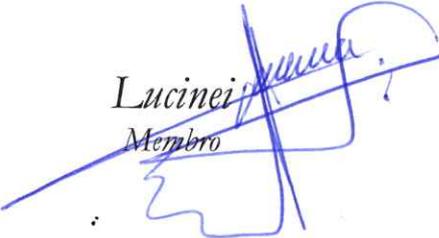
CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

Em, 06 de julho de 2023.

  
Moisés do Jd. do Ouro  
Presidente

  
Celsinho do Sopão  
Relator Suplente

  
Lucinei  
Membro



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

COMISSÃO DE ECONOMIA, INDÚSTRIA, COMÉRCIO, AGRICULTURA,  
TRABALHO, ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS PÚBLICOS

PARECER Nº 008/2023

Ao: Projeto de Lei nº 040/2023, de autoria do Vereador  
Ademir Debortoli.

## I - RELATÓRIO

No dia 06 de julho de 2023, os membros subscritores da Comissão de Economia, Indústria, Comércio, Agricultura, Trabalho, Administração e Serviços Públicos se reuniram nas dependências da Câmara Municipal para analisar e exarar parecer ao **Projeto de Lei nº 040/2023, de autoria do Vereador Ademir Debortoli** que *“Dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de Intérprete da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), em todos os eventos públicos oficiais no âmbito do Município de Sinop.”*.

É o Relatório.

## II - VOTO DO RELATOR

A opinião deste Relator, no âmbito de competência desta comissão, é no sentido de acolher a proposição em tela.

## III - PARECER DA COMISSÃO

Por todas as razões e análise da matéria em comento, a Comissão é **favorável** ao trâmite normal da mesma perante o Plenário, discordando do parecer do **Departamento Jurídico** da Casa que é contrário ao Projeto de Lei nº 040/2023, de autoria do Vereador Ademir Debortoli.

Voto do Presidente: Favorável

Voto do Relator: Favorável

Voto do Membro: Favorável

É O PARECER.

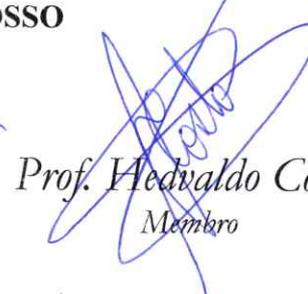
CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

Em, 06 de julho de 2023.

  
Luis Paulo da Gleba  
Presidente

  
Moisés do Jd. do Ouro  
Relator

  
Prof. Hedvaldo Costa  
Membro



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS E DEFESA DA CIDADANIA

PARECER Nº 004/2023

Ao: Projeto de Lei nº 040/2023, de autoria do Vereador Ademir Debortoli.

### I - RELATÓRIO

No dia 06 de julho de 2023, os membros subscritores da Comissão de Direitos Humanos e Defesa da Cidadania e dos Direitos das Crianças e do Adolescente se reuniram nas dependências da Câmara Municipal para analisar e exarar parecer ao **Projeto de Lei nº 040/2023, de autoria do Vereador Ademir Debortoli** que *“Dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de Intérprete da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), em todos os eventos públicos oficiais no âmbito do Município de Sinop.”*.

É o Relatório.

### II - VOTO DO RELATOR

A opinião deste Relator, no âmbito de competência desta comissão, é no sentido de acolher a proposição em tela.

### III - PARECER DA COMISSÃO

Por todas as razões e análise da matéria em comento, a Comissão é **favorável** ao trâmite normal da mesma perante o Plenário, discordando do parecer do **Departamento Jurídico** da Casa, que é contrário ao Projeto de Lei nº 040/2023, de autoria do Vereador Ademir Debortoli.

Voto da Presidente Suplente: Favorável

Voto do Relator: Favorável

Voto do Membro: Favorável

É O PARECER.

CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP  
ESTADO DE MATO GROSSO  
Em, 06 de julho de 2023.

  
Moisés do Jd. do Ouro  
Presidente Suplente

  
Celsinho do Sopão  
Relator

  
Lucinei  
Membro



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|  |   |                         |
|--|---|-------------------------|
|  | <input checked="" type="checkbox"/> Projeto de Lei<br><input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br><input type="checkbox"/> Requerimento<br><input type="checkbox"/> Indicação<br><input type="checkbox"/> Moção<br><input type="checkbox"/> Emenda | Nº<br><u>050 / 2023</u> |
|--|---|-------------------------|

**AUTOR:** VEREADORA PROFESSORA GRACIELE E VEREADOR MÁRIO SUGIZAKI

**Dispõe sobre a isenção do Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU às pessoas com deficiência ou seus responsáveis legais e dá outras providências.**

A **CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP – ESTADO DE MATO GROSSO**, no uso de suas atribuições legais aprovou, e o Prefeito Municipal, aquiescendo, sancionará a seguinte Lei:

**Art. 1º** As pessoa com deficiência ou seus responsáveis legais serão beneficiados com a isenção do pagamento do Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU.

**Parágrafo único.** Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas, conforme artigo 2º, da lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), mediante atestado médico fornecido pelo médico que acompanha o tratamento, contendo:

- Diagnóstico expresso da doença (anatomopatológico);
- Estágio clínico atual;
- Classificação Internacional da Doença (CID);
- Carimbo que identifique o nome e número de registro médico no Conselho Regional de Medicina (CRM).

**Art. 2º** São critérios de análise técnica para concessão do direito a isenção do pagamento do Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU:

**I** – ser proprietário de apenas um único imóvel, edificado ou não;

**II** – residir no imóvel, sendo vedado alugá-lo ou estabelecer ponto comercial no imóvel edificado ou não;

Encaminhado à Comissão de Finanças  
Orçamentos e Fiscalização  
Em 27/08/2023

Encaminhado à Comissão  
de Justiça e Redação  
Em 27/08/2023



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|  |  |                         |
|--|--|-------------------------|
|  | <input checked="" type="radio"/> Projeto de Lei<br><input type="radio"/> Projeto Decreto Legislativo<br><input type="radio"/> Projeto de Resolução<br><input type="radio"/> Requerimento<br><input type="radio"/> Indicação<br><input type="radio"/> Moção<br><input type="radio"/> Emenda | N°<br><u>050 / 2023</u> |
|--|--|-------------------------|

**AUTOR: VEREADORA PROFESSORA GRACIELE E VEREADOR MÁRIO SUGIZAKI**

**III – ter renda per capita de até 03 (três) salários mínimos vigentes no País.**

**Art. 3º** A solicitação de isenção do IPTU será realizada na Secretaria de Planejamento, Finanças e Orçamento do município de Sinop.

**Parágrafo único.** As provas necessárias para a isenção do IPTU devem ser apresentadas até o dia 31 de janeiro do ano em exercício, sob pena de perda do benefício fiscal.

**Art. 4º** A documentação apresentada com o primeiro pedido de isenção poderá servir para os demais exercícios, ficando a critério da Secretaria de Planejamento, Finanças e Orçamento, a renovação anual dos pedidos de isenção com atualização da documentação.

**Art. 5º** A concessão da isenção do IPTU não gera direito adquirido e será anulada de ofício sempre que se apure que o contribuinte não satisfaça as condições para a concessão do benefício, cobrando-se a importância equivalente à isenção, atualizada monetariamente, acrescida de multa e juros moratórios, desde as datas originariamente assinaladas para o pagamento do imposto.

**Art. 6º** O Poder Executivo regulamentará, no que couber, a presente Lei.

**Art. 7º** Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

**CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP  
ESTADO DE MATO GROSSO**

**Em,**

  
**PROFESSORA GRACIELE  
VEREADORA - PT**

MÁRIO  
MATEUS  
SUGIZAKI:  
16502014860

Assinado digitalmente por MÁRIO MATEUS  
SUGIZAKI 16502014860  
DN: C=BR, O=CP-Brasil, OU=Prefeitura,  
CN=PROFESSORA GRACIELE E VEREADOR MÁRIO  
SUGIZAKI, OU=sem branch, CN=MÁRIO  
MATEUS SUGIZAKI.16502014860  
Resol: Este ou o autor deste documento  
Certificado, sua localização de assinatura  
vál.  
Data: 2023.08.01 13:59:04-0400  
Foxit PDF Reader Versão: 11.2.1

**MÁRIO SUGIZAKI  
VEREADOR – PODE**



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|  |  |                         |
|--|--|-------------------------|
|  | <input checked="" type="radio"/> Projeto de Lei<br><input type="radio"/> Projeto Decreto Legislativo<br><input type="radio"/> Projeto de Resolução<br><input type="radio"/> Requerimento<br><input type="radio"/> Indicação<br><input type="radio"/> Moção<br><input type="radio"/> Emenda | N°<br><u>050 / 2023</u> |
|--|--|-------------------------|

AUTOR:

**VEREADORA PROFESSORA GRACIELE E VEREADOR MÁRIO SUGIZAKI**

### JUSTIFICATIVA

Esse projeto de lei busca minimamente livrar as pessoas com deficiência (PCD) ou famílias que tenham pessoas com deficiência na sua composição de ter o gasto com o pagamento do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), podendo reverter o valor mensal para uso da própria pessoa com deficiência.

Para fins de lei, de acordo com o artigo 2º, caput, da lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), “considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”.

Identificar as reais necessidades que as pessoas de grupos minoritários estão vivendo no município de Sinop é de extrema importância, pois falar sobre inclusão é também criar estratégia que alcance uma folga orçamentaria para famílias que encontram dificuldades diárias e permanentes de acordo com suas realidades.

A criação de uma lei municipal que conceda isenção de IPTU para pessoas com deficiência é de extrema importância, pois reconhece a necessidade de proporcionar benefícios e inclusão para essa parcela da população. Pessoas com deficiência muitas vezes enfrentam desafios adicionais em suas vidas diárias, como despesas médicas e de acessibilidade. A isenção de IPTU pode aliviar o ônus financeiro sobre essas famílias, permitindo que direcionem seus recursos para outras necessidades essenciais, como cuidados de saúde, terapias, adaptações em suas residências e melhor qualidade de vida.

Além disso, a isenção de IPTU para pessoas com deficiência é uma medida que promove a inclusão social e a igualdade de oportunidades. Ao conceder essa isenção, o município reconhece o valor e a importância de garantir o pleno exercício dos direitos dessas



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|  |  |                          |
|--|--|--------------------------|
|  | <input checked="" type="radio"/> Projeto de Lei<br><input type="radio"/> Projeto Decreto Legislativo<br><input type="radio"/> Projeto de Resolução<br><input type="radio"/> Requerimento<br><input type="radio"/> Indicação<br><input type="radio"/> Moção<br><input type="radio"/> Emenda | N.º<br><u>050 / 2023</u> |
|--|--|--------------------------|

AUTOR:

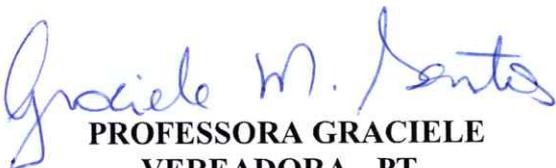
**VEREADORA PROFESSORA GRACIELE E VEREADOR MÁRIO SUGIZAKI**

peças, promovendo a equidade no acesso a moradia adequada e incentivando a participação ativa na comunidade. Essa medida não apenas beneficia diretamente as famílias afetadas, mas também contribui para a construção de uma sociedade mais inclusiva, que valoriza a diversidade e respeita os direitos de todos os cidadãos, independentemente de suas habilidades ou limitações.

Diante do exposto, apresentamos o presente Projeto de Lei e contamos com o apoio dos nobres pares para a aprovação, por entendermos ser fundamental a regulamentação desta questão de inegável interesse público.

**CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP  
ESTADO DE MATO GROSSO**

**Em,**

  
**PROFESSORA GRACIELE  
VEREADORA - PT**

MARIO  
MATEUS  
SUGIZAKI:  
16502014860

Assinado digitalmente por MARIO MATEUS  
SUGIZAKI 16502014860  
DN: C=BR, O=CP-Signat, CN=Procurador  
OU=16502014860, OU=Secretaria de  
Recursos Humanos do Brasil - RFB, OU=RS  
e-CRF A1, OU=Sem Interim, CN=MARIO  
MATEUS SUGIZAKI 16502014860  
Fecha: 2023.08.01 13:58:17-0400Z  
Localização: sem localização de assinatura aqui  
Data: 2023.08.01 13:58:17-0400Z  
Font: PDF Reader Versão: 11.2.1

**MÁRIO SUGIZAKI  
VEREADOR – PODE**



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

---

## COMISSÃO DE JUSTIÇA E REDAÇÃO

---

**PARECER Nº 137/2023**

**Ao: Projeto de Lei nº 050/2023, de autoria dos Vereadores Professora Graciele e Mário Sugizaki.**

### I - RELATÓRIO

No dia 31 de agosto de 2023, os membros subscritores da Comissão de Justiça e Redação se reuniram nas dependências da Câmara Municipal para analisar e exarar parecer ao **Projeto de Lei nº 050/2023, de autoria dos Vereadores Professora Graciele e Mário Sugizaki** que *“Dispõe sobre a isenção do Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU às pessoas com deficiência ou seus responsáveis legais e dá outras providências.”*

É o Relatório.

### II - VOTO DO RELATOR

A opinião deste Relator, no âmbito de competência desta comissão, é no sentido de acolher a proposição em tela.

### III - PARECER DA COMISSÃO

Por todas as razões e análise da matéria em comento, a Comissão é **favorável** ao trâmite normal da mesma perante o Plenário, acompanhando o parecer do **Departamento Jurídico** da Casa que é **favorável** ao Projeto de Lei nº 050/2023, de autoria dos Vereadores Professora Graciele e Mário Sugizaki.

Voto do Presidente: Favorável

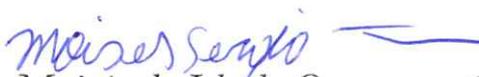
Voto do Relator: Favorável

Voto do Membro: Favorável

**É O PARECER.**

**CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP  
ESTADO DE MATO GROSSO**

Em, 31 de agosto de 2023.

  
Moisés do Jd. do Ouro  
Presidente

  
Celsinho do Sopão  
Relator

  
Lucinei  
Membro



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

---

## COMISSÃO DE FINANÇAS, ORÇAMENTOS E FISCALIZAÇÃO

---

PARECER Nº 030/2023

Ao: Projeto de Lei nº 050/2023, de autoria dos Vereadores Professora Graciele e Mário Sugizaki.

### I - RELATÓRIO

No dia 31 de agosto de 2023, os membros subscritores da Comissão de Finanças, Orçamentos e Fiscalização, se reuniram nas dependências da Câmara Municipal para analisar e exarar parecer ao **Projeto de Lei nº 050/2023, de autoria dos Vereadores Professora Graciele e Mário Sugizaki** que *“Dispõe sobre a isenção do Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU às pessoas com deficiência ou seus responsáveis legais e dá outras providências.”*

### II - VOTO DO RELATOR

A opinião deste Relator, no âmbito de competência desta comissão, é no sentido de acolher a proposição em tela.

### III - PARECER DA COMISSÃO

Por todas as razões e análise da matéria em comento, a Comissão é **favorável** ao trâmite normal da mesma perante o Plenário, acompanhando o parecer do Departamento Jurídico da Casa que é favorável ao Projeto de Lei nº 050/2023, de autoria dos Vereadores Professora Graciele e Mário Sugizaki.

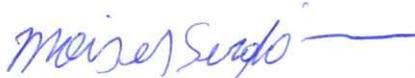
Voto do Presidente: Favorável

Voto do Relator: Favorável

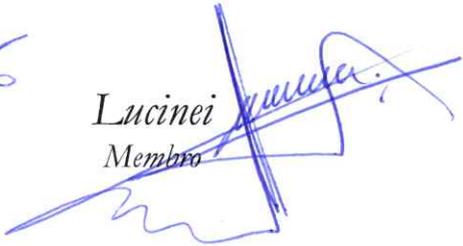
Voto do Membro: Favorável

**É O PARECER.**

CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP  
ESTADO DE MATO GROSSO  
Em, 31 de agosto de 2023.

  
Moisés do Jd. do Ouro  
Presidente

  
Luis Paulo da Gleba  
Relator

  
Lucinei  
Membro



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|   |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
| <p>Câmara Municipal de Sinop<br/><b>RECEBIDO</b><br/>05 SET 2023<br/><i>[assinatura]</i><br/>ASSINATURA</p> | <p><input type="checkbox"/> Projeto de Lei<br/><input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br/><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br/><input type="checkbox"/> Requerimento<br/><input type="checkbox"/> Indicação<br/><input checked="" type="checkbox"/> Moção<br/><input type="checkbox"/> Emenda</p> | <p>Nº<br/><u>050 / 2023</u></p> |
|---|--|---------------------------------|

AUTOR: VEREADOR PROFESSOR HEDVALDO COSTA E VEREADORES

### MOÇÃO DE APLAUSO

Com fulcro no que determina os artigos 132 e 133 do Regimento Interno da Câmara Municipal de Sinop – Estado de Mato Grosso, os vereadores subscritores resolvem encaminhar a presente Moção de Aplauso ao Site Momento MT: Empoderando Mato Grosso com Informação, através do fundador do site Zico Zortéa, e toda equipe, pela divulgação do banner da Associação de Pais e Amigos de Pessoas com Espectro Autista (AMA) de Sinop.

Fundado em 2010 por Zico Zortéa, o portal Momento MT emerge como um farol no cenário midiático do estado, oferecendo uma fonte sólida e confiável de informações. Seu propósito é claro desde o princípio: fornecer notícias precisas, variadas e relevantes, que capacitam a sociedade a tomar decisões informadas e a participar ativamente das discussões que moldam a região. A jornada do Momento MT começou com a visão visionária de Zico Zortéa, que compreendeu a importância do acesso à informação precisa em um mundo cada vez mais complexo. Movido por sua paixão pelo jornalismo, ele estabeleceu as bases do portal com uma equipe de profissionais igualmente dedicados, todos comprometidos com a ética jornalística e a busca incessante pela verdade.

A busca pela veracidade das notícias é um compromisso essencial do Momento MT. Sua equipe de jornalistas adota um rigoroso processo de verificação de informações, garantindo que cada artigo seja baseado em fatos sólidos e fontes confiáveis. Essa abordagem cuidadosa estabeleceu a credibilidade do portal ao longo dos anos, construindo a confiança dos leitores. O Momento MT orgulha-se de sua cobertura abrangente, abordando uma ampla gama de tópicos de interesse para os mato-grossenses. Desde questões

*[Assinaturas manuscritas em azul]*



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|  |   |                          |
|--|---|--------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> Projeto de Lei<br><input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br><input type="checkbox"/> Requerimento<br><input type="checkbox"/> Indicação<br><input checked="" type="checkbox"/> Moção<br><input type="checkbox"/> Emenda | N.º<br><u>050 / 2023</u> |
|--|---|--------------------------|

**AUTOR: VEREADOR PROFESSOR HEDVALDO COSTA E VEREADORES**

políticas, econômicas e sociais até cultura, esportes e meio ambiente, o portal garante que nenhum aspecto vital da vida da região seja negligenciado.

Com sua cobertura precisa e imparcial, o Momento MT tornou-se um ator influente na formação de opiniões na sociedade mato-grossense. Especialistas em comunicação reconhecem a importância de veículos de mídia comprometidos com a verdade e a objetividade, promovendo debates construtivos e inspirando engajamento cívico. O portal é reconhecido como uma voz responsável, influenciando a opinião pública por meio de informações confiáveis.

Conforme o Momento MT avança, ele permanece comprometido em se adaptar às mudanças no cenário midiático. A equipe está constantemente em busca de maneiras de aprimorar seus processos e expandir sua abrangência para se manter relevante para o público em constante evolução. O compromisso com o jornalismo responsável permanece inabalável, e o portal continua sua missão de capacitar a sociedade com informações cruciais. Num mundo onde a informação é abundante, o Momento MT destaca-se como uma fonte confiável que ilumina o caminho para uma sociedade informada e participativa. Através de sua cobertura ampla e responsável, o portal continua a desempenhar um papel vital no fortalecimento da democracia e no empoderamento dos cidadãos de Mato Grosso.

Fica portando, registrado os aplausos do Poder Legislativo Municipal ao Site Momento MT: Empoderando Mato Grosso com Informação, através do fundador do site Zico Zortéa, e toda equipe, pela divulgação do banner da Associação de Pais e Amigos de Pessoas com Espectro Autista (AMA) de Sinop.



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|  |   |                       |
|--|---|-----------------------|
|  | <input type="checkbox"/> Projeto de Lei<br><input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br><input type="checkbox"/> Requerimento<br><input type="checkbox"/> Indicação<br><input checked="" type="checkbox"/> Moção<br><input type="checkbox"/> Emenda | Nº<br><u>050/2023</u> |
|--|---|-----------------------|

AUTORE: VEREADOR PROFESSOR HEDVALDO COSTA E VEREADORES

CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

Em,

*Moisés do Jardim do Ouro*  
Moisés do Jardim do Ouro  
Vereador - PL

*Tominho Bernardes*  
Tominho Bernardes  
Vereador - PL

*Ademir Debortoli*  
Ademir Debortoli  
Vereador - Republicanos

*Hedvaldo Costa*  
Hedvaldo Costa  
Vereador-REPUBLICANOS

*Lucinei*  
Lucinei  
Vereador - MDB

*Juliana Centena*  
Juliana Centena  
Vereadora - PSDB

*Ver. Paulinho Abreu*  
Ver. Paulinho Abreu  
Presidente

*Celso Kobelnik*  
Celso Kobelnik  
Vereador  
REPUBLICANOS

*Juvenino Silva*  
Juvenino Silva  
Vereador - PSB

*Edio Volkweis*  
Edio Volkweis  
Vereador - Patriota

*Mario Sugizaki*  
Mario Sugizaki  
Vereador - Podemos



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|   |  |                               |
|---|--|-------------------------------|
| <p>Câmara Municipal de Sinop<br/><b>RECEBIDO</b><br/>05 SET 2023<br/><i>Mário Sugizaki</i><br/>ASSINATURA</p> | <p><input type="checkbox"/> Projeto de Lei<br/><input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br/><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br/><input checked="" type="checkbox"/> Requerimento<br/><input type="checkbox"/> Indicação<br/><input type="checkbox"/> Moção<br/><input type="checkbox"/> Emenda</p> | <p>Nº<br/><u>093/2023</u></p> |
|---|--|-------------------------------|

AUTOR: VEREADOR MÁRIO SUGIZAKI

**AO EXMO. PAULINHO ABREU (PL)**  
**PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP-MT**

O vereador subscritor do presente expediente, fundamentado no que dispõe o Regimento Interno desta Casa de Leis, requer a Vossa Excelência que após deliberação do Plenário, seja encaminhado o presente expediente ao Exmo. Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal, com cópia a Sra. Daniela Galhardo – Secretária de Saúde, para que repassem as seguintes informações referentes a **RETOMADA DOS SERVIÇOS DE REGULAÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)** Alto da Glória, haja visto a indicação nº 168 com resposta no ofício nº387 do poder executivo que diz " Em virtude da distância estamos trabalhando para o retorno da ofertada do Serviço de regulação nesta unidade" diante disto solicitamos;

- Quais as Medidas que estão sendo tomadas para retorno da ofertada do Serviço de regulação nesta unidade.
- Qual o prazo estipulado para o retorno da ofertada do Serviço de regulação nesta unidade

**N. Termos**  
**P. Deferimento**

**CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP**  
**ESTADO DE MATO GROSSO**

Em,

**MARIO**  
**MATEUS**  
**SUGIZAKI:**  
**165020148**

60

**MÁRIO SUGIZAKI**  
**VEREADOR – PODEMOS**

Assinado digitalmente por MARIO  
MATEUS SUGIZAKI:16502014860  
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=  
Presencial, OU=07850046000149,  
OU=Secretaria da Receita Federal  
do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF  
A1, OU=(em branco), CN=MARIO  
MATEUS SUGIZAKI:16502014860  
Razão: Eu sou o autor deste  
documento  
Localização:  
Data: 2023.09.05 16:13:48-04'00'  
Foxit PDF Reader Versão: 12.1.3



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|   |  |                               |
|---|--|-------------------------------|
| <p>Câmara Municipal de Sinop<br/><b>RECEBIDO</b><br/>05/SET 2023<br/><i>[assinatura]</i><br/>ASSINATURA</p> | <p><input type="checkbox"/> Projeto de Lei<br/><input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br/><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br/><input type="checkbox"/> Requerimento<br/><input checked="" type="checkbox"/> Indicação<br/><input type="checkbox"/> Moção<br/><input type="checkbox"/> Emenda</p> | <p>N°<br/><u>634/2023</u></p> |
|---|--|-------------------------------|

AUTOR:

**VEREADOR DILMAIR CALLEGARO**

**Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner, Prefeito, com cópia ao Sr. Klayton Gonçalves, Secretário de Desenvolvimento Econômico, a necessidade de criação do “1º Emprega Sinop”, evento voltado ao oferecimento de empregos no Município.**

Com fulcro no que preceitua o Regimento Interno desta Casa Legislativa, requeremos que após anuência do douto Plenário, a Mesa digno-se encaminhar a presente matéria ao Exmo. Sr. Roberto Dorner, Prefeito, com cópia ao Sr. Klayton Gonçalves, Secretário de Desenvolvimento Econômico, mostrando-lhes a necessidade de criação do “1º Emprega Sinop”, evento voltado ao oferecimento de empregos no Município.

A medida ora proposta objetiva a realização de um grande feirão de empregos no Município de Sinop, atraindo empresas, indústrias e tomadores de serviço para oferecimento de vagas e oportunidades de trabalho aos munícipes.

A concentração de oportunidades num só local visa aumentar as chances dos cidadãos sinopenses conseguirem uma oportunidade de emprego, tendo em vista a maior diversificação de postos de trabalho num só local, facilitando a identificação de profissionais que melhor atendam aos requisitos das vagas a serem disponibilizadas.

Trata-se de efetiva política pública de geração de emprego e renda, a ser estimulada constantemente pelo Poder Público Municipal para maior desenvolvimento da população e do município.

  
**DILMAIR CALLEGARO**  
Vereador PSDB



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| <p>Câmara Municipal de Sinop<br/><b>RECEBIDO</b><br/>05 SET 2023<br/><i>Dilmair Callegaro</i><br/>ASSINATURA</p> | <p><input type="checkbox"/> Projeto de Lei<br/><input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br/><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br/><input type="checkbox"/> Requerimento<br/><input checked="" type="checkbox"/> Indicação<br/><input type="checkbox"/> Moção<br/><input type="checkbox"/> Emenda</p> | <p>N.º<br/><u>635 / 2023</u></p> |
|--|--|----------------------------------|

AUTOR:

**VEREADOR DILMAIR CALLEGARO**

**Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner, Prefeito, com cópia a Sra. Daniela Galhardo, Secretária de Saúde, a necessidade de disponibilizar Aparelhos Celulares com aplicativo WhatsApp em todos os postos de saúde do município, no intuito de proporcionar ao munícipe o efetivo acesso às informações buscadas nos postos.**

Com fulcro no que preceitua o Regimento Interno desta Casa Legislativa, requeremos que após anuência do douto Plenário, a Mesa dignese encaminhar a presente matéria ao Exmo. Sr. Roberto Dorner, Prefeito, com cópia a Sra. Daniela Galhardo, Secretária de Saúde, mostrando-lhes a necessidade de disponibilizar Aparelhos Celulares com aplicativo WhatsApp em todos os postos de saúde do município, no intuito de proporcionar ao munícipe o efetivo acesso às informações buscadas nos postos.

É conhecido por todos que o aplicativo WhatsApp fornece facilidades de comunicação que o telefone convencional não possui mais, seja por dificuldade técnica de rede e nos aparelhos fixos ou até mesmo por ser necessário colocar crédito para entrar em contato com estes telefones, visto que atualmente são poucas as pessoas que ainda têm telefone fixo em casa. É evidente ainda, a importância da modernização de serviços no avanço do mundo em aspectos como saúde principalmente, em razão da facilidade e da instantaneidade de informações oferecidas, que podem contribuir de forma muito mais eficiente do que a telefonia convencional utilizada atualmente nos postos de saúde, que na verdade não funciona.

Grande parte da população hoje possui acesso ao aplicativo WhatsApp, seja por seu próprio número ou por meio de vizinhos e por não serem pagas as mensagens, não há dificuldade em entrar em contato. Além do mais, outra funcionalidade do aplicativo é a lista de transmissão, que pode ser utilizada de forma fácil e sem gastar tempo para o envio de mensagens importantes acerca de vacinas e campanhas de saúde.

**DILMAIR CALLEGARO**  
Vereador PSDB



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|   |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
| <p>Câmara Municipal de Sinop<br/><b>RECEBIDO</b><br/>05 SET 2023<br/><i>Ademir Debortoli</i><br/>ASSINATURA</p> | <p><input type="checkbox"/> Projeto de Lei<br/><input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br/><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br/><input type="checkbox"/> Requerimento<br/><input checked="" type="checkbox"/> Indicação<br/><input type="checkbox"/> Moção<br/><input type="checkbox"/> Emenda</p> | <p>N.º<br/><u>636/2023</u></p> |
|---|--|--------------------------------|

AUTOR: VEREADOR ADEMIR DEBORTOLI

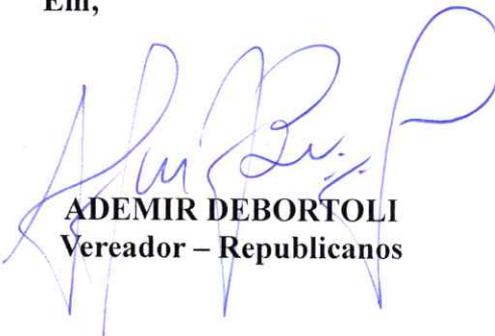
**Indica ao Exmo Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal, com cópias ao Ilmo Sr. Remídio Kuntz – Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos, a necessidade de instalação de luminárias na Av. André Maggi, nas proximidades da entrada do bairro Daury Riva em que ocorre a feira livre às quintas-feiras.**

Com fulcro no que preceitua o Regimento Interno desta Casa Legislativa, requiro que após deliberação do douto Plenário, a Mesa digne-se encaminhar a presente matéria ao Exmo. Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal, com cópias ao Ilmo. Sr. Remídio Kuntz – Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos, a necessidade de instalação de luminárias na Av. André Maggi, nas proximidades da entrada do bairro Daury Riva em que ocorre a feira livre às quintas-feiras.

Todas as quintas-feiras ocorrem as feiras livres na Av. André Maggi próximo ao bairro Daury Riva, contudo no local não existe iluminação para que os feirantes possam trabalhar e atender aos munícipes com segurança e qualidade. Assim, é preciso que sejam instaladas luminárias no local para um melhor serviço prestado e melhor qualidade de vida para os moradores da região.

**CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP  
ESTADO DE MATO GROSSO**

Em,

  
**ADEMIR DEBORTOLI**  
Vereador – Republicanos



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|   |  |                                  |
|---|--|----------------------------------|
| <p>Câmara Municipal de Sinop<br/><b>RECEBIDO</b><br/>05 SET 2023<br/><i>Luiz Kauchon</i><br/>ASSINATURA</p> | <p><input type="checkbox"/> Projeto de Lei<br/><input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br/><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br/><input type="checkbox"/> Requerimento<br/><input checked="" type="checkbox"/> Indicação<br/><input type="checkbox"/> Moção<br/><input type="checkbox"/> Emenda</p> | <p>N.º<br/><u>637 / 2023</u></p> |
|---|--|----------------------------------|

AUTOR:

**VEREADOR TONINHO BERNARDES**

Indico ao Exmo. Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal, com cópia ao Sr. Remidio Kuntz – Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos (SOSU), e ao Sr. Valdir Sartorelo - Secretário Municipal de Trânsito e Transportes Urbanos, a necessidade de realizar estudo e construir redutores de velocidade ao longo da Av. São Francisco, que divide o Bairro Buritis e Jd. São Francisco.

Com base nas disposições contidas no Regimento Interno desta Casa Legislativa, requer-se que após deliberação do soberano Plenário, a Mesa digno-se remeter o presente expediente ao Indico ao Exmo. Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal, com cópia ao Sr. Remidio Kuntz – Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos (SOSU), e ao Sr. Valdir Sartorelo - Secretário Municipal de Trânsito e Transportes Urbanos, a necessidade de realizar estudo e construir redutores de velocidade ao longo da Av. São Francisco, que divide o Bairro Buritis e Jd. São Francisco.

A presente deve ser atendida com a finalidade de proporcionar segurança aos munícipes, sendo que os veículos que trafegam na via em comento deverão reduzir a velocidade.

**CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP**

**ESTADO DE MATO GROSSO**

Em,

  
Toninho Bernardes  
VEREADOR - PL



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|   |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
| <p>Câmara Municipal de Sinop<br/><b>RECEBIDO</b><br/>05 SET 2023<br/><i>[Assinatura]</i><br/>ASSINATURA</p> | <p><input type="checkbox"/> Projeto de Lei<br/><input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br/><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br/><input type="checkbox"/> Requerimento<br/><input checked="" type="checkbox"/> Indicação<br/><input type="checkbox"/> Moção<br/><input type="checkbox"/> Emenda</p> | <p>Nº<br/><u>638 / 2023</u></p> |
|---|--|---------------------------------|

AUTOR:

VEREADOR TONINHO BERNARDES

Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal, com cópia ao Sr. Remidio Kuntz – Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos (SOSU), a necessidade de realizar a limpeza das vias, canaletas do meio fio e bocas de lobo na Comunidade Vitória.

Com base nas disposições contidas no Regimento Interno desta Casa Legislativa, requer-se que após deliberação do soberano Plenário, a Mesa digno-se remeter o presente expediente Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal, com cópia ao Sr. Remidio Kuntz – Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos (SOSU), a necessidade de realizar a limpeza das vias, canaletas do meio fio e bocas de lobo na Comunidade Vitória.

O pleito justifica-se em virtude da sujeira não deixar a água escoar corretamente, gerando transtorno para os moradores daquela região.

CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP  
ESTADO DE MATO GROSSO

Em,

*[Assinatura]*  
Toninho Bernardes  
Vereador PL



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|   |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
| <p>Câmara Municipal de Sinop<br/><b>RECEBIDO</b><br/>05 SET 2023<br/><i>Mário Sugizaki</i><br/>ASSINATURA</p> | <p><input type="checkbox"/> Projeto de Lei<br/><input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br/><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br/><input type="checkbox"/> Requerimento<br/><input checked="" type="checkbox"/> Indicação<br/><input type="checkbox"/> Moção<br/><input type="checkbox"/> Emenda</p> | <p>N°<br/><u>639 / 2023</u></p> |
|---|--|---------------------------------|

AUTOR:

VEREADOR MÁRIO SUGIZAKI

**Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal, com cópia a Sra. Daniela Galhardo – Secretária de Saúde, a necessidade de inserir mais uma equipe de atendimento na UBS Ibirapuera.**

Fundamentado em disposições contidas no Regimento Interno desta Casa Legislativa, requiro que após deliberação do soberano Plenário, a Mesa encaminhe a presente matéria ao Exmo. Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal, com cópia à Sra. Daniela Galhardo – secretária municipal de Saúde, apontando-lhes a necessidade de inserir mais uma equipe na Unidade Básica de Saúde (UBS) Ibirapuera.

A presente indicação tem como objetivo inserir mais uma equipe de atendimento à Unidade Básica de Saúde (UBS) Ibirapuera, para melhorar o atendimento à população.

**CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP**

**ESTADO DE MATO GROSSO**

**Em,**

**MARIO  
MATEUS  
SUGIZAKI:  
165020148**

**60**

**MÁRIO SUGIZAKI  
VEREADOR – PODEMOS**

Assinado digitalmente por MARIO  
MATEUS  
SUGIZAKI:16502014860  
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Presencial, OU=07850046000149, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A1, OU=(em branco), CN=MARIO MATEUS  
SUGIZAKI:16502014860  
Razão: Eu sou o autor deste documento  
Localização:  
Data: 2023.09.05 13:32:41-04'00"  
Foxit PDF Reader Versão: 12.1.3



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|   |   |                         |
|---|---|-------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Projeto de Lei</li><li><input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo</li><li><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução</li><li><input type="checkbox"/> Requerimento</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Indicação</li><li><input type="checkbox"/> Moção</li><li><input type="checkbox"/> Emenda</li></ul> | N°<br><u>640 / 2023</u> |
|---|---|-------------------------|

AUTOR:

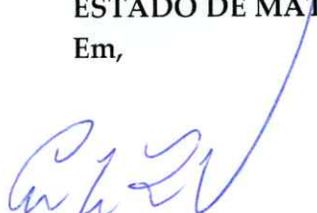
VEREADOR ELBIO VOLKWEIS

Indica ao Exmo Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal, com cópia ao Sr. Remídio Kuntz – Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos, a necessidade do município aderir a utilização de massa asfáltica composta por borracha proveniente da reciclagem de pneus.

Fundamentado em disposições contidas no Regimento Interno da Câmara Municipal de Sinop, requero que após deliberação do Plenário, a Mesa encaminhe a presente matéria ao Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal, com cópia ao Sr. Remídio Kuntz – Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos, expondo-lhes a necessidade do município aderir a utilização de massa asfáltica composta por borracha proveniente da reciclagem de pneus.

CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP  
ESTADO DE MATO GROSSO

Em,



ELBIO VOLKWEIS

Vereador - PATRIOTA



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|   |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
| <p>Câmara Municipal de Sinop<br/><b>RECEBIDO</b><br/>05 SET 2023<br/><i>Elbio Volkweis</i><br/>ASSINATURA</p> | <p><input type="checkbox"/> Projeto de Lei<br/><input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br/><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br/><input type="checkbox"/> Requerimento<br/><input checked="" type="checkbox"/> Indicação<br/><input type="checkbox"/> Moção<br/><input type="checkbox"/> Emenda</p> | <p>N°<br/><u>641 / 2023</u></p> |
|---|--|---------------------------------|

AUTOR:

VEREADOR ELBIO VOLKWEIS

Indica a Exmo Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal, com cópia a Sra. Silvia Cristina Villar Borges de Oliveira – Secretária Municipal de Administração, a necessidade da identificação de todos os veículos da frota municipal.

Fundamentada em disposições contidas no Regimento Interno da Câmara Municipal de Sinop, requiro que após deliberação do Plenário, a Mesa encaminhe a presente matéria ao Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal, com cópia a Sra. Silvia Cristina Villar Borges de Oliveira – Secretária Municipal de Administração, apontando-lhes a necessidade da identificação dos veículos da frota municipal, das seguintes formas :

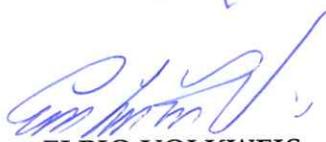
I - Indicação numérica e logomarca;

II - Frase com os seguintes dizeres - “USO EXCLUSIVO EM SERVIÇO”;

III – Brasão do município. A identificação dos veículos possibilitará meios de fiscalização, inibindo possíveis desvios de finalidade.

CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP  
ESTADO DE MATO GROSSO

Em,

  
ELBIO VOLKWEIS

Vereador - PATRIOTA



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

Plenário das Deliberações

|  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| <p>Câmara Municipal de Sinop<br/><b>RECEBIDO</b><br/>05 SET 2023<br/><i>Luiz Paulo da Gleba</i><br/>ASSINATURA</p> | <p><input type="checkbox"/> Projeto de Lei<br/><input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br/><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br/><input type="checkbox"/> Requerimento<br/><input checked="" type="checkbox"/> Indicação<br/><input type="checkbox"/> Moção<br/><input type="checkbox"/> Emenda</p> | <p>N.º<br/><u>642 / 2023</u></p> |
|--|--|----------------------------------|

AUTOR: **VEREADOR LUÍS PAULO DA GLEBA**

Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal, com cópia à Sr<sup>a</sup> Márcia Cristina Lopes Hernandorena – Diretora Presidente da AGER Sinop e a Concessionária de Transporte Coletivo de Sinop – Empresa Viação Rosa Ltda, a necessidade de cumprir a Lei nº 741 de 15 de setembro de 2003, que dispõe sobre a obrigatoriedade de colocação de placas em todos os pontos de ônibus do transporte coletivo, informando os horários, trajetos, constando mapas destes, para orientação dos usuários.

Fundamentados no que dispõe o Regimento Interno desta Casa de Leis, requeiro a Vossa Excelência que — após aquiescência do soberano Plenário — seja encaminhado o presente expediente ao Exmo. Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal de Sinop, com cópia a Sr<sup>a</sup> Márcia Cristina Lopes Hernandorena – Diretora Presidente da AGER Sinop e a Concessionária de Transporte Coletivo de Sinop – Empresa Viação Rosa Ltda, mostrando-lhes a necessidade de cumprir a Lei nº 741 de 15 de setembro de 2003, que dispõe sobre a obrigatoriedade de colocação de placas em todos os pontos de ônibus do transporte coletivo, informando os horários, trajetos, constando mapas destes, para orientação dos usuários.

*Luiz Paulo da Gleba*



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|  |   |                         |
|--|---|-------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> Projeto de Lei<br><input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br><input type="checkbox"/> Requerimento<br><input checked="" type="checkbox"/> Indicação<br><input type="checkbox"/> Moção<br><input type="checkbox"/> Emenda | N°<br><u>642 / 2023</u> |
|--|---|-------------------------|

AUTOR:

**VEREADOR LUÍS PAULO DA GLEBA**

A ausência das placas com essas informações dificulta a utilização pelos usuários do sistema, tanto pelos passageiros locais quanto pelos que apenas estão de passagem pelo Município”, a afixação dos horários e dos itinerários vai auxiliar os passageiros a identificar os veículos que melhor se adaptam às suas necessidades, assim como o tempo de espera naquele determinado local.

CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP  
ESTADO DE MATO GROSSO  
Em,

x *Luís Paulo DA GLEBA*  
Vereador



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|  |  |                                 |
|--|--|---------------------------------|
| <p>Câmara Municipal de Sinop<br/><b>RECEBIDO</b><br/>05 SET 2023<br/><i>Valmir Amador</i><br/>ASSINATURA</p> | <p><input type="checkbox"/> Projeto de Lei<br/><input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br/><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br/><input type="checkbox"/> Requerimento<br/><input checked="" type="checkbox"/> Indicação<br/><input type="checkbox"/> Moção<br/><input type="checkbox"/> Emenda</p> | <p>Nº<br/><u>643 / 2023</u></p> |
|--|--|---------------------------------|

AUTOR:

**VEREADOR LUÍS PAULO DA GLEBA**

**Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal, com cópia ao Sr Remídio Kuntz – Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos, a necessidade de realizar substituição de lâmpadas nos postes de iluminação pública, na Comunidade Águas Claras.**

Fundamentados no que dispõe o Regimento Interno desta Casa de Leis, requeiro a Vossa Excelência que — após aquiescência do soberano Plenário — seja encaminhado o presente expediente ao Exmo. Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal de Sinop, com cópia ao Sr Remídio Kuntz – Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos, mostrando-lhes a necessidade de realizar substituição de lâmpadas nos postes de iluminação pública na Comunidade Águas Claras. Visando proporcionar iluminação pública de qualidade e conseqüentemente maior segurança aos moradores daquela Comunidade.

**CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP  
ESTADO DE MATO GROSSO  
Em,**

*Luís Paulo DA GLEBA*  
**Luís Paulo DA GLEBA**  
Vereador



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|   |   |                        |
|---|---|------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> Projeto de Lei<br><input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br><input type="checkbox"/> Requerimento<br><input checked="" type="checkbox"/> Indicação<br><input type="checkbox"/> Moção<br><input type="checkbox"/> Emenda | Nº<br><u>644 12023</u> |
|---|---|------------------------|

AUTOR:

Vereador Célio Garcia

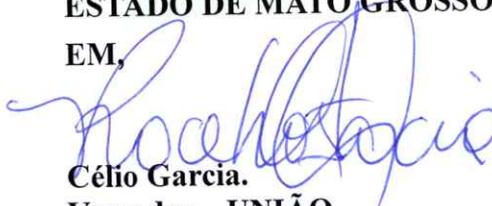
**Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal, com cópia ao Exmo. Srº. Juarez Costa – Câmara dos Deputados – Brasília/DF, a necessidade de viabilizar recursos para asfaltamento da Estrada Águas Claras, Comunidade Águas Claras.**

Em cumprimento no que preceitua o Regimento Interno desta Casa de Leis, requeiro que após anuência do douto Plenário, a Mesa digne-se encaminhar a presente Indicação ao Exmo. Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal, Exmo. Srº. Juarez Costa – Câmara dos Deputados – Brasília/DF, mostrando-lhe a necessidade de viabilizar recursos para asfaltamento da Estrada Águas Claras, Comunidade Águas Claras. A Estrada Águas Claras inicia na Estrada Selene, seguindo até as margens do Córrego Curupi, medindo aproximadamente 4.255,00 metros. O asfaltamento é um projeto antigo de aproximadamente 160 famílias residentes na Comunidade Águas Claras, os quais buscam melhor qualidade de vida, valorização dos imóveis e melhor trafegabilidade de veículos e pedestres.

CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

EM,



Célio Garcia.

Vereador – UNIÃO.



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações

|   |   |                         |
|---|---|-------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> Projeto de Lei<br><input type="checkbox"/> Projeto Decreto Legislativo<br><input type="checkbox"/> Projeto de Resolução<br><input type="checkbox"/> Requerimento<br><input checked="" type="checkbox"/> Indicação<br><input type="checkbox"/> Moção<br><input type="checkbox"/> Emenda | N°<br><u>645 / 2023</u> |
|---|---|-------------------------|

AUTOR: Vereador Célio Garcia

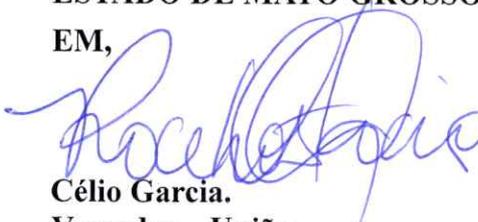
**Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal com cópia a Sr<sup>a</sup>. Daniela Galhardo – Secretaria Municipal de Saúde, a necessidade de Disponibilizar Um Centro de Atendimento Multidisciplinar de Fisioterapia.**

Em cumprimento ao que preceitua o Regimento Interno desta Casa de Leis, requeiro que após anuência do duto Plenário, a Mesa digno-se encaminhar a presente Indicação ao Exmo. Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal, com cópia a Sr<sup>a</sup>. Daniela Galhardo – Secretaria Municipal de Saúde, a necessidade de Disponibilizar Um Centro de Atendimento Multidisciplinar de Fisioterapia. Os recursos de tratamento fisioterápico variam conforme o diagnóstico e o objetivo dos tratamentos sendo analgésico, anti-inflamatório, hipertrofia muscular, e outras condições do paciente, bem como, o estágio em que a lesão se encontra. O tratamento fisioterápico pode ser classificado, principalmente em: **Cinesioterapia, Crioterapia, Eletroterapia, Fototerapia, Hidroterapia, Massoterapia, Mecanoterapia, Respiratória, Terapia Manual, Termoterapia.** Antes de determinar qual tipo de atendimento será mais adequada ao paciente, é importante ressaltar a necessidade de avaliação completa do quadro em que se encontra o paciente, e assim formalizar um plano de tratamento e condicionamento em conjunto com demais profissionais para uma efetivação da terapia. A criação do Centro de Atendimento Multidisciplinar de Fisioterapia, funcionando poderá proporcionar um melhor atendimento, aos munícipes que necessitam de atendimento em fisioterapia.

CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

EM,



Célio Garcia.  
Vereador – União.



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações



- Projeto de Lei
- Projeto Decreto Legislativo
- Projeto de Resolução
- Requerimento
- Indicação
- Moção
- Emenda

N.º

646 / 2023

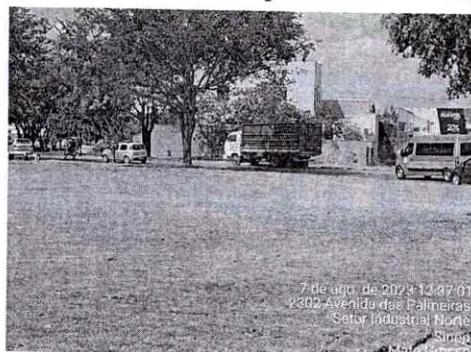
AUTOR:

**VEREADOR LUCINEI**

**Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal, com cópia a Sr. Remídio Kuntz – Secretário de Obras e Serviços Urbanos, a necessidade da construção de pista de caminhada com iluminação em *led* na Praça 8 de Março (P-23) situada na rotatória da Avenida das Palmeiras, com Avenida dos Ingás.**

Fundamentado em disposições contidas no Regimento Interno da Câmara Municipal de Sinop, requeremos que após a deliberação do douto Plenário, a Mesa encaminhe a presente matéria ao Exmo. Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal, com cópia ao Sr. Remídio Kuntz – Secretário de Obras e Serviços Urbanos, mostrando-lhes a necessidade da construção de pista de caminhada com iluminação em *led* na Praça 8 de Março (P-23) situada na rotatória da Avenida das palmeiras, com Avenida dos Ingás.

A proposição tem por objetivo construir uma pista de caminhada com iluminação pública em *led* onde, além de trazer embelezamento e segurança, propiciará aos moradores da região a ampliação do espaço para realização de atividades físicas e de lazer, trazendo mais saúde e qualidade de vida à população.



**CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP**  
**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**Em,**

Lucinei  
Vereador - MDB



# CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

ESTADO DE MATO GROSSO

## Plenário das Deliberações



- Projeto de Lei
- Projeto Decreto Legislativo
- Projeto de Resolução
- Requerimento
- Indicação
- Moção
- Emenda

Nº

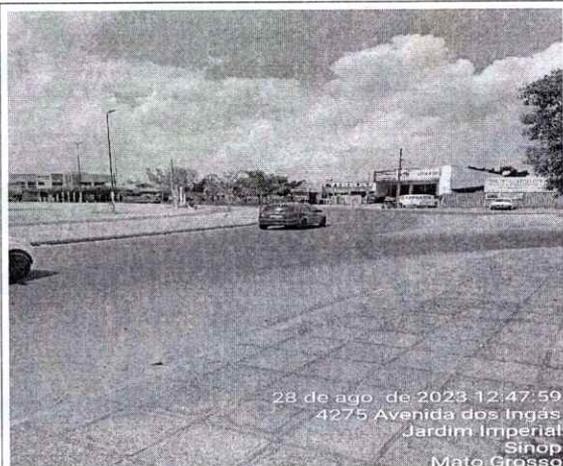
647 / 2023

AUTOR:

**VEREADOR LUCINEI**

**Indica ao Exmo. Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal, com cópia ao Sr. Valdir Aparecido Sartorello – Secretário Municipal de Trânsito e Transporte Urbano, a necessidade da implantação de faixa elevada, na rotatória da Praça Wagner Bregoni Santos (P-25) na Avenida dos Ingás, no Bairro Jardim Imperial.**

Fundamentado em disposições contidas no Regimento Interno da Câmara Municipal de Sinop, requiro que após a deliberação do douto Plenário, a Mesa encaminhe a presente matéria ao Exmo. Sr. Roberto Dorner – Prefeito Municipal, com cópia ao Sr. Rodrigo Varela Ferreira – Secretário Municipal de Trânsito e Transporte Urbano, mostrando-lhes a necessidade da implantação de Faixa Elevada, na rotatória da Praça Wagner Bregoni Santos (P-25), na Avenida dos Ingás, no Bairro Jardim Imperial, conforme solicitação dos moradores, nesse trecho além da feira que acontece na Praça P-25, também tem a Igreja São Francisco de Assis, o que torna grande a movimentação de pessoas, a indicação tem por objetivo fazer com que os pedestres possam entrar e sair da rotatória de maneira mais segura.



**CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP**  
**ESTADO DE MATO GROSSO**

Em,

Lucinei  
Vereador - MDB