

**Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros**

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM SAÚDE: PLANEJAMENTO  
REPRODUTIVO DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

3ª Revisão

Outubro / 2017

## **Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros**

### **PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM SAÚDE: PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

3ª Revisão

Elaborado por:

- Ana Maria Alencar
- Agna Soares da Silva Menezes
- Andressa da Cruz Almeida
- Aline Ribeiro Nepomuceno
- Ana Paula Maciel
- Carolina dos Reis Alves
- Daniella Cristina Martins Dias Veloso
- Deiviane Pereira da Silva
- Fabrícia Vieira de Matos
- Genesco Leonardo de Souza Nunes
- Kenia Souto Moreira
- Ludmila Rodrigues Campolina
- Maria Fernanda Veloso Silva
- Michelly Silva Santos Mourão
- Patrícia Ferreira Costa
- Tatiane Fróes Fernandes
- Viviane Maia Santos

Outubro / 2017

## **Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros**

### **PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

3ª Revisão

Revisado Por:

- Anderson Gonçalves de Souza (Médico Ginecologista Referência Técnica em Saúde da Mulher)
- Ariadna Angélica Rodrigues Dias Pereira (Médico Residente em Saúde da Família)
- Carolina dos Reis Alves (Enfermeira Doutora em Ciências da Saúde)
- Claudia Mendes Campos Versiani (Enfermeira Mestre em Enfermagem)
- Danilo Fernando Macedo Narciso (Médico Mestre em Ciências da Saúde)
- Deiviane Pereira da Silva (Enfermeira Residente em Saúde da Família)
- Genesco Leonardo de Souza Nunes (Enfermeiro Residente em Saúde da Família)
- Joice Fernanda Quadros (Enfermeira, referência técnica programas estratégicos, especialista em saúde da família)
- Kênia Souto Moreira (Enfermeira Especialista em Saúde da Família)

Outubro / 2017

## **FICHA TÉCNICA**

**PREFEITO MUNICIPAL**  
Humberto Guimarães Souto

**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
Dulce Pimenta Gonçalves

**ASSESSOR EXECUTIVO**  
José Mendes da Silva

**OUVIDORA DA SAÚDE**  
Luciene Mussi França Nunes

**DIRETORA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA**  
Shirley Ferreira de Sousa

**DIRETORA DE ATENÇÃO À SAÚDE**  
Bruno Pinheiro de Carvalho

**DIRETORA DE VIGILANCIA EM SAÚDE**  
Aloizio Pereira da Cunha

**COORDENADORA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Nayara Teixeira Gomes (Elaboração Janeiro/2017)  
Daniella Cristina Martins Dias Veloso (Aprovação Fevereiro/2017)

Outubro / 2017

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Localização de Montes Claros no estado de Minas Gerais.....	14
<b>Figura 2</b> – Pirâmide etária de Montes Claros.....	15
<b>Figura 3</b> – Comparação entre pirâmide etária de Montes Claros, Minas Gerais e Brasil.....	16

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Municípios da Microrregião Montes Claros e Bocaiúva .....	23
<b>Tabela 2</b> - Rede física (SUS) de Montes Claros .....	24

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1-</b> Distribuição da população por sexo e local em Montes Claros em 2010.....	15
<b>Quadro 2 –</b> Categorias da OMS para os critérios de elegibilidade de métodos contraceptivos.....	50
<b>Quadro 3 –</b> Critérios de elegibilidade da Oms de contraceptivos por condições clínicas.....	50

## LISTA DE FLUXOGRAMAS

- Fluxograma 1-** fluxograma de atendimento micro/macrorregional para pacientes de alto e altíssimo risco gestacional caracterizado pela a 3ª cesariana.....75
- Fluxograma 2 –** Abordagem do casal que planeja a gravidez auxilio a concepção.76

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO .....	11
2.	CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO .....	13
3.	JUSTIFICATIVA .....	27
4.	ASPECTOS LEGAIS .....	28
5.	OBJETIVOS.....	43
6.	METODOLOGIA .....	44
7.	DESENVOLVIMENTO.....	46
7.1	PLANEJAMENTO REPRODUTIVO.....	46
7.2	MÉTODOS CONTRACEPTIVOS PRESCRITOS PELO ENFERMEIRO	49
7.2.1	MÉTODOS COMPORTAMENTAIS.....	52
7.2.2	MÉTODOS DE BARREIRA.....	56
7.2.3	– MÉTODOS HORMONAIS ORAIS .....	59
7.2.4	– MÉTODOS HORMONAIS INJETÁVEIS.....	67
7.2.5	– ANTICONCEPCIONAL HORMONAL DE EMERGENCIA.....	70
7.2.6	– DISPOSITIVO INTRAUTERINO DIU .....	72
7.2.7	– MÉTODOS CIRURGICOS .....	73
7.2.8	– ABORDAGEM DO CASAL QUE PLANEJA GRAVIDEZ .....	76
	REFERENCIA.....	77

## RESUMO

O cuidado à saúde faz parte do fazer cotidiano da enfermagem enquanto integrante das equipes de saúde da família é imprescindível instrumentalizar a enfermagem que atua nas Unidades de Saúde que compõem o Sistema Único de Saúde municipal para garantir uma assistência de enfermagem em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e livre de ações de imprudência, imperícia e negligência fez-se necessária a elaboração deste instrumento que contempla os objetivos: (1) Nortear o cuidar da enfermagem fornecendo subsídios técnicos para uma assistência de enfermagem de qualidade embasado nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros; (2) Consolidar uma assistência de enfermagem mais resolutiva por meio do alinhamento técnico, aquisição de habilidades e incentivo para a busca permanente da qualidade da atenção à saúde; (3) Estabelecer orientações para reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde especialmente de enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa com a utilização de 14 documentos publicados a partir de 2002 disponíveis na editora do Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BDENF (Base de dados Bibliográficos Especializados na Área de Enfermagem do Brasil), SCIELO (Scientific Eletronic Library On Line), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde), e documentos publicados nos sites de órgãos públicos municipais, estaduais e nacional. A busca de dados iniciou-se em Janeiro de 2013.

## 1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família se apresenta como uma alternativa para mudança do modelo assistencial imprimindo uma nova concepção do processo de saúde-doença; tendo como objetivo principal a reorganização da atenção básica com ênfase nas ações de promoção, prevenção, atenção e reabilitação da saúde; tendo como desafio a mudança do paradigma da doença para a saúde, em que o foco de trabalho passa a ser a saúde, compreendida de forma mais ampla vinculada qualidade de vida (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A organização da equipe de saúde da família é constituída por equipes multiprofissionais formadas por no mínimo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde tendo como ponto de apoio a unidade de saúde da família que deve ser o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde; e são responsáveis pelo acompanhamento de um número de famílias definidos, localizadas em uma área geográfica delimitada e tendo como desafio atuar nas ações de promoção da saúde, prevenção, atenção, reabilitação e manutenção da saúde visando uma maior resolubilidade deslocando o objeto de atenção à saúde de um polo individual para o coletivo objetivando a criação de vínculos e de laços de compromisso e de corresponsabilidade (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família é estruturada com base no fortalecimento da atenção à saúde com ênfase na integralidade da assistência centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenção que vai além das práticas curativas, tendo como foco principal a prevenção das doenças reconhecendo o contexto familiar como o espaço privilegiado para as ações de saúde definindo a atenção primária como o nível do sistema de saúde que constitui a porta de entrada para todas as necessidades e problemas com atenção à pessoa e não à doença no decorrer do tempo organizando, coordenando e racionalizando o uso adequado dos recursos tanto básicos quanto especializados necessários para o enfrentamento de todas as condições apresentadas pela pessoa, família e comunidade representando assim o eixo orientador do trabalho dos demais níveis hierárquicos visando à coordenação do cuidado (BRASIL, 2011; ALVES, 2005; MATTEI, TAGLIART, MORETTO, 2005; STARFIELD, 2002).

A organização do sistema de saúde baseado na atenção básica com a prestação de serviços de qualidade influencia diretamente no perfil de morbimortalidade da população, resultando na redução do número de recém-nascidos com baixo peso, melhor controle das doenças crônicas, diminuição da mortalidade infantil e da menor perda de anos de vida para qualquer causa, elevando, assim, a expectativa de vida demonstrando o grande impacto positivo por meio da garantia do acesso e qualidade da gestão e das práticas das equipes de saúde da família. Nesse aspecto, a qualidade em saúde pode ser compreendida como o grau no qual os serviços de saúde atingem os resultados desejáveis por meio do atendimento das necessidades, expectativas, padrão de satisfação dos usuários sendo consistente com o conhecimento profissional com o intuito de aumentar a autonomia das pessoas no cuidado à saúde (BRASIL, 2011; ALVES, 2005; BRASIL, 2008; MATTEI, TAGLIART, MORETTO, 2005; STARFIELD, 2002).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) trabalha dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. A função da Equipe de Saúde é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade. Porém, a ESF faz parte da rede distrital de saúde. Não é um serviço paralelo, separado do restante. Pelo contrário, ele integra o sistema de saúde local (BRASIL, 2011).

Este protocolo assistencial normatiza as ações dos profissionais inseridos nas unidades de saúde, no nível primário e secundário com a finalidade de proporcionar aos profissionais Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, um instrumento de consulta para aprimoramento contínuo por meio da orientação de fluxos e atualização de condutas em Saúde da Mulher, garantindo uma assistência de enfermagem integral, holística e qualificada zelando pela segurança das mulheres assistidas.

Esta versão do protocolo aborda o cuidado ao Planejamento Reprodutivo com orientações referentes ao acompanhamento deste indivíduo colaborando para melhorar a qualidade de vida.

Os procedimentos são apresentados de forma detalhada, de maneira a complementar a compreensão do leitor baseados em literatura do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde e literatura de relevância nacional.

Apresentamos a segunda revisão do Protocolo da Assistência à Saúde da rede municipal de Montes Claros – Atenção Básica Janeiro/2006, por meio de um trabalho conjunto dos enfermeiros das equipes da ESF e das coordenações técnicas municipais, e tem como proposta instrumentalizar o enfermeiro da rede assistencial no desenvolvimento de ações promocionais, preventivas e assistenciais na atenção primária do município de Montes Claros, de forma interdisciplinar e fundamentada no trabalho em equipe.

## **2. CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO**

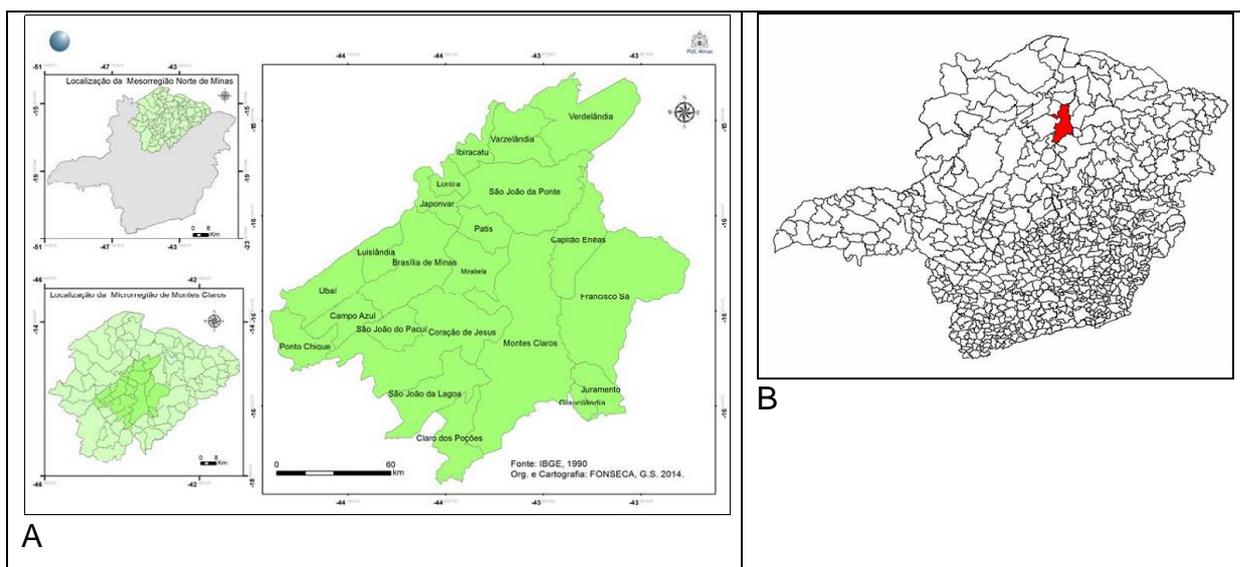
O município de Montes Claros fundada em 3 de julho de 1857 possui uma área equivalente a 3.582 km<sup>2</sup>, em que 38,70 km<sup>2</sup> estão em perímetro urbano e os 3.543,33 km<sup>2</sup> restantes representa a área rural (MONTES CLAROS, 2017).

Montes Claros pertence à unidade federativa de Minas Gerais, mesorregião Norte de Minas que abrange oitenta e nove municípios distribuídos em sete microrregiões: Montes Claros, Pirapora, Bocaiuva, Januária, Salinas, Janaúba e Grão Mogol descrita na Figura 1. Possui como limites intermunicipais as cidades: São João da Ponte (ao norte), Capitão Enéas (nordeste), Francisco Sá (leste), Juramento e Glaucilândia (sudeste), Bocaiúva (sul), Claro dos Poções (sudoeste), São João da Lagoa e Coração (oeste) de Jesus, Mirabela e Patis (noroeste) (MONTES CLAROS, 2017).

A microrregião de Montes Claros compreende vinte e dois municípios: Brasília de Minas, Campo Azul, Capitão Enéas, Claro dos Poções, Coração de Jesus, Francisco Sá, Glaucilândia, Ibiracatu, Japonvar, Juramento, Lontra, Luislândia, Mirabela, Montes Claros, Patis, Ponto Chique, São João da Lagoa, São João da Ponte, São João do Pacuí, Ubaí, Varzelândia e Verdelândia. (MONTES CLAROS, 2017).

Montes Claros situa-se na bacia do alto médio São Francisco, nos vales do rio Verde Grande, Pacuí e São Lamberto ao Norte do Estado de Minas Gerais, estando integrada na área do Polígono da Seca, região Mineira do Nordeste. Possui altitude de 678 metros e Clima tropical, a média de chuva anual é de 1074 mm<sup>3</sup> e sua temperatura média anual é de 24,2 °C, variando de 16,3 a 29,4 °C (MONTES CLAROS, 2017).

O município está ligado a BR 135 - Bocaiúva/Januária, BR 365 - Pirapora Uberlândia, BR 251 - Rio/Bahia/Salinas/Coração de Jesus, BR 122 - Janaúba. Além de contar com a BR-135, BR-365, BR-251 e BR-122, sua malha viária municipal é constituída por, aproximadamente, 5.500 km de estradas vicinais, que ligam a sede do município aos distritos e diversas comunidades rurais (MONTES CLAROS, 2017).



**Figura 1:** Localização de Montes Claros no estado de Minas Gerais.

**Fonte:** Google maps

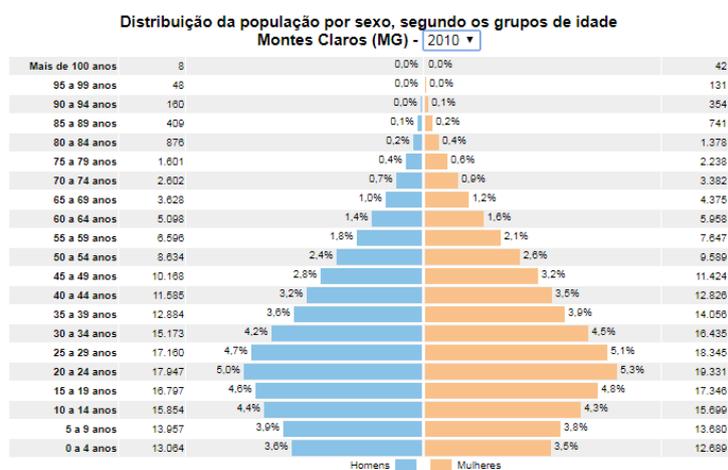
A cidade foi classificada pelo Plano Rodoviário Nacional como o segundo maior entroncamento Rodoviário do País, por causa da facilidade de acesso por rodovias às principais regiões do Brasil. Pelo ar, o Aeroporto oferece voos diários para Belo Horizonte, São Paulo e Salvador. A Ferrovia Centro Atlântica disponibiliza o transporte de cargas para as regiões Sudeste e Nordeste (MONTES CLAROS, 2017).

### Aspectos demográficos

A população total do município conforme Censo 2010: 361.915 habitantes e a população estimada em 2017: 402.027 habitantes.

A distribuição das faixas etárias demonstra uma evidente inversão da pirâmide com diminuição da população das faixas etárias menores com sinalização da manutenção e consolidação desta tendência. Isto provavelmente é fruto de políticas de controle de natalidade implementadas nos anos 70/80 do século

passado e que foram muito bem absorvidas pela população brasileira (MONTES CLAROS, 2015). Evidenciado a seguir na Figura 2.



**Figura 2:** Pirâmide etária de Montes Claros-MG.

**Fonte:** [http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_piramide.php?codigo=314330](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=314330)



**Figura 3:** Comparação entre Pirâmide etária de Montes Claros, Minas Gerais e Brasil.

**Fonte:**

[http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_piramide.php?codigo=31433](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=31433)

A população de Montes Claros entre os anos de 2000 e 2010 cresceu a uma taxa média anual de 1,66%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Neste período, a taxa de urbanização do município passou de 94,21% para 95,17%.

Segundo o censo de 2010, viviam no município 361.915 pessoas e conforme estimativa populacional divulgada pelo IBGE, neste ano de 2017, a cidade de Montes Claros ultrapassou os 400 mil habitantes. O crescimento populacional nos últimos anos é de 1,95%, superando inclusive a taxa nacional que é de 1,57% (MONTES CLAROS, 2017).

A microrregião de Montes Claros abrange vinte e dois municípios, com exceção de Montes Claros as características socioeconômicas são bem similares. Com base nos dados extraídos do Censo demográfico do IBGE (2010), Montes Claros é espaço de maior atração populacional na microrregião, acredita-se que seja por apresentar melhores oportunidades de trabalho, assistência médica hospitalar e qualificação profissional, enfim, melhores indicadores socioeconômicos em relação aos demais municípios (IBGE, 2017).

No ano de 2002 ocorreu a maior taxa de crescimento populacional (3,02%), representando sua maior marca na última década. A estimativa de que a população chegasse a 400 mil habitantes em 2017 foi alcançada, mas, não se espera que chegue 1.000.000 de habitantes em 2030. No entanto, economistas alertam para a necessidade de Montes Claros se preparar em infraestrutura para receber este crescimento populacional, que é de aproximadamente 4.100 habitantes/ano (FONSECA e FERNANDES, 2014).

### **Taxa de fecundidade e Esperança de vida ao nascer**

No Norte de Minas ocorreu uma queda na taxa de fecundidade, em que as mulheres optam por um número menor de filhos, este fato é observado no cotidiano e nos indicadores, como a Taxa de Fecundidade Total (TFT), que é o número médio de filhos que uma mulher teria ao terminar o período reprodutivo. Em 1980, no Norte de Minas, tínhamos uma média de 6,21 filhos por mulher, este valor vem caindo e a TFT que em 2000 era de 2,1 filhos, caiu em 2010 para 1,6 filhos.

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 4,8 anos na última década, passando de 72,3 anos, em 2000, para 77,1 anos, em 2010. Em 1991, era de 69,4 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991. (Atlas do Desenvolvimento Humano no

Brasil <[www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_uf/minas-gerais](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/minas-gerais)> Acesso em: Agosto/2017)

## **Atividades econômicas e de organização social**

### **Atividades econômicas**

O IBGE caracteriza como cidade média aquela que possui população entre 100 mil e 500 mil habitantes. Na dinâmica econômica das cidades médias, o tamanho econômico é um indicativo responsável pela existência de infraestrutura necessária ao poder de atração locacional e ao papel de intermediação com outros centros urbanos (CASTELLO BRANCO, 2006). Uma das principais características de uma cidade média é o papel de centralidade, exercendo uma força de articulação com outros centros urbanos e a atuação como centro principal de oferta de serviços, comércio, moradia e emprego, entre outros bens para a sua área de influência. Neste sentido, uma cidade média mostra sua relevância no seu contexto regional e até em outros níveis de escalas (FRANÇA, 2011)

Montes Claros é o exemplo clássico de cidade média, possui uma economia diversificada e um comércio vibrante. Desde os primórdios da colonização a Região Norte Mineira vem sendo um Centro de Comercialização, o que lhe tem permitido não só quantificar a produção regional, como também influir na orientação e expansão da região.

Cada vez mais consolidada como “polo do Norte de Minas”, pela sua forte influência sobre as demais cidades que compõem a região, Montes Claros tem atraído variados setores de serviços, como os de saúde, educacional, comercial e de lazer. Sua infraestrutura urbana influencia o dinamismo da cidade ao agregar um espaço de serviços mais moderno e de maior complexidade.

Contudo, semelhante a outras cidades brasileiras, a produção da riqueza material assenta-se num modelo concentrador de renda. Conseqüentemente, a cidade apresenta espaços territoriais que antagonizam o dinamismo econômico e o peso das desigualdades sociais, sendo necessário, avançar em esforço que minimizem as desigualdades econômicas, sociais e políticas (FRANÇA, 2011).

## **Principais atividades econômicas**

As principais atividades econômicas são a indústria (mantimentos, laticínios, infraestrutura, etc), o comércio (bastante diversificado), a agricultura e a pecuária. As indústrias aqui instaladas estão bem consolidadas podendo-se destacar a maior fábrica de Leite Condensado do Mundo (NESTLÉ), uma das três fábricas de insulina da América Latina (NOVONORDISK, antiga BIOBRÁS) e a quinta maior fábrica de cimento do Brasil (LAFARGE, antiga MATSULFUR). A maioria das fábricas está instalada em um dinâmico polo industrial, conhecido como Distrito Industrial de Montes Claros.

A pecuária é um dos maiores e mais importantes polos de desenvolvimento da região, rica em possibilidades e novas alternativas de investimentos, figura-se como um elo com os grandes centros. Neste setor, destaca-se a pecuária de corte e leite seguido pela agricultura com destaque para os produtos: feijão, milho, mandioca, algodão e arroz irrigado, dentre outros.

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 5,60% trabalhavam no setor agropecuário, 0,16% na indústria extrativa, 9,53% na indústria de transformação, 10,35% no setor de construção, 1,03% nos setores de utilidade pública, 20,82% no comércio e 50,88% no setor de serviços.

Esta cidade média é uma das maiores economias mineiras, representando o 9º lugar no ranking municipal de composição do Produto Interno Bruto (PIB) estadual. O PIB *per capita* em 2014 era de R\$ 20.102,68.

## **Renda *per capita***

A renda per capita média de Montes Claros cresceu 98,51% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 327,75, em 1991, para R\$ 485,55, em 2000, e para R\$ 640,75, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,67%. A taxa média anual de crescimento foi de 4,46%, entre 1991 e 2000, e 2,97%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 45,71%, em 1991, para 28,76%, em 2000, e para 11,99%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,60, em 1991, para 0,61, em 2000, e para 0,53, em 2010.

### **População Ativa**

Segundo o portal cidades do IBGE, em Montes Claros, entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 69,12% em 2000 para 69,85% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 17,01% em 2000 para 9,50% em 2010. Segundo o censo de 2010, o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 2,2 salários mínimos, haviam 101.744 (25,8 %) pessoas ocupadas e 36,4 % da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salários mínimos (<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/montes-claros/panorama>).

### **IDH - Índice de Desenvolvimento Humano**

O município é o mais bem colocado da região, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal IDHM de 0,770. A cidade está na faixa considerada de desenvolvimento humano alto, entre 0,700 e 0,799. O índice leva em conta três aspectos, longevidade, acesso ao conhecimento e padrão de vida. Em Montes Claros, os indicadores ficaram em 0,868; 0,744 e 0,707, respectivamente. Os resultados dos três últimos IDHM são baseados em dados de 1991, 2000 e 2010. De acordo com o PNUD, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos, de 2000 a 2010, foi a educação, com crescimento de 0,189, seguida por longevidade e renda.

### **Grupos sociais organizados**

Além dos CRAS, CREAS e Rede Solidária, subordinado à Secretaria Municipal de Políticas Sociais da prefeitura de Montes Claros- MG, no município também existem outras 48 Organizações Não Governamentais (ONGs) com atuação em diversas áreas.

## **Educação**

A Proporção de crianças e jovens que frequentaram/completaram determinado ciclo escolar indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação. Em Montes Claros, segundo dados do IBGE 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 96,94%, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental era de 93,33%, a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 70,94% e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era 58,03%.

Também, em 2010, 89,99% da população de 6 a 17 anos do município estava cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série e a Taxa de Escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 98,4 %.

Em 2015, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) para os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade teve nota média de 6.2 e para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.6. O IDEB foi criado em 2007 e reúne, em um só indicador, os resultados de dois conceitos igualmente importantes para a qualidade da educação: o fluxo escolar e as médias de desempenho nas avaliações (MONTES CLAROS, 2017).

O número de pessoas de 10 anos ou mais de idade em Montes Claros em 2010 era de 308.936, destes frequentavam a escola 80.181 (25,95%). Dos 80.181 que frequentavam a escola, 37.479 (46,7%) eram do sexo Masculino e 42.702 (53,3%) do sexo feminino.

Na literatura não são encontrados dados recentes sobre a educação, muitos destes dados são provenientes dos censos nacionais e o último ocorreu em 2010. Em uma publicação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), de 2013, a média de escolaridade no Brasil, um dos critérios educacionais que o programa utiliza na elaboração do IDH, foi de 7,2 anos, o menor número entre os países da América do Sul. Este resultado indica a necessidade dos investimentos em educação no Brasil.

## **Rede de ensino pública e privada**

O município conta com diversas escolas:

- Ensino infantil: 104 privadas e 80 municipais;
- Ensino fundamental: 51 estaduais, 58 municipais e 37 privadas;

- Ensino médio: 26 estaduais, 1 municipal e 17 particulares;
- 38 escolas municipais na zona rural.

Atualmente, a cidade de Montes Claros é considerada um pólo universitário, contando com a presença de duas universidades públicas e diversas faculdades privadas que oferecem cursos nas diversas áreas do conhecimento, em níveis técnico, de graduação, pós-graduação Lato Sensu (especialização) e Stricto Sensu (mestrado e doutorado).

### **Instituições públicas de ensino superior**

Universidade Estadual de Montes Claros (UNINONTES) .

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (Núcleo de Ciências Agrárias - NCA)

### **Instituições particulares de ensino superior**

Faculdades Ibituruna .

Instituto Superior de Educação Ibituruna (ISEIB) .

Faculdades de Saúde Ibituruna (FASI) .

Faculdade Santo Agostinho (FASA) .

Faculdades integradas Pitágoras de Montes Claros (FIP-MOC) .

Faculdade de Ciência e Tecnologia de Montes Claros (FACIT) .

Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE/SOEBRAS) .

Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC) .

Universidade Norte do Paraná (UNOPAR) .

Universidade de Uberaba (UNIUBE) .

Faculdade de Computação de Montes Claros (FACOMP) .

Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) .

## **2.1 - Organização do Sistema de Saúde**

O Sistema municipal de saúde está organizado conforme as diretrizes e princípios do SUS – Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a portaria 399 de fevereiro de 2006 que se refere o ao termo de compromisso entre os gestores no pacto para a saúde (pacto pela vida, pacto de gestão e pacto em defesa pelo SUS) (MONTES CLAROS, 2017).

O Pacto pela Vida contém os seguintes objetivos e metas prioritárias (Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008): Atenção à saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS; Promoção da saúde; Fortalecimento da atenção básica; Saúde do trabalhador; Saúde mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e Saúde do homem (MONTES CLAROS, 2017).

### **Região ampliada de saúde**

O Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais, organiza a região de saúde em que Montes Claros está inserida territorialmente como sede de polo macro e microrregião, abrangendo 13 microrregiões e 87 municípios. O Município é polo macrorregional por oferecer os serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior nível de complexidade e polariza regiões e/ou microrregiões de saúde. Município de maior densidade populacional da macrorregião, com estrutura de equipamentos urbanos e de saúde, de maior densidade tecnológica o que requer escala para cerca de 1.609.862 de habitantes; que exerce força de atração para micros circunvizinhas, polarizando as regiões do norte de Minas Gerais. Os municípios polo macro acumulam também a função de polo micro (MONTES CLAROS, 2017).

### **Polo de Região de Saúde**

Montes Claros é polo microrregional pelo nível de resolubilidade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade e situação geográfica, polariza 11 municípios

da microrregião, a saber: Bocaiúva, Claro dos Poções, Engenheiro Dolabela, Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Glaucilândia, Guaraciama, Itacambira, Joaquim Felício, Juramento e Olhos d'Água, perfazendo assim uma população de 459.387 (MONTES CLAROS, 2013).

**TABELA 1 – Municípios da microrregião Montes Claros/Bocaiúva**

CODIGO DO MUNICÍPIO	MUNICÍPIO	ESTIMATIVA POPULACIONAL
310730	BOCAIUVA	46.949
311650	CLARO DOS POÇÕES	7.743
312380	ENGENHEIRO NAVARRO	7.125
312660	FRANCISCO DUMONT	4.892
312735	GLAUCILÂNDIA	2.977
312825	GUARACIAMA	4.737
313200	ITACAMBIRA	5.021
313640	JOAQUIM FELÍCIO	4.338
313680	JURAMENTO	4.129
314330	MONTES CLAROS	366.134
314545	OLHOS-D'ÁGUA	5.342
<b>TOTAL:</b>		<b>459.387</b>

FONTE: PDR SES-MG 2013

## 2.2 - Sistema Municipal de Saúde

De acordo com as diretrizes Estaduais, Nacionais e da Organização Mundial da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde trabalha no sentido de reverter um quadro de ações hospitalocêntrico/medicocêntrico para um modelo de saúde técnico assistencial, dando ênfase às ações de promoção e organização da saúde. Por outro lado, a urgência e emergência, em município de Gestão Plena, requer um controle sistemático e cumprimento da grade de referência, o município macrorregional desenvolve ações de nível secundário e terciário em um sistema de redes, como Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede Mais Vida, etc. (MONTES CLAROS, 2015).

De forma a atender à população conforme o perfil epidemiológico local e regional, a Agenda de Saúde foi consensuada e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde que segue os seguintes eixos prioritários: **Fortalecimento da Gestão,**

### **Atenção Primária, Vigilância em Saúde, Atenção a Média e Alta Complexidade e Controle Social.**

Com essas diretrizes, foi elaborado o Plano Municipal de Saúde 2014/2017, através de um planejamento estratégico e participativo, devidamente alinhado com o Plano de Governo Municipal e implementado através de uma proposta política administrativo do Município de Montes Claros, se organizando territorialmente para promover espaços de convivência capazes de potencializar a cultura da solidariedade e cooperação entre governo e sociedade local.

O Sistema municipal de Montes Claros em relação à rede física encontra-se distribuída conforme a tabela 2.

**TABELA 2 - REDE FÍSICA (SUS) DE MONTES CLAROS**

<b>Serviços De Saúde</b>	<b>Quantidade</b>
Unidades Básicas De Saúde (Área Urbana)	08
Policlínicas (Área Urbana)	02
Hospital Municipal Doutor Alpheu Gonçalves De Quadros	01
Equipes Estratégia Saúde Da Família (Zona Urbana)	121
Equipes Estratégia Saúde Da Família (Zona Rural)	10
Consultório na Rua	01
Unidades De Saúde Mental (CAPs)	02
Centro Oftalmologia Social	01
Centro De Controle De Zoonoses	01
Pontos De Apoio CCZ	08
CTA/IST/Aids	01
Anexo Contendo: Almoxarifado E Galpão	01
Saúde Da Mulher	01
NASP (Núcleo de Saúde Pitágoras – Centro de Saúde Vila Oliveira)	01
Centro de Reabilitação e Órteses e Próteses	01
CEO (Centro De Especialidades Odontológicas)	01
Consultórios Odontológicos em ESF	08
Consultórios Odontológicos em Escolas Estaduais e Municipais.	20
Farmácias Populares	02

Laboratório Análise de Água	01
-----------------------------	----

Fonte: SMS/MOC/2017

### Rede de Serviços Contratados

<b>HOSPITALAR</b>		
Hospital Universitário Clemente de Faria		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		
Hospital Prontosocor		
Fundação Hospitalar de Montes Claros – Hospital Aroldo Tourinho		
<b>LABORATÓRIAL - ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLOGIA</b>		
Exame	Santa Clara	Instituto de Patologia do Norte de Minas
Voumard	LAC	Lab. Santa Casa
Prolab	Biominas	Bioanálises Montes Claros
São Geraldo	Biodiagnóstico	Siper Labonorte
Citocenter	Biomontes	Rafha Cordeiro II
Citolab	São Paulo	Laboratório do Hospital Aroldo Tourinho
		Laboratório do Hospital Universitário Clemente de Faria
<b>RADIOLOGIA</b>		
Hospital Universitário Clemente de Faria		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
Fundação Hospitalar de Montes Claros – Hospital Aroldo Tourinho		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		

<b>FISIOTERAPIA</b>
Hospital Aroldo Tourinho
Clínica de Traumatologia E Fisioterapia (São José)
Clínica de Fisioterapia São Lucas
Fisiocenter/ Santa Casa
Ortoclinica Ltda
Clínica Geraldo Caldos
<b>SAÚDE AUDITIVA</b>
Otorrino Fisio Center
<b>NEFROLOGIA</b>
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros
<b>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA/ MEDICINA NUCLEAR</b>
Ressonar Imagens Médicas
Núcleo de Medicina Nuclear
<b>ONCOLOGIA</b>
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho

### 3. JUSTIFICATIVA

A saúde sexual remete a vivência livre, agradável, prazerosa e segura, por meio de abordagens positivas da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais, valorização da identidade e das experiências individuais, das relações interpessoais e da vida, independentemente de orientação sexual e identidades de gênero (BRASIL, 2016).

Saúde reprodutiva implica que as pessoas podem ter uma vida sexual satisfatória e segura com autonomia e capacidade de se reproduzir e a liberdade de decidir se, quando e com que frequência fazê-lo aliado ao direito de serem informados e de ter acesso a métodos seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis de

planejamento reprodutivo e familiar de sua escolha, assim como outros métodos para regulação da fertilidade que não sejam contra lei e o acesso a serviços de saúde que permitam uma gravidez e parto seguros e que provejam ao casal a melhor chance de terem uma criança saudável (BRASIL, 2010).

Todos, homens e mulheres adultos, jovens e adolescentes devem ter acesso à informação e escolha a métodos contraceptivos eficientes, seguros, permissíveis, aceitáveis e não contrários à Lei nº 9.263/1996, além da oferta de outros métodos de regulação da fecundidade e o direito ao acesso a serviços apropriados de saúde para o pré-natal, o parto e o puerpério (BRASIL, 2016).

Considerando que o cuidado a saúde do cidadão faz parte do fazer cotidiano da enfermagem enquanto integrante das equipes de saúde da família é imprescindível instrumentalizar a enfermagem que atua nas Unidades Básicas de Saúde para garantir uma assistência de enfermagem em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e livre de ações de imprudência, imperícia e negligência fez-se necessária a elaboração deste instrumento, com o objetivo de nortear o cuidar da enfermagem.

#### **4. ASPECTOS LEGAIS**

As ações do Enfermeiro, previstas neste protocolo, estão respaldadas pela Lei de Exercício Profissional nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, pelo Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei 7498/86, pelas Resoluções COFEN nº 159/1993, nº 195/1997 e nº 358/2009 e pela Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (COREN, 2012; BRASIL, 2017).

A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem no Brasil, aponta como pontos relevantes na prática do enfermeiro, como integrante da equipe de saúde da atenção básica: a consulta de enfermagem, em toda a sua complexidade de execução (Art. 11, alínea i), a prescrição da assistência de enfermagem (Art. 11, alínea f), a prescrição de medicamentos, desde que seja normatizada em programas de Saúde Pública e em protocolos de rotina aprovados pela instituição de saúde (Art. 11 alínea c) e a solicitação de exames de

rotinas e complementares, conforme a Resolução COFEN nº 195/1997, que estabelece, no Art. 1º, que o Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais (COREN, 2012).

Isto posto, a atuação do Enfermeiro está embasada no seu conhecimento técnico-científico, sendo responsabilidade do profissional toda ação praticada, e, ficando este, sujeito às penalidades de acordo com a lei.

Na Estratégia Saúde da Família, o enfermeiro é um integrante da equipe de saúde em que todos os profissionais são imprescindíveis no cuidar do ser humano de maneira integral, sendo que devem ser levadas em consideração as habilidades e as capacidades de cada um dos componentes da equipe, em consonância com os preceitos éticos e legais. Ressalta-se também, que a integração entre as várias disciplinas e profissionais é requisito fundamental para o alcance dos objetivos propostos.

Na equipe de saúde existem atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na Atenção Básica segundo a Portaria 2436/ 2017:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- 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;
- 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.).
- 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;

- 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;
- 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;
- 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;
- 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;
- Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- 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;;
- 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;
- 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;
- 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;

- Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;
- Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;
- 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;
- 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;
- 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;
- 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;
- 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);
- 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;
- Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
- Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- 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;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;
- Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

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

### **Enfermeiro**

- 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.

#### **Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:**

I.- Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de

sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

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

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

#### **Médico:**

I.- Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;

II.- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV.- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;

V.- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

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

### **Cirurgião-Dentista:**

I.- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II.- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III.- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV.- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI.- Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;  
e

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

**Técnico em Saúde Bucal (TSB):**

- I.- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- II.- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- III.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- IV.- Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
- V.- Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- VI.- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
- VII.VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- VIII.- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- IX.- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
- X.- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
- XI.- Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
- XII.- Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;
- XIII.- Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;
- XIV.- Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- XV.- Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

- XVI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- XVII.- Processar filme radiográfico;
- XVIII.- Selecionar moldeiras;
- XIX.- Preparar modelos em gesso;
- XX.- Manipular materiais de uso odontológico.
- XXI.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

### **Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):**

- I.- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- II.- Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- III.- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas
- IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- VI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- VII.-Processar filme radiográfico;
- VIII.- Selecionar moldeiras;
- IX.- Preparar modelos em gesso;
- X.- Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;
- XI.- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e
- XII.-Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

### **Gerente de Atenção Básica**

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas

Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico gerencial.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

- I.- Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;
- II.- Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;
- III.- Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;
- IV.- Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- V.- Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;
- VI.- Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;
- VII.-Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII.- Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX.- Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X.- Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI.- Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII.- Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII.- Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV.- Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV.- Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

### **Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)**

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

**a) Atribuições comuns do ACS e ACE**

I.- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II.- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III.- Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV.- Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V.- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI. Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII.- Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII.- Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX.- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X.- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

**b) Atribuições do ACS:**

I- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Agente Comunitário de Saúde poderá executar em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Vale ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

#### **Atribuições do ACE:**

I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;

II.- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;

III. Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

IV.- Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território;

V.- Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e

VI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a

Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

### **Pessoal Administrativo**

- Acolher os usuários e visitantes;
- Prestar informações sobre o funcionamento das Unidades de Saúde;
- Agendar consultas e exames;
- Digitar dados da Unidade de Saúde;
- Organizar os recursos e materiais da Unidade de Saúde;
- Realizar outras atividades designadas pela coordenação da equipe.

### **Pessoal da Zeladoria e Manutenção**

- I. Acolher e informar usuários e visitantes;
- II. Realizar e manter a limpeza e a higiene adequadas do local de trabalho;
- III. Comunicar ao coordenador da unidade a ocorrência de danos ao patrimônio público;
- IV. Realizar o reparo de equipamentos.

## **5. OBJETIVOS**

Este protocolo tem como objetivos:

- Normatizar as ações dos profissionais de enfermagem inseridos nas unidades de saúde fornecendo subsídios técnicos para uma assistência de enfermagem embasada nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de

Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros;

- Consolidar uma assistência de enfermagem mais resolutiva por meio do alinhamento técnico, aquisição de habilidades e incentivo para a busca permanente da qualidade da atenção à saúde;
- Estabelecer orientações para reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde, especialmente da enfermagem;
- Intensificar a capacidade de resolução dos problemas de saúde dos portadores de diabetes pela equipe de enfermagem;
- Estruturar as consultas de enfermagem visando aumentar a resolubilidade para evitar a fragmentação da assistência;
- Valorizar o trabalho da equipe de enfermagem por meio da excelência da qualidade prestada;
- Sistematizar ações de educação em saúde para promoção de práticas saudáveis e ações de vigilância à saúde para prevenção e controle de doenças e agravos;
- Viabilizar a integração interdisciplinar por meio do trabalho em equipe;
- Integrar ensino, serviço e comunidade por meio das normas e ações estabelecidas no protocolo.

## **6. METODOLOGIA**

O guia para elaboração de protocolo idealizado pelo COREN/MG (2012) define protocolo como um documento norteador do processo de intervenção que visa descrever de forma detalhada as atividades e atribuições dos profissionais, no âmbito da instituição de saúde em que as ações são realizadas em equipe multiprofissional de maneira interdisciplinar. Dessa forma, a elaboração desse protocolo contou com a participação de profissionais de categorias diversas (enfermeiro, médico) com representatividade, uma vez que o fazer em saúde deve visualizar o ser humano de forma holística dentro do seu contexto biopsicossocial. Contudo torna-se necessário também a colaboração de representantes do gestor Municipal e de membro do Conselho Municipal, já que saúde é direito de todos como resguardado pela Constituição e regulamentado na lei 8080/1990.

Este protocolo utilizou a metodologia de revisão integrativa que visa proporcionar a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados e estudos na prática, esse é um método que permite a mais ampla abordagem metodológica referente as revisões, que vem sendo cada vez mais utilizadas na área da saúde por facilitar o aprofundamento em determinada temática.

A primeira etapa de elaboração do protocolo consistiu em uma reunião do grupo de trabalho na sede da secretaria municipal de saúde no dia nove de janeiro de 2013 às 14:00 horas com a definição e divisão dos temas a serem abordados no documento, seguido pela escolha da metodologia de trabalho que estabeleceu a divisão em duplas que visou a construção preliminar do documento com a busca de publicações relevantes com o prazo de entrega de 1 semana. O processo de construção ocorreu com a liberação semanal de dois turnos de trabalho sendo que um turno para encontro da dupla e outro para a socialização das produções e estabelecimento de condutas (SOUZA *et al.*, 2010).

Este estudo baseou-se na pesquisa de documentos publicados no período de 2002 a 2012, disponíveis na editora do Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BDENF (Base de dados Bibliográficos Especializados na Área de Enfermagem do Brasil), SCIELO (Scientific Eletronic Library On Line), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde), e documentos publicados nos sites de órgãos públicos municipais, estaduais e nacional. A busca de dados teve início no mês de Janeiro de 2013.

O total de documentos selecionados foram 14, e para chegar a conclusão de quais documentos seriam escolhidos foram seguidos alguns critérios previamente estabelecidos. Os critérios de inclusão foram: a temática dos documentos deveria abordar assistência a saúde da mulher; as publicações devem estar escritas em língua portuguesa; devem ter sido publicadas a partir do ano de 2002; as publicações devem estar disponíveis de forma completa e gratuita. Os dois documentos descartados obedeciam aos seguintes critérios de exclusão: não respondiam a temática posta para estudo; não foram possíveis de encontra-los na íntegra; publicação anterior ao ano de 2002.

Nos dias 16 e 17 de janeiro de 2013 foi realizada reunião para apresentação dos documentos e ajustes necessários seguido pela confecção do documento final do protocolo. Na semana posterior, a versão preliminar foi encaminhada aos revisores para apreciação e colaboração. No dia 01 de fevereiro de 2013 ocorreu

uma plenária para apresentação do protocolo ao gestor municipal de saúde e equipe técnica da área de saúde da mulher com a participação da equipe de trabalho, representante do conselho municipal de saúde. Por se tratar de uma revisão com base nas literaturas essa pesquisa fica isenta de enviar para aprovação do Comitê de Ética em pesquisa, por não está diretamente envolvida com o público alvo e por se tratar de literaturas que já foram devidamente aprovadas pelo Comitê de Pesquisa.

O protocolo construído foi, então, enviado ao Conselho Municipal de Saúde na data de 06/02/2013, que o aprovou na plenária do dia 06/03/2013, sendo que esta deliberação se encontra registrada na ata da reunião ordinária número 311 – Trecentésima Décima Primeira. Em decorrência da não homologação o protocolo foi revisado em 2017 e enviado novamente ao Conselho Municipal de Saúde na data de 03/03/2017, que foi discutido em plenária na reunião ordinária 356/2017 – Trecentésima Quinquagésima Sexta no dia 08/03/2017 as 13:30 que teve como deliberação o agendamento de Reunião extraordinária no dia 15/03/2017 em que ocorreu a aprovação do Protocolo Assistencial de Enfermagem do município de Montes Claros em plenária sendo que esta deliberação encontra-se registrada na ata da reunião extraordinária número 170 – Centésima Septuagésima.

No dia 27 de Dezembro de 2017, a senhora Secretária Municipal de Saúde sancionou a Portaria/SMS número 12 que regulamenta o Protocolo Assistencial de Enfermagem do município de Montes Claros que entrou em vigor na presente data.

## **7. DESENVOLVIMENTO**

Este protocolo encontra-se distribuído na área temática – Planejamento Reprodutivo do município de Montes Claros, embasado nos documentos do Ministério da Saúde (2010; 2016) e São Paulo (2012).

### **7.1 PLANEJAMENTO REPRODUTIVO**

Os serviços de saúde devem oferecer ações de planejamento reprodutivo à clientela da área adstrita voltadas para o fortalecimento dos direitos sexuais e

reprodutivos dos indivíduos por meio do aconselhamento, ações clínicas, preventivas, educativas voltadas à mulher, ao homem ou ao casal garantindo o acesso às informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade que não comprometam a vida e a saúde das pessoas, num contexto de escolha livre e informada (BRASIL, 2010; SÃO PAULO, 2012; BRASIL, 2016).

### **Aconselhamento**

No planejamento reprodutivo o aconselhamento é um diálogo baseado em uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o indivíduo ou casal. Este profissional deve procurar compreender as expectativas das pessoas no que diz respeito à reprodução e ajudá-las a concretizarem essas expectativas, respeitando suas escolhas. A capacidade de silenciar e ouvir o outro melhora a compreensão das suas necessidades e torna a abordagem mais resolutiva (BRASIL, 2010; SÃO PAULO, 2012).

### **Atividades Educativas**

A educação em saúde é fundamental para a qualidade da atenção prestada oferecendo às pessoas os conhecimentos necessários para a escolha livre e informada, propiciando uma reflexão sobre os temas relacionados à sexualidade e à reprodução (BRASIL, 2010; SÃO PAULO, 2012).

A educação em saúde orienta de forma individual ou coletiva pessoas em idade fértil (10-49 anos), levando em consideração os aspectos biopsicossociais relacionados ao livre exercício da sexualidade e do prazer, além dos aspectos culturais e transgeracionais relacionados à sexualidade e à reprodução (BRASIL, 2016).

A prática educativa deve ser realizada em um grupo dividido em duas etapas, sendo que a primeira, a ser realizada por uma equipe multiprofissional (psicólogo, enfermeiro ou médico) deve abordar os temas: anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor feminino e masculino, sexualidade, reprodução humana, direitos sexuais e direitos reprodutivos. A segunda etapa, realizada pelo enfermeiro ou médico, será feita a apresentação dos métodos contraceptivos, sexo seguro, reprodução humana

assistida, riscos implicados em certas praticas sexuais (BRASIL, 2010; SÃO PAULO, 2012; BRASIL, 2016).

Ao final da segunda etapa, a clientela optará pelo método de sua escolha, será encaminhado para a consulta médica ou de enfermagem e receberá sua prescrição e cartão do planejamento.

O certificado deverá ser entregue para quem optar pelo DIU e/ou esterilização (feminina ou masculina). A atividade educativa terá validade de 01 ano devendo, portanto, a clientela após o vencimento participar novamente do planejamento reprodutivo; entretanto, a prescrição do método terá validade de 3 meses em que o cliente receberá a prescrição após consulta de enfermagem ou médica.

### **Atividades Clínicas**

A primeira consulta deve ser feita após as atividades educativas, incluindo:

- Anamnese completa com questionamento se há medicações em uso;
- Abordar sempre que pertinente, as questões referentes às parcerias, à identidade de gênero, à orientação sexual e à satisfação sexual pessoal ou do casal.
- Exame físico geral;
- Orientação para escolha dos recursos à concepção ou à anticoncepção (indicações e contra-indicações), incentivando a participação ativa na decisão individual ou do casal.
- Identificação das necessidades individuais e/ou do casal, incentivando a livre expressão dos sentimentos e dúvidas quanto à sexualidade e à saúde reprodutiva.
- Indagar sobre conhecimento e uso prévio de métodos anticoncepcionais.
- Identificação da data da última coleta do exame preventivo do câncer de colo de útero (PCCU) e avaliação da necessidade de realização de uma nova coleta;
- Identificação da data da última mamografia e encaminhá-la se necessário.
- Orientação para a prevenção de DST/HIV/AIDS, com incentivo à dupla proteção;

**Escolha do método anticoncepcional:**

- Orientar sobre os métodos anticoncepcionais existentes e disponíveis na Atenção Básica.
- Informar a eficácia de cada método, sua forma de uso e possíveis efeitos adversos.
- Orientar sobre suas contraindicações diante de certos antecedentes clínicos e/ou ginecológicos.
- Reforçar a importância do retorno para acompanhamento clínico conforme método em uso e disponibilidade da usuária.
- Recomendar métodos de acordo com adequação e escolha informada da usuária, considerando fatores individuais e contexto de vida dos usuários no momento da escolha dos métodos.
- Prescrição e oferta do método escolhido com acompanhamento da clientela para reavaliação do uso do método escolhido.

*Frente aos altos índices de doenças transmissíveis por via sexual, torna-se imprescindível a abordagem da prevenção das DST/HIV/Aids dando-se ênfase à dupla proteção, que é dada pelo uso combinado do preservativo masculino ou feminino com algum outro método anticoncepcional, tendo como finalidade promover, ao mesmo tempo, a prevenção da gravidez e a prevenção da infecção pelo HIV/ Aids e outras DSTs.*

**7.2 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS PRESCRITOS PELO ENFERMEIRO**

- Métodos Comportamentais;
- Método da Lactação e Amenorréia (LAM)
- Métodos de Barreira (Preservativo Masculino e Feminino)
- Métodos Anticoncepcionais Hormonais Orais.
- Métodos Anticoncepcionais Hormonais Injetáveis.
- Métodos de Emergência.

\* Dispositivo Intrauterino (DIU), Esterilização (Masculina e Feminina): Orientações.

Na decisão sobre o método anticoncepcional a ser usado devem ser levados em consideração os seguintes aspectos: a escolha da mulher, do homem ou do casal que deve ser livre e informada; as características dos métodos (vantagens, desvantagens e contraindicações); pontos chave; fatores individuais e situacionais relacionados aos usuários do método, história pregressa.

Outros aspecto que devem ser levados em consideração na escolha do método são os critérios de elegibilidade dos métodos anticoncepcionais que permitem escolher com segurança aquele(s) mais adequado(s) para cada pessoa definidos pela OMS ilustrados a seguir nos quadros 1 e 2. Esses quadros têm como referência o documento do Ministério da Saúde (2016, p. 161)

**Quadro 2-** Categorias da OMS para os critérios de elegibilidade de métodos contraceptivos.

CATEGORIA	AVALIAÇÃO CLÍNICA	PODE SER USADO?
Categoria 1	Pode ser usado em qualquer circunstância.	SIM
Categoria 2	Uso permitido, em geral.	
Categoria 3	O uso geralmente não é recomendado. Exceção feita para quando outros métodos indicados não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis.	NÃO
Categoria 4	Não deve ser usado (risco inaceitável).	

Fonte: BRASIL, 2016, p.161.

**Quadro 3-** Critérios de elegibilidade da OMS de contraceptivos por condição clínica.

CONDIÇÃO ATUAL	ANTICONCEPCIONAL ORAL*	ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL		MINIPÍLULA	DIU DE COBRE	MÉTODOS DE BARREIRA**
		Combinado (mensal)	Progestágeno (trimestral)			
Idade < 40 anos	1	1	1	1	1 A: 2	1
Idade > = 40 anos	2	2	2	1	1	1
Gravidez	B	B	C	C	4	Não aplicável (preservativo deve ser utilizado pela dupla proteção)
Amamentação: menos de 6 sem do parto	4	4	3	3	D: 1 E: 3	1 (diafragma não aplicável se <= 6 semanas pós-parto)
Amamentação: 6 sem a 6 meses do parto	3	3	1	1	1	1
Amamentação: mais de 6 meses do parto	2	2	1	1	1	1
Obesidade	2	2	1	1	1	1
IST (exceto HIV e hepatite)	1	1	1	1	F: 4 G: 2	1
Fumo: <35 anos	2	2	1	1	1	1
Fumo: >= 35 anos; <= 15 cigarros/dia.	3	3	1	1	1	1
Fumo: >= 35 anos; > 15 cigarros/dia.	4	4	1	1	1	1
HAS sem acompanhamento	3	3	2	2	1	Não aplicável (não é necessário para a segurança do método o acompanhamento da HAS)
HAS controlada em acompanhamento	3	3	2	1	1	1
HAS: PAS 140-159 e PAD 90-99 mmHg	3	3	2	1	1	1

Fonte: BRASIL, 2016, p.161. \*Anticoncepcional com dose menor ou igual 0,35mg de etinilestradiol.

\*\*Diafragma, preservativo e espermicida. \*\*\*Anticonvulsivante: fenitoina, carbamazepina, topiramato, oxcarbamazepina, barbitúricos, primidona. Não entra nessa lista o Acido Valproico.

CONDIÇÃO ATUAL	ANTICONCEPCIONAL ORAL*	ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL		MINIPÍLULA	DIU DE COBRE	MÉTODOS DE BARREIRA**
		Combinado (mensal)	Progestágeno (trimestral)			
HAS com PAS>160 e PAD>=100 mmHg	4	4	3	2	1	1
HAS + portadora de doença vascular	4	4	3	2	1	1
História atual de TEP/ TVP	4	4	3	3	1	1
Histórico TEP/ TVP + uso atual de anticoagulante oral	4	4	2	2	1	1
História prévia de TEP/TVP	4	4	2	2	1	1
Isquemia cardíaca (prévia ou atual)	4	4	3	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
AVC (prévio ou atual)	4	4	3	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Dislipidemias	2/3	2/3	2	2	1	
Diabetes há mais de 20 anos OU com doença vascular (nefro, retino ou neuropatias)	3/4	¾	3	2	1	1
Enxaqueca sem aura (<35 anos)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2	1 (introdução do método) 2 (manutenção do método)	1	1
Enxaqueca sem aura (>= 35 anos)	3 (introdução do método) 4 (manutenção do método)	3 (introdução do método) 4 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Enxaqueca com aura	4 (introdução do método)	4 (introdução do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Câncer (CA) de mama atual	4	4	4	4	1	
Histórico de CA de mama – ausência de evidência por 5 anos	3	3	3	3	1	
Uso atual de anticonvulsivantes**	3	2	1	3	1	

Fonte: OMS (2010).

Legenda:

**A** – O DIU de cobre é categoria 2 para mulheres com idade menor ou igual a 20 anos pelo maior risco de expulsão (maior índice de nuliparidade) e por ser faixa etária considerada de maior risco para contrair IST.

**B** – Ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação nesses casos quando usados acidentalmente durante a gravidez.

## 7.2.1 MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

Os métodos comportamentais ou métodos naturais são técnicas para planejar ou evitar a gravidez de acordo com a identificação do período fértil da mulher. O sucesso de tais métodos baseia-se no conhecimento do período de ovulação (aproximadamente 14 dias antes do início da menstruação) e do período fértil.

Tipos de Métodos Comportamentais - Tabela ou calendário, Billings ou muco cervical, temperatura corporal basal, sintotérmico.

A eficácia dos métodos comportamentais depende da maneira de como estes são usados; o casal deve abster-se de relações sexuais com penetração vaginal durante todo o período fértil caso seja utilizado como método contraceptivo, caso contrário deve intensificar as relações durante esse período. Caso mantenha relações com penetração vaginal durante esse período deve ser associado um método de barreira.

### **Pontos-chave:**

- Esses métodos requerem disciplina, conhecimento do funcionamento do corpo, observação atenta e a cooperação de ambos os parceiros.
- Baixa eficácia em uso rotineiro – a eficácia depende de seu uso correto e da cooperação de ambos os parceiros.
- Desaconselha-se o uso desses métodos em mulheres que apresentam longos períodos de anovulação, ciclos irregulares ou amenorreia, ou em períodos em que as mulheres tenham dificuldade de interpretar seus sinais de fertilidade (adolescentes, períodos pós-parto, pós-aborto, durante a amamentação e perimenopausa).

### **Vantagens / Desvantagens e Contraindicações:**

- **Vantagens:** Ausência de efeitos sistêmicos; favorece o conhecimento da fisiologia reprodutiva.
- **Desvantagens:** Não previnem contra DSTS/HIV/Aids; exige cooperação do parceiro.

- **Contraindicações:** Alterações psíquicas que dificultam ou impeçam o uso correto do método; irregularidades menstruais; amenorreia; lactação; e quando a gravidez constituir risco de vida.

### **Consultas de Retorno**

Avaliar a qualidade dos registros e a capacidade da mulher e/ou do casal em cumprir as instruções de uso do método. Reforçar as recomendações dadas na primeira consulta.

Agendar o primeiro retorno de acordo com o método escolhido:

- Tabela ou calendário: primeiro retorno depois de um mês e retornos subsequentes de seis em seis meses.
- Billings ou muco cervical: semanais durante o primeiro mês; retornos quinzenais até o terceiro mês; retornos mensais até o sexto mês e retornos subsequentes semestrais.
- Temperatura corporal basal: mensais durante os seis primeiros meses com retornos subsequentes anuais.
- Sintotérmico: semanais durante o primeiro mês; retornos quinzenais até o terceiro mês; retornos mensais até o sexto mês; retornos trimestrais até o primeiro ano e retornos subsequentes semestrais.

### **Coito Interrompido**

Além dos métodos citados acima, existem práticas sexuais que podem ser consideradas como métodos comportamentais, já que reduzem o risco de gravidez indesejada: o coito interrompido e a relação sexual sem penetração.

O coito interrompido, apesar de ser muito usado, não deve ser estimulado como método anticoncepcional, porque é grande a possibilidade de falha, considerando que o líquido que sai pouco antes da ejaculação pode conter espermatozoides. Além disso, às vezes o homem não consegue interromper a relação antes da ejaculação.

## LAM (MÉTODO DA LACTAÇÃO E AMENORRÉIA)

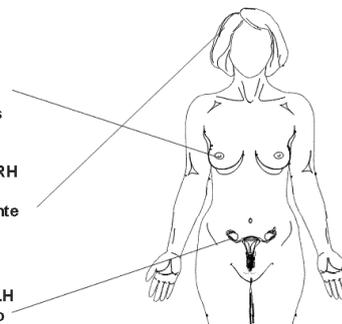
Consiste em utilizar a Amamentação exclusiva como opção inicial de planejamento reprodutivo. Age impedindo a ovulação, porque o aleitamento transforma a velocidade de liberação dos hormônios femininos, desorganizando o eixo

### LAM: Mecanismos de Ação

A sucção forte e frequente dos mamilos altera a secreção do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH)

A secreção irregular de GnRH interfere na liberação do hormônio folículo estimulante (FSH) e do hormônio luteinizante (LH)

A diminuição do FSH e do LH interfere com o crescimento folicular no ovário e suprime a ovulação



produz  
que se

hipotálamo – hipófise - ovário. A sucção frequente por parte do lactente envia impulsos nervosos ao hipotálamo materno, alterando a produção hormonal, o que leva à anovulação; como consequência da não ovulação ocorre a “amenorréia”, um dos critérios básicos para a eficácia do LAM.

Quando praticado corretamente, a eficácia do LAM varia de 98% a 99,5%. Para isso, é necessário: que a mulher esteja nos primeiros seis meses após o parto, sem menstruar e praticando aleitamento exclusivo que significa que o único alimento do bebê é o leite materno. Nesta fase não devem ser oferecidos líquidos (água, chás) ou alimentos sólidos.

### **Pontos-chave:**

- Empatia por um profissional de saúde, que transmita confiança e acredite no método e a escute com interesse e preocupação;
- Que a nutriz tenha acesso fácil a este profissional e se sinta à vontade para fazer perguntas, tirar suas dúvidas e encontrar nele um bom apoiador da amamentação.

### **Vantagens:**

A proteção anticoncepcional começa logo depois do parto, não apresenta efeitos colaterais, não apresenta custos diretos, possibilita que a mãe e o bebê usufruam das vantagens da amamentação com a criação de forte vínculo.

Usar outro anticoncepcional quando:

- Retorno da menstruação.

- Bebê completar 06 meses.
- Mulher parar de amamentar em tempo integral e começar oferecer outros alimentos e líquidos.
- A mulher não quiser mais somente o Método da Lactação e Amenorréia como método anticoncepcional.

*Se a mulher estiver utilizando a amamentação como método anticoncepcional e o bebê completar seis meses, procure o serviço de saúde para escolher outro método anticoncepcional.*

***Mas continue amamentando!***

### *Consultas de Retorno*

A puérpera deve ser assistida, na atenção primária, por um profissional de saúde após o seu retorno da maternidade. Em seguida, no primeiro mês o acompanhamento deverá ser quinzenalmente. Caso não apresente nenhuma intercorrência seu acompanhamento será mensalmente nos primeiros 06 meses de vida para avaliação do LAM.

## **7.2.2. MÉTODOS DE BARREIRA**

Métodos de barreira são aqueles que evitam a gravidez através do impedimento da ascensão dos espermatozoides ao útero. São métodos que colocam obstáculos mecânicos ou químicos à penetração dos espermatozoides no canal cervical.

### ***Preservativo Masculino (camisinha ou condom)***

É o método de barreira mais difundido no mundo. Consiste em um envoltório de látex ou membrana que recobre o pênis durante o ato sexual e retém o esperma por ocasião da ejaculação. Seu uso oferece proteção contra doenças sexualmente transmissíveis.

A eficácia depende do seu uso correto, da motivação do casal em usá-lo em cada intercurso, do tempo de experiência, e também da qualidade do produto que pode ser afetada pelo armazenamento inadequado, principalmente por parte do usuário.

*Pontos-chave:*

- Nunca se deve usar duas camisinhas ao mesmo tempo, nem duas camisinhas masculinas, nem duas femininas, nem masculina com feminina, pois o risco de rompimento é maior.
- Não utilizar lubrificante a base de óleo.
- Qualquer lubrificante à base de água pode ser usado: gel lubrificante, glicerina, geleia ou cremes espermicidas.
- A anticoncepção de emergência pode ser usada para evitar a gravidez em casos de rompimento da camisinha ou quando ocorrer vazamento do esperma.

*Vantagens / Desvantagens e Contraindicações:*

- **Vantagens:** Praticidade, fácil acesso e não depende de controle médico; podem ser obtidos sem prescrição médica; principal forma de prevenir a disseminação da DST/ HIV/Aids; não possuem efeitos sistêmicos; podem proteger as mulheres da doença inflamatória pélvica (DIP).
- **Desvantagens:** O sucesso de seu emprego depende da motivação, da aceitação e da confiança para usá-lo.
- **Contraindicações:** Alergia ao látex; irritação vaginal devido à fricção, quando se usa preservativo não lubrificado; prazo de validade vencido; camisinha seca ou pegajosa, com coloração alterada ou, ainda, caso o pacote encontrasse rasgado/danificado; anomalias do pênis.

**Consulta de Retorno**

Primeiro retorno depois de um mês e demais retornos anuais.

O fornecimento sistemático dos preservativos masculinos não precisa estar vinculado à consulta com o profissional de saúde ou ao comparecimento em

palestras, não necessitando de prescrição médica. ***Pode ser feita por qualquer profissional da equipe de saúde, desde que devidamente capacitado.***

Em caso em que a clientela participe do planejamento reprodutivo serão prescritas 12 unidades mês, mas se necessário, avaliar situações especiais.

### **Preservativo Feminino (Condom ou Camisinha Feminina)**

É um saco transparente de poliuretano, macio e fino, para uso vaginal, constituído de dois anéis flexíveis em cada extremidade, medindo 17 cm de comprimento. Um anel, o menor, que está posicionado na extremidade fechada do condom, será colocado internamente na vagina, encaixando-se no colo do útero; o outro, maior, vai se adaptar externamente à vulva, servindo de fixação e recobrimdo os lábios vaginais, impedindo, assim, que o dispositivo entre na vagina.

Deve ser inserido antes da relação sexual, provocando assim menos interrupções no ato sexual. Pode ser colocado até 08 horas antes da relação sexual ou imediatamente antes da penetração e não precisa ser retirado imediatamente após a ejaculação.

Sua eficácia depende de seu uso correto, da motivação do casal em usá-lo a cada intercurso sexual, do tempo de experiência com o método e da qualidade do produto. Com relação às DST, os condons oferecem proteção contra o HIV/Aids, gonorreia, sífilis, clamídia e tricomoníase. Oferecem menor proteção contra o herpes genital, vírus do condiloma genital (HPV) e outras doenças que causam ulcerações na pele desprotegida.

#### *Pontos-chave:*

- A camisinha feminina deve ser usada uma única vez;
- Não pode ser utilizada juntamente com o preservativo masculino pois aumenta o risco de rompimento.
- A dificuldade pela colocação pode ser superada com uma orientação adequada.

#### *Vantagens / Desvantagens e contraindicações:*

- **Vantagens:** protege contra DST/HIV/Aids e gravidez; o controle é feito pela mulher; é confortável; fácil remoção; pode ser usado com lubrificante a base de óleo; ausência de efeitos sistêmicos e reações alérgicas; auxilia na prevenção do câncer do colo de útero;
- **Desvantagens:** alto custo; inapropriado para algumas posições sexuais.
- **Contraindicações:** utilização do preservativo feminino com prazo de validade vencido.

#### *Consultas de Retorno:*

Primeiro retorno depois de um mês e demais retornos anuais. Avaliar o uso correto do método.

O fornecimento sistemático dos preservativos femininos não precisa estar vinculado à consulta com o profissional de saúde ou ao comparecimento em palestras, não necessitando de prescrição médica.

### **7.2.3. MÉTODOS HORMONAIS ORAIS**

#### **Anticoncepcional Hormonal Oral**

*Tem* a finalidade básica de impedir a concepção, são esteroides utilizados isoladamente ou em associação.

São classificados em:

- Combinados: monofásicos, bifásicos e trifásicos e;
- Apenas com progestogênio (minipílulas): acetato de noretisterona, levonorgestrel e desogestrel.

#### **Anticoncepcionais Hormonais Oraís Combinados:**

As pílulas combinadas dividem-se em monofásicas, bifásicas e trifásicas.

- *As pílulas combinadas monofásicas*, que são as mais comuns, a dose dos esteroides é a mesma nos 21 ou 22 comprimidos ativos da cartela. A

apresentação pode ser em cartelas com 21 ou 22 comprimidos ativos ou em cartelas com 28 comprimidos, sendo 21 ou 22 comprimidos ativos, que contêm hormônios, seguidos de 6 ou 7 comprimidos de placebo, de cor diferente, que não contêm hormônios.

- As *pílulas combinadas bifásicas* contêm dois tipos de comprimidos ativos, de diferentes cores, com os mesmos hormônios, mas em proporções diferentes. Devem ser tomadas na ordem indicada na embalagem.
- As *pílulas combinadas trifásicas* contêm três tipos de comprimidos ativos, de diferentes cores, com os mesmos hormônios, mas em proporções diferentes. Devem ser tomadas na ordem indicada na embalagem.

É recomendável como primeira opção o uso de pílulas combinadas de baixa dosagem aquelas que contêm 30 microgramas (0,03 mg) ou menos de etinilestradiol tendo como primeira opção para a prescrição o Ciclo 21 e/ou o Triquilar.

Os métodos hormonais orais combinados são muito eficazes quando usados de maneira correta e consistentemente. A orientação adequada é fundamental para que as mulheres usem a pílula adequadamente.

*Ponto- chave:*

- Muito eficazes quando em uso correto.
- Não há necessidade de pausas para “descanso”.
- Podem ser usadas desde a adolescência até a menopausa.
- A fertilidade retorna logo após a interrupção de seu uso.

*Vantagens / Desvantagens e Contraindicações:*

- **Vantagens:** Proporcionam ciclos menstruais regulares, com sangramento durante menos tempo e em menor quantidade. Diminuem a frequência e a intensidade das cólicas menstruais (dismenorreias) e dos ciclos hipermenorrágicos. Diminuem a incidência de gravidez ectópica, doença inflamatória pélvica (DIP), câncer de endométrio, câncer de ovário, cistos funcionais de ovário, doença benigna da mama e miomas uterinos.

- **Desvantagens:** Não previnem contra DST/HIV/Aids.
- **Contraindicações:** Não são recomendados para lactantes, pois afetam a qualidade e quantidade do leite.

**Quando indicar segundo Brasil (2016, p. 158):**

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

**Orientações importantes**

No primeiro mês de uso, ingerir o primeiro comprimido no primeiro dia do ciclo menstrual ou, no máximo, até o quinto dia. A pílula, se usada corretamente, oferece proteção anticoncepcional já no primeiro ciclo de uso. Quanto mais precoce for o início de uso da pílula em relação ao início do ciclo menstrual, melhor é a sua eficácia nesse ciclo.

A seguir, a usuária deve ingerir um comprimido por dia até o término da cartela, preferencialmente no mesmo horário.

Ao final da cartela, se a cartela for de 21 comprimidos, fazer pausa de sete dias e iniciar nova cartela no oitavo dia.

Caso não ocorra a menstruação no intervalo entre as cartelas, mesmo assim, a usuária deve iniciar nova cartela e procurar o serviço de saúde para descartar a hipótese de gravidez.

### **Caso de Esquecimento**

- Em caso de esquecimento de **uma pílula** tomar a pílula esquecida imediatamente e a pílula regular no horário habitual.
- Esqueceu **duas pílulas** ou **atrasou o início da nova cartela em um ou dois dias** - Tomar uma pílula de imediato e tomar a pílula seguinte no horário regular. Nesses casos, o risco de gravidez é muito baixo. Usar método de barreira ou evitar relações sexuais durante sete dias. Contar a cartela:
  - Se restam sete ou mais pílulas: tomar o restante como de costume.
  - Se restam menos que sete pílulas: tomar o restante como de costume e iniciar nova cartela no dia seguinte após a última pílula da cartela. Nesse caso, a menstruação pode não ocorrer naquele ciclo.
- Esqueceu de tomar **três ou mais pílulas** - Tomar uma pílula de imediato e utilizar outro método contraceptivo de apoio por sete dias. Caso a usuária tenha feito sexo nos últimos cinco dias, avaliar necessidade de uso do anticoncepcional de emergência.
- Esqueceu de tomar **três ou mais e o esquecimento tiver ocorrido na 3ª semana da cartela**, iniciar nova cartela após sete dias. Usar método de barreira ou evitar relações sexuais durante sete dias.

### **Se após gestação**

- Em geral, os AOC (Anticoncepcional Oral Combinado) não são usados em mulheres nos primeiros seis meses do pós-parto que estejam amamentando.
- Não amamentando: Para início de AOC: pode iniciar o uso de AOC em qualquer momento após o 21º dia do pós-parto, desde que com certeza razoável de que não está grávida.
- Após aborto (espontâneo ou não): imediatamente. Se iniciar nos sete dias depois de aborto, não necessita de método de apoio. Se mais que sete dias, iniciar desde que haja certeza razoável de que a mulher não está grávida.

### **Consultas de Retorno**

O 1º retorno deve ser após 30 dias de uso da pílula. O retorno seguinte, após três meses de uso do método. Os retornos subsequentes devem ser anuais. Retornos

mais frequentes devem ser agendados para usuárias com patologias associadas, tais como hipertensão arterial leve, diabetes, entre outras. Nas consultas de retorno deve ser checado o modo de uso do método.

### ***Caso de Vômitos ou diarreia?***

Se vomitar nas primeiras duas horas após tomar o AOC, há o risco de não ter sido absorvida; por esse motivo, indica-se tomar outra pílula de outra cartela. Continuar tomando as pílulas normalmente.

Se estiver vomitando ou com diarreia por mais que dois dias, continuar a cartela e utilizar outro método de apoio por sete dias.

Diarreia grave ou vômitos durante mais de 24 horas, continuar, se for possível, a tomar a pílula normalmente na sequência indicada na cartela; contudo deve usar camisinha ou evitar relações sexuais até que tenha tomado uma pílula por dia, durante sete dias seguidos, depois que a diarreia e os vômitos cessarem.

Interação medicamentosa podem ser de dois tipos:

- **O fármaco diminui a eficácia dos contraceptivos orais** ocasionando sangramentos intermenstruais e/ou gravidez. Incluem-se rifampicina, griseofulvina, antibióticos em geral, anticonvulsivantes (fenobarbital, fenitoínas, primidona, carbamazepina, etosuximida). Os antirretrovirais (ARS) efavirenz e nevirapina (não nucleosídeos) e os nelfinavir e ritonavir (inibidores da protease), tratamento para HIV. O uso adicional do preservativo masculino ou feminino deve ser considerado – dupla proteção.
- **Os contraceptivos alteram os efeitos de um fármaco.** Incluem-se nesse grupo os anticonvulsivantes, antidepressivos, teofilina, benzodiazepínicos, anticoagulantes.

### **Efeitos colaterais/adversos mais comuns**

Alterações de humor, como depressão e menor interesse sexual (pouco comum); Náuseas, vômitos e mal-estar gástrico (mais comum nos três primeiros meses); Cefaleia leve; Leve ganho de peso; Nervosismo; Acne; Tonteira; Mastalgia; Alterações do ciclo menstrual: manchas ou sangramentos nos intervalos entre as menstruações, especialmente quando a mulher se esquece de tomar a pílula ou toma tardiamente (mais comum nos três primeiros meses), e amenorreia; Cloasma.

### ***Anticoncepcionais Hormonais Orais Apenas de Progestogênio – Minipílula***

Estes anticoncepcionais contêm uma dose muito baixa de progestogênio, não contêm estrogênio e são conhecidos como minipílulas. São os anticoncepcionais orais mais apropriados para a mulher que amamenta. Sua ação consiste na modificação do muco do colo do útero tornando-o mais espesso, não permitindo a ascensão dos espermatozoides e a transformação do endométrio, dificultando a ocorrência da gravidez.

São encontrados em embalagens com 28 ou 35 comprimidos ativos e todos têm a mesma dose: Noretisterona 0,35 mg com 35 comprimidos ativos; Levonorgestrel 0,03 mg com 35 comprimidos ativos; Linestrenol 0,5 mg com 28 comprimidos ativos; Desogestrel 75 mcg com 28 comprimidos ativos.

A alta eficácia durante a lactação explica-se porque a lactação, especialmente quando exclusiva e nos primeiros seis meses, oferece alta taxa de proteção.

#### *Pontos-chave:*

- Podem ser usadas por lactantes a partir de seis semanas após o parto e previne a gravidez eficazmente pelo menos por seis meses ou até a menstruação retornar.
- A quantidade e a qualidade do leite materno não são prejudicadas.

Ao término de uma cartela iniciar a seguinte no próximo dia, não deixar dias de descanso, pois todas as pílulas da cartela são ativas.

#### **Vantagens / Desvantagens e contraindicações:**

**Vantagens:** Muito eficazes durante a amamentação, sendo uma boa escolha para as lactantes; não apresenta os efeitos colaterais do estrogênio; podem ajudar a prevenir doenças benignas de mama, câncer de endométrio, câncer de ovário, doença inflamatória pélvica. Não leva a grandes alterações no peso corporal; são reversíveis. Podem ser usadas por mulheres fumantes independente da idade.

**Desvantagens:** Não protegem contra DST/HIV/Aids;

**Contraindicações:** Lactantes com menos de seis semanas pós parto.

**Se após gestação:**

- Amamentando de forma exclusiva ou não, com mais de seis semanas do parto: iniciar a minipílula a qualquer momento se há certeza razoável de que não está grávida. Método de apoio por sete dias.
- Não amamentando: Para início de minipílula: se menos de quatro semanas do parto, começar a qualquer momento (sem necessidade de método de apoio) – não é um método muito eficaz para mulheres que não estão amamentando.

*Consultas de Retorno*

O primeiro retorno deve ser após 30 dias de uso da pílula; o seguinte, após três meses de uso do método. Os retornos subsequentes devem ser anuais. Retornos mais frequentes para usuárias com patologias associadas, tais como hipertensão arterial leve, diabetes, entre outras.

**7.2.3. Métodos Hormonais Injetáveis****Anticoncepcional Injetável Combinado Mensal – Injetável Mensal**

Inibem a ovulação e tornam o muco cervical espesso, impedindo a passagem dos espermatozoides. Provocam, ainda, alterações no endométrio. Contêm um éster de um estrogênio natural, o estradiol e um progestogênio sintético, diferentemente dos anticoncepcionais orais combinados, nos quais ambos os hormônios são sintéticos.

O que é encontrado disponível em nosso município é o de 50 mg de enantato de noretisterona + 5 mg de valerato de estradiol: Mesigyna ou Noregyna.

Estes métodos são muito eficazes e já oferecem proteção anticoncepcional no primeiro ciclo de uso, não havendo necessidade de pausas para “descanso” após um longo período de uso.

**Quando indicar?**

- Para toda e qualquer mulher, independentemente se adolescente ou adulta, que preencha os critérios de elegibilidade para anticoncepção.

- Não necessita realizar colpocitologia, exame de mamas ou pélvico para iniciar o uso.
- Aquelas infectadas com o HIV, que tenham aids ou estejam em terapia antirretroviral (ARV) podem utilizar os AIs com segurança. Incentive-as a utilizarem preservativos juntamente com os injetáveis.

*Pontos-chave:*

- A recuperação da fertilidade após o uso de injetáveis mensais é rápida, em média, o retorno da ovulação acontece em 60 a 90 dias após a última injeção.

### **Vantagens / Desvantagens e contraindicações**

**Vantagens:** possuem menos riscos estrogênicos pois contém estrogênios naturais; diminuem a frequência e a intensidade das cólicas menstruais; padrão menstrual altera-se menos do que com o uso dos injetáveis trimestrais.

**Desvantagens:** não protegem contra DST/HIV/Aids;

**Contraindicações:** em lactantes deve ser evitado pelo menos até o 6º mês após o parto; gestação.

### **Orientações importantes**

A primeira injeção deve ser administração até o quinto dia do início da menstruação. As aplicações subsequentes devem ocorrer a cada **30 dias, mais ou menos Sete dias**, independentemente da menstruação.

Se **houver menos de sete dias em atraso**, realizar a próxima aplicação sem necessidade de testes, avaliação ou método de apoio.

Se **atrasar mais de sete dias**, poderá receber a injeção seguinte se: houver certeza que não está grávida (ela não fez sexo nas duas semanas após o período em que deveria ter recebido sua última injeção ou utilizou método de apoio). Ela precisará de método de apoio nos primeiros sete dias após a injeção.

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

Deve ser administrada por via intramuscular profunda de preferência na região glútea, na sua preparação a ampola deve ser agitada e o líquido todo aspirado para uma adequada aplicação. Solicitar a cliente evitar sentar por 10 minutos, não massagear o local.

#### **Se após gestação:**

- Amamentando de forma exclusiva ou quase ou parcialmente para o injetável mensal: atrase a primeira injeção até completar seis semanas depois do parto ou quando o leite não for mais o alimento principal do bebê – o que ocorrer primeiro.
- Após aborto (espontâneo ou não): imediatamente. Se mais que sete dias, iniciar desde que haja certeza razoável de que não está grávida (método de apoio por sete dias)
- Não amamentando: para injetável mensal, se menos de quatro semanas do parto, iniciar a qualquer momento a partir do 21º do parto; se mais que quatro semanas do parto, iniciar a qualquer momento desde que com certeza razoável de que não está grávida.

Se a menstruação tiver retornado, começar tal como mulheres que apresentam ciclos menstruais.

#### *Consultas de Retorno*

O primeiro retorno deve ser após 30 dias de uso e os seguintes após três meses. Os retornos subsequentes devem ser anuais e sempre checar a satisfação e o modo de uso do método.

#### *Efeitos colaterais/adversos mais comuns*

Alterações da menstruação, alterações do peso, cefaleia comum, dores de cabeça com enxaqueca, sensibilidade dos seios.

#### **7.2.4. Anticoncepcional hormonal injetável só de progestogênio – injetável trimestral**

O acetato de medroxiprogesterona é um método anticoncepcional injetável apenas de progestogênio que é semelhante ao produzido pelo organismo feminino, sendo liberado lentamente na circulação sanguínea; conhecido como acetato de medroxiprogesterona de depósito – AMP-D. Inibem a ovulação e tornam o muco cervical espesso, impedindo a passagem dos espermatozoides (BRASIL, 2010).

A formulação disponível em nosso município é à base de acetato de medroxiprogesterona 150 mg, preparada na forma de suspensão microcristalina de depósito para injeção IM, apresentada em frasco-ampola de 1 ml (BRASIL, 2010).

Estes métodos são altamente eficazes com taxa de falha de 0,3% durante o primeiro ano de uso, com injeções regulares a cada três meses (BRASIL, 2010).

#### **Quando indicar?**

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

#### *Pontos-chave:*

- A recuperação da fertilidade após o uso de injetáveis trimestral, em média, o retorno da fertilidade, em média, pode levar quatro meses após o término do efeito (sete meses após última injeção). Em geral, as mulheres engravidam entre 9 e 16 meses após ter recebido a última injeção. Essa demora no retorno da fertilidade não está relacionada com o tempo de uso (BRASIL, 2010).

### ***Vantagens / Desvantagens e contraindicações***

***Vantagens:*** Oferece proteção anticoncepcional já no primeiro ciclo de uso. Não tem as contraindicações dos contraceptivos orais e injetáveis combinados, por não possuir o componente estrogênico. Pode ser usado durante a amamentação (BRASIL, 2010).

***Desvantagens:*** não protegem contra DST/HIV/Aids.

***Contraindicações:*** Não tem as contraindicações dos contraceptivos orais e injetáveis combinados, por não possuir o componente estrogênico (BRASIL, 2010).

### ***Orientações importantes***

A primeira injeção deve ser administração até o sétimo dia do início da menstruação. As aplicações subsequentes devem ocorrer a cada três meses, independentemente da menstruação. O prazo máximo permitido entre cada injeção subsequente é de duas semanas antes ou depois da data prevista. Deve ser administrada por via intramuscular profunda de preferência na região glútea, na sua preparação a ampola deve ser agitada e o líquido todo aspirado para uma adequada aplicação (BRASIL, 2010).

Para mulheres que tenham recebido a primeira injeção depois do sétimo dia do início da menstruação, aconselhar o uso de método adicional, de barreira, durante sete dias, até que o AMP-D comece a exercer seu efeito anticonceptivo. Oferece proteção anticoncepcional já no primeiro ciclo de uso (BRASIL, 2010).

A mulher deve procurar retornar a tempo para a próxima injeção, que deve ser aplicada a cada 90 dias. Porém ela pode vir até duas semanas mais cedo ou até duas semanas mais tarde (BRASIL, 2010).

Se houver atraso de mais de duas semanas para a nova injeção, a mulher deve usar *condom* ou evitar relações sexuais até a próxima injeção.

**Se após gestação:**

- Amamentando de forma exclusiva ou quase ou parcialmente para trimestral: se não houve retorno da menstruação, iniciar a qualquer momento se há certeza razoável de que não está grávida. Método de apoio por 7 dias.
- Após aborto (espontâneo ou não): imediatamente. Se mais que sete dias, iniciar desde que haja certeza razoável de que não está grávida (método de apoio por sete dias)
- Não amamentando: para trimestral, se menos de quatro semanas, iniciar a qualquer momento (sem necessidade de método de apoio; se mais que quatro semanas do parto, iniciar a qualquer momento desde que com certeza razoável de que não está grávida.

Se a menstruação tiver retornado, começar tal como mulheres que apresentam ciclos menstruais.

*Consultas de Retorno*

O primeiro retorno deve ser em três meses e em que também se fará a aplicação de nova injeção. Se o retorno em três meses não for possível naquele serviço, fornecer uma receita e uma dose da injeção para que seja aplicada em três meses e agendar o retorno em seis meses. Os retornos subsequentes devem ser anuais e sempre checar a satisfação e o modo de uso do método.

**7.2.5. Anticoncepção Hormonal de Emergência – “Pílula do Dia Seguinte”**

Consiste na utilização de pílulas contendo estrogênio e progestogênio ou apenas progestogênio, depois de uma relação sexual desprotegida para evitar gravidez pois apresenta compostos hormonais concentrados e por curto período nos dias seguintes da relação sexual.

A eficácia da anticoncepção de emergência pode variar de forma importante em função do tempo entre a relação sexual e a sua administração. A mulher deve tomar as pílulas o mais precocemente (em até 24 horas) para uma maior proteção podendo ser usado em até 05 dias.

A contracepção de emergência contém apresentação de 01 comprimido com 0,75mg ou 1,5 mg de levonorgestrel (Postinor Uno) podendo ser prescrito duas doses de 0,75 mg administradas com intervalo de 12 horas ou 1,5 mg em dose única sendo que este último apresenta a vantagem de simplificar o uso, evitando o esquecimento a segunda pílula após 12 horas.

**Levonorgestrel (comprimidos de 0,75)**

**1,5 mg** de levonorgestrel, **dose única**, via oral (**preferencialmente**)

**OU**

1 comprimido de **0,75 mg**, de **12 em 12 horas**, via oral (total de **2 comprimidos**)

Caso haja vômitos até uma hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose após uso de um antiemético e de se alimentar Iniciar de preferência nas primeiras 72 horas. Limite de cinco dias

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

*Indicações:*

- Relação sexual sem uso de anticoncepcional.
- Falha ou esquecimento do uso de algum método: ruptura do preservativo, esquecimento de pílulas ou injetáveis, deslocamento do DIU ou do diafragma.
- No caso de violência sexual, se a mulher não estiver usando nenhum método anticoncepcional.

*Pontos-chave:*

- Deve ser usada somente como método de emergência, não podendo ser utilizado de forma regular.
- Pode ajudar a prevenir os abortos provocados, na medida em que previne gestações indesejadas, que decorram de relações sexuais sem proteção anticoncepcional.

- Orientar que não é abortiva.
- Caso ocorra a gravidez a pílula de emergência não provoca efeito adverso para o feto.
- Após tomar a pílula de emergência a menstruação poderá ocorrer até 10 dias antes ou depois da data esperada.

**Vantagens:** pode ser usado em qualquer momento do ciclo menstrual.

**Desvantagens:** não protege contra DST/HIV/Aids.

**Contraindicações:** em gestantes.

#### *Consultas de Retorno*

Após dez dias de prescrição da pílula de emergência para a avaliação do ciclo menstrual e incentivo ao uso de outro método regular de anticoncepção, lembrando sempre da dupla proteção.

**Atenção!** Os critérios de elegibilidade clínica para uso de anticoncepcionais orais e injetáveis deverão ser consultados no Caderno de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (2010) e também Protocolos de Saúde da Mulher (2016).

#### **7.2.6. DISPOSITIVO INTRAUTERINO - DIU**

É um objeto pequeno de plástico flexível, em forma de T, que mede aproximadamente 31 mm, ao qual pode ser adicionado cobre ou hormônios que, inserido na cavidade uterina, exerce função contraceptiva. O DIU impede a fecundação porque torna mais difícil a passagem do espermatozoide pelo trato reprodutivo feminino, reduzindo a possibilidade de fertilização do óvulo.

São encontrados dois tipos: DIU com cobre (polietileno estéril radiopaco e revestido com filamentos e/ou anéis de cobre, enrolado em sua haste vertical) e DIU que libera hormônio (polietileno e a haste vertical é envolvida por uma cápsula que libera continuamente pequenas quantidades de levonorgestrel).

É de responsabilidade do profissional enfermeiro/médico a orientação do Dispositivo Intrauterino na atividade educativa sendo que o mesmo deverá ser prescrito, avaliado e acompanhado pelo profissional médico.

À cliente que optar pelo DIU deverá receber o certificado na sua consulta individual com a identificação da data da última coleta do exame preventivo do câncer de colo de útero (PCCU) e avaliação da necessidade de realização de uma nova coleta. A atividade educativa terá validade de 01 ano devendo, portanto, a cliente após o vencimento participar novamente do planejamento reprodutivo.

### **7.2.7. MÉTODOS CIRÚRGICOS**

#### **Laqueadura / Vasectomia**

São métodos contraceptivos definitivos que podem ser realizados na mulher, por meio da ligadura das trompas (laqueadura ou ligadura tubária), e no homem, por meio da ligadura dos canais deferentes (vasectomia).

No Brasil, a esterilização cirúrgica está regulamentada por meio da Lei nº 9.263/96, que trata do planejamento familiar, a qual estabelece no seu art. 10 os critérios e as condições obrigatórias para a sua execução.

No art. 10, da referida Lei, está estabelecido que:

*“Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:*

*I – em homens ou mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;*

*II – risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório e assinado por dois médicos (BRASIL, 1996).”*

É de responsabilidade dos profissionais de saúde enfermeiro/médico a orientação dos métodos cirúrgicos na atividade educativa. Sendo que os mesmos quando optados pela clientela deverão ser autorizados pelo profissional médico.

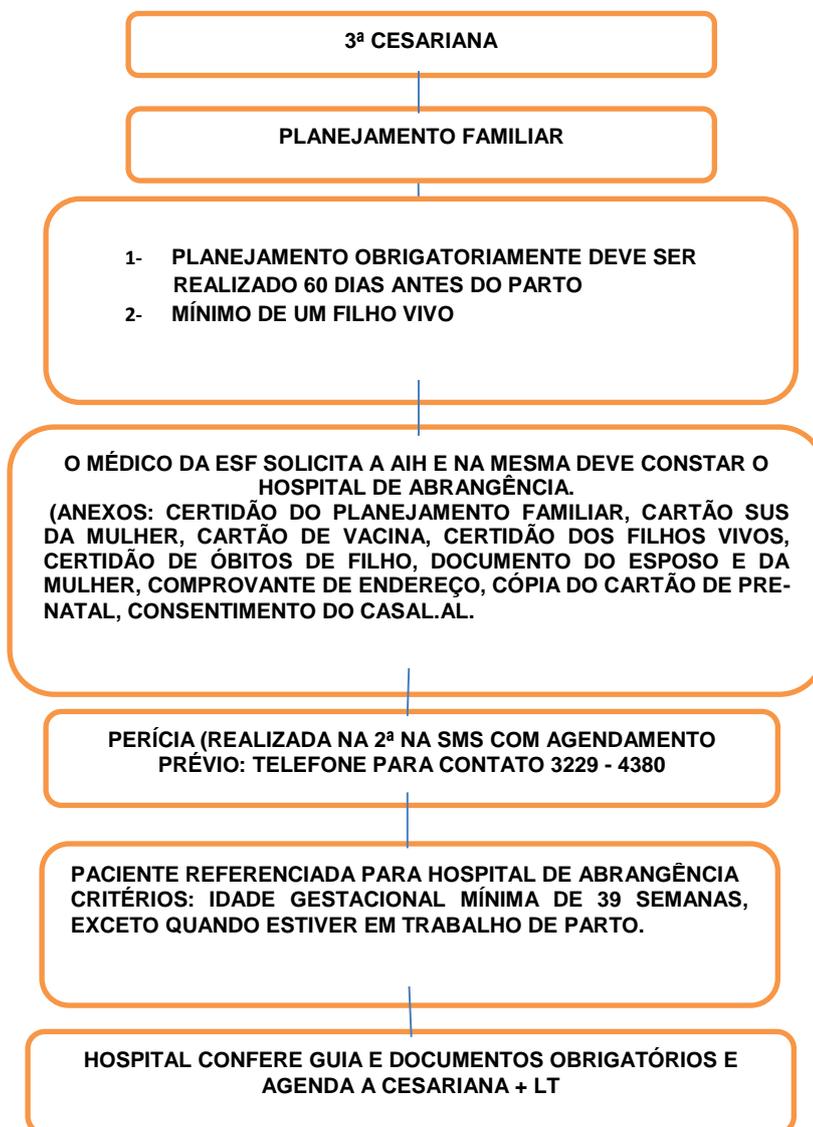
À clientela que optar pelo método cirúrgico deverá receber o certificado na sua consulta individual. A atividade educativa terá validade de 01 ano devendo, portanto, após o vencimento participar novamente do planejamento reprodutivo.

*Orientações Importantes:*

- O certificado e a autorização de esterilização não podem ter quaisquer rasuras e ser legível pois serão criteriosamente conferidos. O certificado pode conter a assinatura / carimbo tanto do profissional enfermeiro quanto o do profissional médico nas duas etapas. Já no documento de autorização de esterilização deverá conter duas assinaturas e carimbo do profissional médico e/ou somente uma assinatura do profissional enfermeiro.
- O planejamento reprodutivo (certificado) deve ter data superior a dois meses e inferior a um ano. A autorização de esterilização deverá ter a assinatura da solicitante e esposo ou companheiro.
- Cópias de documentos necessários: cartão SUS do solicitante; certidão de nascimento de todos os filhos; certidão de casamento (se for o caso) e documentos pessoais do esposo ou companheiro; identidade; comprovante de residência.
- Em casos de gestantes serão necessários além da apresentação dos documentos acima estar entre 38 a 39 semanas de gestação e ter tido dois partos cesarianas anteriormente.

Segue a seguir o Fluxograma de atendimento micro/macrorregional para pacientes de alto e altíssimo risco gestacional caracterizado pela a 3ª cesariana elaborado pela Coordenação Técnica de Saúde da Mulher (2016).

**FLUXOGRAMA 1- FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO MICRO/MACRO REGIONAL PARA PACIENTES DE ALTO E ALTÍSSIMO RISCO GESTACIONAL CARACTERIZADO PELA A 3ª CESARIANA.**



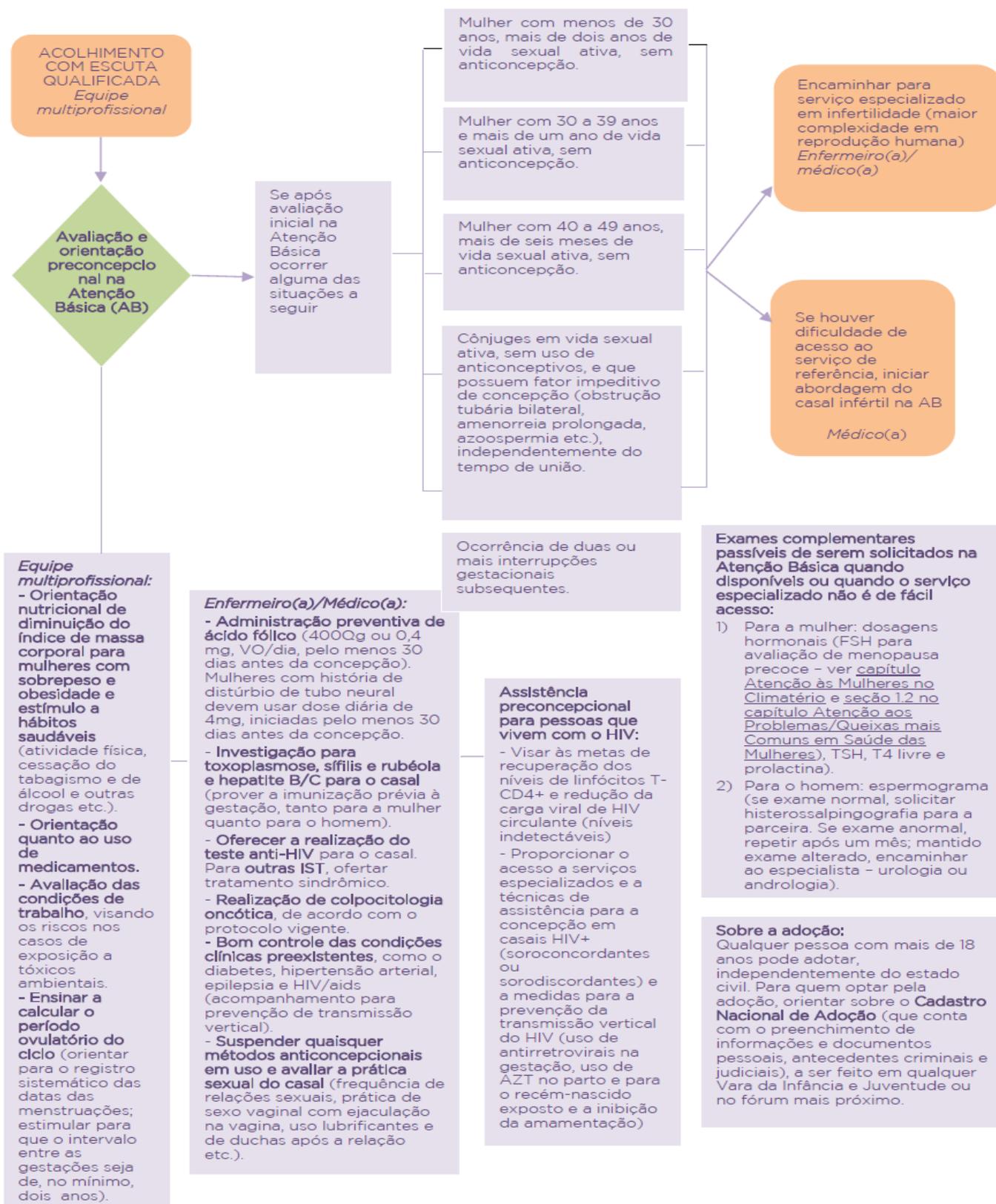
OBS: Fluxo válido para pacientes de alto risco da microrregião Montes Claros/Bocaiúva e altíssimo risco para macrorregião de saúde. Paciente de risco habitual serão atendidas nas referências municipais.

\*Quando a paciente apresentar patologias grave, que coloque em risco a vida da paciente na próxima gestação, terá de realizar laqueadura, desde que, atestado por dois médicos em formulário anexo, sendo um da especialidade da patologia apresentada pela usuária.

### 7.2.8. Abordagem ao casal que planeja auxílio a concepção.

Essa abordagem está sintetizada no Fluxograma 2 presente em Brasil (2016, p.157)

#### FLUXOGRAMA 2- Abordagem ao casal que planeja auxílio a concepção.



## REFERÊNCIAS

- ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n.16, p.39-52, fev. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Sirio Libanês. *Protocolos da Atenção Básica- Saúde das Mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Sirio Libanês. *Protocolos da Atenção Básica- Saúde das Mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p (Série E. Legislação em Saúde)
- COREN. Conselho Regional de Enfermagem. *Guia para elaboração de protocolo assistencial de enfermagem para a atenção básica*. Belo Horizonte: 2012.
- MATTEI DA, TAGLIART MH, MORETTO EFS. O enfermeiro na equipe de saúde da família. *RECENF* v.11, n.3, p. 308-317, 2005.
- MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de assistência à saúde na rede municipal de Montes Claros - atenção básica*. Montes Claros, 2006.
- MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão*. Montes Claros, 2013.
- MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão*. Montes Claros, 2015.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. *Manual técnico: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde*. 2. ed. São Paulo: SMS, 2012. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/Atencao\\_saude\\_mulher2.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/Atencao_saude_mulher2.pdf)>. Acessado em: 09/01/2013.

SOUZA, M.T *et al*. *Revisão integrativa: o que é e como fazer*. *Einstein*. 2010, n.8, p.102-6.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços, tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

FONSECA, Gildete Soares; FERNANDES, Duval Magalhães. Montes Claros espaço de emigração e imigração intermunicipal na microrregião de Montes Claros. Trabalho apresentado no XVI Seminário sobre a Economia Mineira, realizado em Diamantina (Minas Gerais), de 16 a 20 de setembro de 2014. Disponível em: <<http://diamantina.cedeplar.ufmg.br/2014/site/arquivos/montes-claros-espaco-de-emigracao-e-imigracao-intermunicipal-na-microrregiao-de-montes-claros.pdf>> Acesso em: Agosto/2017.

IBGE-CIDADES. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/montes-claros/panorama>> Acesso em: Agosto/2017.

CASTELLO BRANCO, M. L. G. Algumas considerações sobre a identificação das cidades médias. SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão. (org) *Cidades médias: espaços em transição*. São Paulo: Expressão Popular, 2007, p. 89-112.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/](http://www.ibge.gov.br/)> Acesso em: Agosto/2017.

FRANÇA, Iara Soares de. Indicadores sociais e econômicos para uma leitura do processo de fragmentação do espaço urbano e desigualdade social na cidade média de Montes Claros/MG. 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/jairo.nascimento.SMSAU/Downloads/51-100-1-SM.pdf>> Acesso em: Agosto/2017.

SANTOS, Luíz Filipe Rodrigues dos; Santos, Maria Santana Silva; Santos, Thaís Pereira dos; *Desigualdades socioeconômicas em Montes Claros-MG: breves apontamentos*. V Congresso em Desenvolvimento Social, 2016. Disponível em: <[http://www.congressods.com.br/anais/gt\\_02/DESIGUALDADES%20SOCIOECONOMICAS%20EM%20MONTES%20CLAROS.pdf](http://www.congressods.com.br/anais/gt_02/DESIGUALDADES%20SOCIOECONOMICAS%20EM%20MONTES%20CLAROS.pdf)> Acesso em: Setembro/2017.

ADHB - Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em: <[http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/montes-claros\\_mg](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/montes-claros_mg)> Acesso em: Setembro/2017.

PNAD (Pesquisa Nacional : Disponível em:  
<[https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa\\_resultados.php?indicador=1&id\\_pesquisa=149](https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?indicador=1&id_pesquisa=149)> Acesso em: Setembro/2017.