

1. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Ticiane Peixoto Nakae da Silva¹

Adriane Cristina Fernandes²

Bárbara Souza Rocha³

Jackeline Lemes Borges⁴

Laidilce Teles Zatta⁵

Marcela Alvarenga⁶

Mirlene Guedes de Lima⁷

Rosa Brígida Simões Barros⁸

Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem que se vincula a matéria:

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 487/2015. Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade.

Resolução COFEN nº 509/2016. Dispõe sobre a Anotação de Responsabilidade Técnica, pelo serviço de Enfermagem, bem como, as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico.

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente.

Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 625/2020. Altera a Resolução Cofen nº 581, de 11 de julho de 2018, que atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades.

Resolução COFEN nº 689/2022. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cumprimento de prescrições a distância, através de meios eletrônicos.

1. INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde estabelece a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, bem como suas diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e tem a Saúde da Família (SF), como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Primária à Saúde no Brasil (APS) (BRASIL, 2017).

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família, Vigilância Sanitária e Epidemiológica SES/GO.

² Enfermeira. Especialista em Docência Universitária, Secretária Municipal de Saúde de Goiânia.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem/UFG.

⁴ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva, Secretária de Saúde do Estado de Goiás.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Pontifícia Católica de Goiás, Secretária Municipal de Saúde de Goiânia.

⁶ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva, CONASEMS.

⁷ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva, Secretária de Saúde do Distrito Federal.

⁸ Enfermeira. Especialista em Saúde Pública, Secretária Municipal de Saúde de Goiânia.

Na nova PNAB de 2017, a APS é considerada como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

No Brasil, os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, são considerados equivalentes (BRASIL, 2017). Neste protocolo será utilizado o termo Atenção Primária à Saúde (APS).

Ao descrever os tipos de unidades e equipamentos de saúde, o funcionamento, bem como os tipos de equipes na APS, a nova PNAB 2017 caracteriza a SF como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS, por favorecer a reorientação do processo de trabalho com um grande potencial para ampliar a resolutividade em saúde da coletividade (BRASIL, 2017).

É a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

Possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas, e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a SF tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado, e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação com outros pontos da RAS.

Neste sentido, o objetivo deste protocolo é o de instrumentalizar o trabalho desenvolvido pelo Enfermeiro na equipe de Saúde da Família (eSF), a partir das diretrizes e princípios que direcionam este fazer, clareando as atribuições deste profissional, bem como norteando o processo de trabalho a desenvolver.

2. DESENVOLVIMENTO

A estratégia de Saúde da Família está ancorada nos princípios e diretrizes do SUS e da APS, que direcionam os serviços ofertados, bem como o processo de trabalho das equipes (Tabela 01) (BRASIL, 2017):

TEBELA 1. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

PRINCÍPIOS	CONCEITO
Universalidade:	Acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, sendo a porta de entrada preferencial da RAS.
Equidade	Cuidado ao indivíduo, reconhecendo suas diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com suas necessidades.
Integralidade	Conjunto de serviços ofertados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita em todos os níveis de complexidade do sistema.
DIRETRIZES	CONCEITO
Regionalização e Hierarquização	- Regionalização: recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão. - Hierarquização: organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos.
Territorialização e Adscrição	Foco em um território específico, com impacto nos condicionantes e determinantes de saúde das pessoas e coletividade, que constituem aquele espaço.
População Adscrita	População que está no território da UBS, estimulando o vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo continuidade e longitudinalidade, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.
Cuidado Centrado na Pessoa	Ações de cuidado de forma singularizada, capacitando o indivíduo para gerir e tomar decisões sobre sua própria saúde e seu cuidado, de forma mais efetiva.

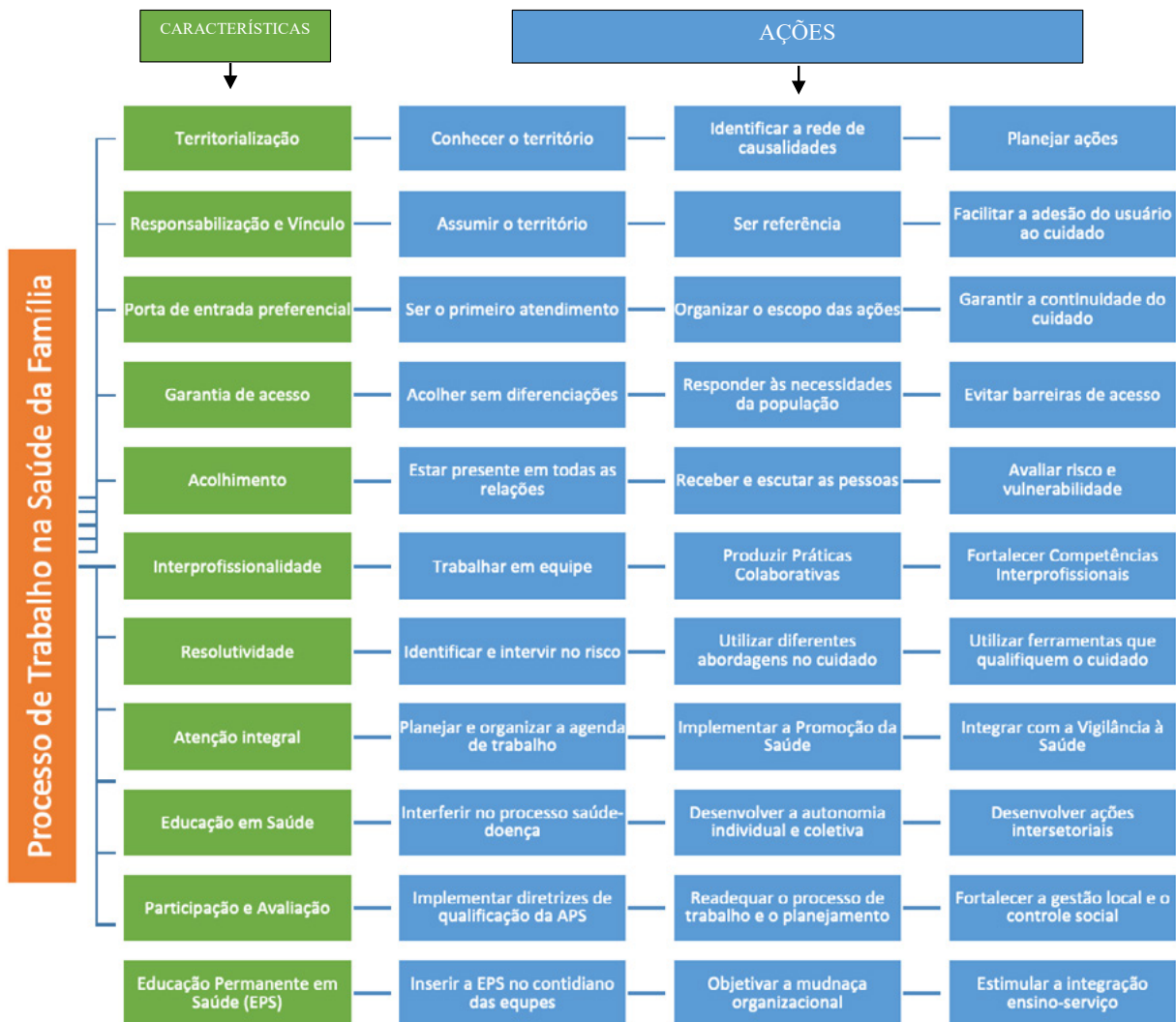
Resolutividade	APS resolutiva, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos de atenção da RAS, quando necessário.
Longitudinalidade do cuidado	Continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo, e de modo permanente e consistente.
Coordenar o cuidado	Elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários.
Ordenar as redes	Reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando essas necessidades em relação aos outros pontos de atenção.
Participação da comunidade	Estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica, e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas, e coletividades do território.

Fonte: BRASIL, 2017

3. PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

A prática dos profissionais de saúde, e especialmente do Enfermeiro, no dia a dia da SF, deve levar em consideração, além dos princípios e diretrizes da APS, a singularidade das pessoas e sua inserção sociocultural, buscando pela atenção integral (BRASIL, 2017). A produção do serviço na SF deve ser caracterizada por (Figura 01).

FIGURA 1. PROCESSOS DE TRABALHO



Fonte: Autores deste protocolo, baseado nas referências consultadas (2022).

4. COMPETÊNCIAS DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

a) Baseado na Consulta de Enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem

O acesso universal, a integralidade e a equidade são princípios do SUS e da RAS, que devem ser operacionalizados na APS, de forma que haja a oferta de serviços de saúde de qualidade e resolutivos, com acolhimento aos usuários e promoção de vinculação, permitindo maior acesso (BRASIL, 2017).

A estruturação de um modelo baseado em acesso avançado, permite melhores possibilidades de escuta e atendimento a todos que procuram a APS, com ampliação do número de atendimentos e redução das solicitações de atendimentos classificados como de urgência (LIMA; CORREIA, 2019).

A partir dessa ampliação de atendimentos, faz-se importante que a equipe de enfermagem, que atua na APS exerça suas atividades de forma sistematizada, uma vez que implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), não se trata de uma opção, mas é uma determinação legal para o exercício da enfermagem, estabelecida pela resolução COFEN 358/2009, a qual determina que o Processo de Enfermagem (PE), deve ser realizado, deliberadamente e sistematicamente, em todos os ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. O PE é composto por cinco etapas: coleta de dados; diagnósticos de enfermagem; planejamento (meta, objetivos e prescrições); implementação e evolução (COFEN, 2009).

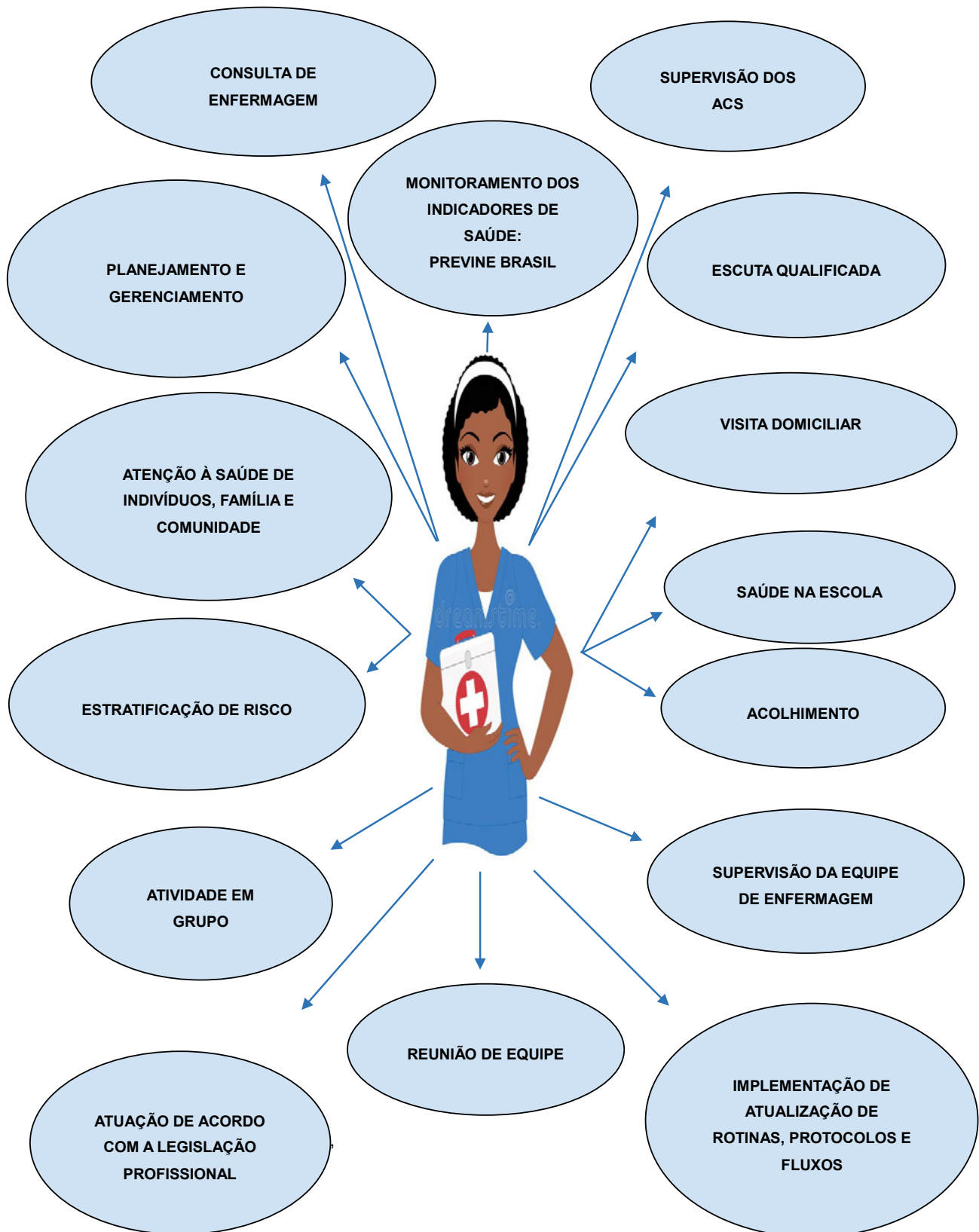
A resolução COFEN nº 358/2009, aborda consulta de enfermagem e processo de enfermagem como sinônimos na APS, e ressalta que o Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem devem participar da execução do PE, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro. Esse fato destaca a importância de toda equipe em compreender os conceitos de SAE e PE, bem como participar de sua realização dentro de sua competência (RIBEIRO; PADOVEZE, 2018).

b) Baseado na Política Nacional da Atenção Primária (PNAB)

As competências profissionais dos enfermeiros se revelam como fundamentais, e permitem mudanças de concepções e práticas de saúde, contribuindo na sua atuação, a partir de conhecimentos sobre a complexidade do cuidar, avanço em direção a integralidade e humanização nos serviços. Entre as principais competências do profissional enfermeiro na equipe de SF, pode-se destacar: atua com liderança; promove educação permanente; exerce profissão com ética; comunica com clareza; gerencia pessoas e recursos materiais; trabalha em equipe; cuida do usuário e toma decisão em saúde (LOPES *et al.*, 2020).

No âmbito da SF (BRASIL, 2017), além de competências, é atribuído ao enfermeiro atividades, como:

FIGURA 2. COMPETÊNCIAS DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA



Fonte: Autores deste protocolo, baseado nas referências consultadas (2022).

Destaca-se ainda as atividades que devem ser desenvolvidas por todos os profissionais da equipe de saúde da família:

a) Territorialização, Mapeamento e Cadastro

A territorialização do SUS significa organizar os serviços de acordo com o território, ou seja, conhecer o território, que é onde a vida acontece e, a partir das suas necessidades, organizar os serviços. Os serviços de saúde devem se adaptar às necessidades da população, e não o contrário (BRASIL, 2016).

O processo de territorialização é um instrumento que contribui para redução de vazios assistenciais, pois a territorialização requer, também, a criação de novos instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento da rede de ações e serviços de saúde no território. Ademais, o processo de territorialização contempla uma lógica de planejamento integrado, compreende as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, respeitando seus limites como unidade indivisível, garantindo o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde.

Já o mapeamento é a representação gráfica do conhecimento da área, um retrato que mostra com clareza os locais onde se encontram os principais problemas de saúde e do meio ambiente. Ao desenhar o mapa, fica representado, no papel, o que existe no território: ruas, casas, prefeitura, escolas, serviços de saúde, feira, comércio, igrejas, correio, posto policial, rios, pontes, córregos e outras coisas importantes (BRASIL, 2012).

O cadastro do cidadão na Atenção Primária à Saúde (APS), compõe uma das ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família (eSF), sendo de responsabilidade de todos os profissionais. Por meio desse cadastro, pode-se obter o reconhecimento da população próxima à equipe e Unidade de Saúde da Família (USF), subsidiando o planejamento das equipes nas ofertas de serviços e o acompanhamento dos indivíduos.

O cadastro é o registro da pessoa no SUS. Na atenção primária, ele serve como identificação de que a pessoa está vinculada e sendo acompanhada na unidade de saúde. Manter todos os dados atualizados, incluindo o endereço e telefones, é muito importante, pois facilita a localização e a busca ativa do cidadão na hora de avisar sobre exames e consultas, situação vacinal ou mesmo na hora de identificar alguma possível doença transmissível.

O Ministério da Saúde (MS), considera, a partir de 2021 como referência para cálculo de cobertura de APS, o quantitativo de população cadastrada pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), e Equipes de Atenção Primária (EAP), financiadas pelo MS em relação à população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para fins de potencial de cadastramento, os municípios podem ser classificados em 5 tipologias: urbano, intermediário adjacente, rural adjacente, intermediário remoto e rural remoto. Essa tipologia é feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e aplicada pelo Ministério da Saúde (MS), para definir os quantitativos de cadastro em potencial para cada equipe por município, conforme seu enquadramento nesta tipologia, como pode ser verificado no quadro abaixo:

QUADRO 1. POTENCIAL DE CADASTRO POR EQUIPE DE ESF CONFORME TIPOLOGIA DO MUNICÍPIO SEGUNDO O IBGE, 2021

TIPOLOGIA IBGE	POTENCIAL DE CADASTRO
Urbano	4.000 pessoas/por eSF
Intermediário adjacente	2.750 pessoas/por eSF
Rural adjacente	
Intermediário remoto	2.000 pessoas/por eSF
Rural remoto	

Fonte: Portaria GM/MS nº 169, de 31 de janeiro de 2020 e Fonte: Portaria nº 2.979/2019 (atualizada pela Portaria nº 2.254/2021) – versão consolidada (PRC 6/2017, título II, Do Custeio da Atenção Primária à Saúde)

Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita visa garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. O território adstrito da equipe é sua unidade de planejamento de ações, que devem ser desenvolvidas com base nas necessidades e nas prioridades da população cadastrada (BRASIL, 2015a).

b) Acolhimento

O acolhimento é uma importante ação no processo de avaliação de risco e vulnerabilidade na APS, e deve acontecer utilizando a classificação de risco e a estratificação de risco, a partir de uma escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na Rede de Atenção à Saúde para um cuidado integral (BRASIL, 2017).

Assim, o serviço de saúde deve organizar-se para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver problemas de saúde, melhorar danos e sofrimentos e/ou responsabilizar-se com a resposta, por mais que ela seja ofertada em outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2015).

Para garantia do acesso, é necessário acolher e resolver os agravos de maior incidência no território, e não apenas as ações programáticas, garantindo um amplo escopo de ofertas nas unidades, de modo a concentrar recursos e maximizar ofertas (BRASIL, 2017).

O acolhimento à demanda espontânea na APS pode se constituir como:

- a. Mecanismo de ampliação/facilitação do acesso - a equipe deve atender todos(as) as pessoas que chegarem na USF, conforme sua necessidade, e não apenas determinados grupos populacionais, ou agravos mais prevalentes e/ou fragmentados por ciclo de vida. Dessa forma, a ampliação do acesso ocorre também contemplando a agenda programada e a demanda espontânea, abordando as situações conforme suas especificidades, dinâmicas e tempo.
- b. Postura, atitude e tecnologia do cuidado - se estabelece nas relações entre as pessoas e os trabalhadores, nos modos de escuta, na maneira de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos (sensibilidade do trabalhador, posicionamento ético situacional), podendo facilitar a continuidade do cuidado, ou facilitando o acesso, sobretudo, para aqueles que procuram a USF fora das consultas ou atividades agendadas.
- c. Dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe - a implantação do acolhimento pode provocar mudanças no modo de organização das equipes, relação entre trabalho-

res e modo de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado, nem é possível encaminhar todas as pessoas ao médico. Aliás, o acolhimento não deve se restringir à triagem clínica. Organizar a partir do acolhimento exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população e território. Para isso, é importante que a equipe defina quais profissionais vão receber o usuário que chega; como vai avaliar o risco e vulnerabilidade; fluxos e protocolos para encaminhamento; como organizar a agenda dos profissionais para o cuidado; etc. (BRASIL, 2017).

Este acolhimento pode ocorrer de diversas formas:

- Acolhimento pela equipe de referência do usuário;
- Equipe de acolhimento do dia;
- Acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de Acolhimento do dia);
- Acolhimento coletivo.

c) Visita domiciliar

As Visitas Domiciliares é umas das atribuições e responsabilidade da equipe da ESF, de acordo com critérios epidemiológicos e estratificação de risco da população adscrita. Compete aos enfermeiros conhecer melhor o contexto social e identificar as necessidades de saúde das famílias atendidas por esses profissionais, permitindo uma maior aproximação, com os determinantes do processo saúde-doença, auxiliando ações de intervenção, objetivando à prevenção de doenças e promoção da saúde da coletividade (GOMES et al, 2021).

Para ser bem realizada, o enfermeiro e a equipe devem planejar para que as atividades executadas tenham como propósito o atendimento humanizado e assistência integral, com o objetivo de ampliação da autonomia e melhora do autocuidado indivíduo/família. A proposta de plano singular de cuidado deve ser construída, conforme necessidades identificadas e recursos disponibilizados pela família e comunidade (BRASIL, 2009).

A visita domiciliar do enfermeiro é, portanto, uma importante tecnologia de interação no cuidado individual e familiar, garantindo uma melhor assistência de enfermagem a partir da compreensão da dinâmica das relações existentes na comunidade, no território, das características sociodemográficas, culturais e do perfil epidemiológico da população adscrita (BRASIL, 2015a).

d) Reunião de equipe

A reunião de equipe é um dispositivo de estruturação e organização do processo de trabalho da equipe SF. Uma atribuição comum a todos os componentes, cujo objetivo é realizar o planejamento e a avaliação das ações da equipe, utilizando os dados disponíveis para organização do serviço e da assistência integral à população adscrita. Cabe ao enfermeiro, nesse momento, promover a gestão do cuidado, contribuir com a definição de atribuições específicas e do grupo; facilitar o compartilhamento de conhecimentos e informações; realizar e ou contribuir com a formação e o treinamento de pessoal auxiliar, voluntários e estagiários de outros serviços, preparando-os para identificar os principais problemas biológicos, mentais e sociais da comunidade. (BRASIL, 2017).

e) Educação Permanente

A Educação Permanente em Saúde (EPS), é entendida como a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho,

baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde. Nesse contexto, é importante destacar que a EPS deve ser (BRASIL, 2017):

1. Institucionalizada: no cotidiano das equipes, com espaço garantido na carga horária e contemplar a qualificação de todos da equipe, em como os gestores;
2. Uma função gerencial: reformulando o modo de fazer, coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde;
3. Campo para a formação em saúde, fortalecendo a integração ensino-serviço;
4. Complementar: desenvolvendo reflexões, conhecimentos, habilidades e atitudes específicas, como estratégia de qualificação da APS.

O Enfermeiro na SF deve garantir o desenvolvimento da EPS para os profissionais/trabalhadores sob sua supervisão direta (ACS e equipe de enfermagem), bem como atuar na garantia da qualificação de toda equipe.

f) Estimular a participação do usuário

A Participação Social no SUS é regulamentada pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, como diretriz norteadora do sistema de saúde e, ainda como instância de Controle Social. As instâncias regulamentadas são os Conselhos de Saúde, que podem ser Nacional, Estadual, Municipal e Local, caracterizadas por serem permanentes, deliberativas e colegiadas. E as Conferências de Saúde, que também são instâncias permanentes e colegiadas, porém funcionam como consultivas e norteadoras das políticas públicas.

Sabendo que estas instâncias, entendidas como colegiadas, possuem em sua constituição a paridade na distribuição da participação, sendo dos usuários 50% das cadeiras e dos trabalhadores (25%), gestores/prestadores (25%), os outros 50% da parcela. Cabe ao Enfermeiro da SF participar ativamente do controle social no SUS, bem como estimular a participação dos usuários para que as necessidades em saúde do território sejam ouvidas e inseridas nas pautas da gestão do serviço de saúde.

5. COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Para Starfield (2002), a coordenação é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum, e a essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores, e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às disponibilidades. Isso não é comum nos sistemas de atenção à saúde.

A coordenação da atenção à saúde diferencia-se de outro conceito que lhe é próximo, o de continuidade da atenção que expressa o resultado de uma atenção coordenada, mas na perspectiva das pessoas usuárias (REID *et al.*, 2002).

A coordenação do cuidado trata-se da prestação de serviços sequenciais e complementares, conforme um plano de cuidado compartilhado por diferentes profissionais de saúde, como o matriciamento entre profissionais, a elaboração, acompanhamento e geração de projetos terapêuticos singulares, a elaboração de protocolos e linhas guias para a organização dos fluxos assistenciais entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Para que seja implementada, a coordenação do cuidado é necessária a incorporação de ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera para consultas

especializadas, procedimentos e exames, prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, entre outros (ALMEIDA *et al.*, 2018).

A Equipe de APS deve compreender a gestão do cuidado, como a sistematização da atenção ao indivíduo e a familiares, com o intuito de assegurar uma assistência integral, resolutiva e contínua. A equipe deve atuar como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários, em qualquer um deles, por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral (BRASIL, 2015a).

6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Equipes de SF que trabalham orientadas em informação, trazem mais eficiência e garantia de melhores resultados na saúde da população. O monitoramento intensivo dos programas pode agregar valor e melhorar a eficiência na prestação de serviços, possibilitando o uso de dados para planejar as ações e tomar decisões locais (SELLERA, 2020).

O MS apresentou diversos sistemas para desenvolver, reestruturar e garantir a integração das informações, tais como o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que moderniza a plataforma tecnológica, por meio do software e-SUS AB (BRASIL, 2013). Esse é composto pelo Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB), e seus instrumentos de coleta de dados e pelo sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-AB), atendendo a diversos cenários de informatização e conectividade. A Portaria Nº 2.979 de 2019 define a mudança do financiamento da APS, compreendendo um modelo misto de financiamento, onde será avaliado por capitação ponderada (cadastro dos usuários atendidos), indicadores por desempenho (sendo sete indicadores para 2022) e ações estratégicas (refletem na melhoria do cuidado na APS e na rede de atenção).

É importante ressaltar que o enfermeiro tem papel fundamental no alcance das metas dos indicadores de desempenho, estabelecidas pelo MS, para o repasse dos recursos financeiros, visto que, é principalmente durante a atenção ao cuidado, na consulta de enfermagem que as informações são coletadas e inseridas no sistema, conforme Manual do e-SUS. São eles:

Indicador 1: Proporção de gestantes, com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação;

Indicador 2: Proporção de gestantes, com realização de exames para sífilis e HIV;

Indicador 3: Proporção de gestantes, com atendimento odontológico realizado;

Indicador 4: Cobertura de exame citopatológico;

Indicador 5: Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente;

Indicador 6: Proporção de pessoas hipertensas, com consulta e Pressão Arterial aferida no semestre;

Indicador 7: Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e solicitação de hemoglobina glicada no semestre.

Nas ações estratégicas estão contemplados processo de avaliação da APS, onde indicadores glo-

bais de avaliação da qualidade assistencial e experiência do paciente, com reconhecimento e validação internacional e nacional, como o Primary Care Assessment Tool (PCATool – Instrumento de Avaliação da Atenção Primária), o Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9 – Questionário de Avaliação da Relação Médico-Paciente) e o Net Promoter Score (NPS – Escala de Satisfação do Usuário).

Outro avanço do SISAB é contemplar o registro das informações produzidas pelas seguintes equipes: Produção da Equipe Multiprofissional, Consultório na Rua (eCR), Atenção Domiciliar (AD), polos de Academia da Saúde, assim como as ações das equipes participantes do Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2013).

7. REDE DE APOIO À SF

Para Mendes (2009), as redes de atenção à saúde (RAS) seriam organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitária e econômica, e gerando valor para a população. E onde os pontos de atenção passam a ser entendidos como espaços em que são ofertados alguns serviços de saúde, sendo todos igualmente importantes para o cumprimento dos objetivos da RAS.

Todo o processo de construção desse modelo de saúde exige uma prática ampliada, crítica e reflexiva, juntamente com a inserção de novos saberes e fazeres no âmbito da saúde coletiva.

Nessa rede de cuidados, os diferentes níveis de assistência devem ser executados por equipes multidisciplinares (ESF, NASF, assistência domiciliar e/ou outros setores dos serviços de saúde), de forma integrada e articulada com outros níveis de complexidade.

Para isso, faz-se necessário a composição multiprofissional das equipes de saúde como apoio dentro dos territórios, pois os problemas de saúde, muitas vezes, são multicausais e complexos, e necessitam de diferentes olhares profissionais para o devido manejo. Porém, mais do que a multiprofissionalidade, a ação interdisciplinar dessas equipes deve ser um objetivo a ser estabelecido, de modo a garantir o compartilhamento e a corresponsabilização da prática de saúde entre os membros da equipe.

As equipes multiprofissionais interdisciplinares na APS podem fazer parte da rede de apoio da APS segundo alguns princípios:

1. Acompanhamento das pessoas e de suas famílias, com base em suas necessidades;
2. Atenção integral, acessível e equitativa;
3. Continuidade da atenção;
4. Comunicação aberta e honesta;
5. Reflexão ética das atitudes;
6. Participação delas e da sua família na tomada de decisões;
7. Competência e desenvolvimento profissional continuado, para poder responder adequadamente às necessidades das pessoas e das famílias;

8) Atuações terapêuticas baseadas nas melhores evidências disponíveis.

Um dispositivo que a SF pode ter para potencializar o cuidado multiprofissional ofertado são as equipes multiprofissionais ou os Núcleos Ampliados de Apoio a Saúde da Família (NASF-AB), que fazem parte da APS, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pela estratégia SF). Eles foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS, bem como sua resolubilidade (BRASIL, 2012). As equipes de NASF, a partir da Portaria Nº 2.979 de 2019, que mudou a forma de financiamento da APS, deixando de receber recurso específico, dessa forma muitos municípios deixaram de trabalhar com essa composição de equipe.

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

Dessa forma, é necessário que haja uma interdisciplinaridade na construção da equipe de saúde para que ela seja uma verdadeira unidade produtora de serviços, com uma atuação multiprofissional e multifuncional. As responsabilidades específicas de cada profissional devem estar voltadas para os objetivos comuns da equipe, e sua prática deve ser motivada pela eficácia, pela efetividade e pela eficiência do trabalho.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gestão da Atenção Básica. Gestão do Processo de Trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. A importância da territorialização. Rede HumanizaSUS. Brasília: 2016. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/94416-a-importancia-da-territorializacao/>. Acesso em: 7 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. (Série Legislação Federal Copilada). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_usuarios_servicos_acoes_saude_brasil.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gestão da Atenção Básica. Equipe da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MT11MA>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/>

pt-br/composicao/conjur/biblioteca-eletronica/livros/livro_implantao-das-redes-de-atencao-a-saude-e-outras-estrategias-da-sas-2014.pdf/view

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. E-SUS. Atenção Básica: sistema com coleta de dados simplificada - CDS: Manual para preenchimento das fichas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTMwNA>

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas Instituições de Saúde Brasileiras [Internet]. Brasília: COFEN; 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 30 mar. 2022.

GOMES *et al.* A visita domiciliar como ferramenta promotora de cuidado na Estratégia Saúde da Família. Research, Society and Development, v. 10, n. 2, e40010212616, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/gusta/Downloads/12616-Article-167339-1-10-20210220.pdf>. Acesso em: 03 de mai. 2022

LIMA, R.S.; CORREIA, I.B. Reorganização da agenda e do modelo de acesso em Unidade de Saúde da Família 24 horas: relato de experiência. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v.14, n.41, 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2021>

LOPES, O.C.A.; HENRIQUES, S.H.; SOARES, M.I.; *et al.* Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v.24, n.2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zB5Npy99wyPDGX4jXzdNDYp/?lang=pt&format=pdf>.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, MG: ESP, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A importância da territorialização. Rede HumanizaSUS. Brasília: 2016. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/94416-a-importancia-da-territorializacao/>. Acesso em: 7 abr. 2022.

RIBEIRO, G.C.; PADOVEZE, M.C. Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade básica de saúde: percepção da equipe de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.52, e03375, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/qZL5hLGY7zzgmvrgeF9GvmJ/?format=pdf&lang=pt>.

SELLERA, Paulo Eduardo Guedes *et al.* Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 25, n. 4 [Acessado 3 Maio 2022], pp. 1401-1412. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.36942019>.

STARFIELD B. Atenção primária: o equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/p.253.pdf>.