



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANA PATRÍCIA ARAÚJO TAVEIRA SILVA

UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS NAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS NA ATENÇÃO
BÁSICA: ANÁLISE A PARTIR DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

CAMPINA GRANDE – PB

2016

ANA PATRÍCIA ARAUJO TAVEIRA SILVA

**UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS NAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS NA ATENÇÃO
BÁSICA: ANÁLISE A PARTIR DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E
DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Claudia Santos Martiniano Sousa

CAMPINA GRANDE – PB

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586u Silva, Ana Patrícia Araujo Taveira.

Utilização de protocolos nas ações programáticas na atenção básica [manuscrito] : análise a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica / Ana Patrícia Araujo Taveira Silva. - 2016.

35 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.

"Orientação: Profa. Dra. Claudia Santos Martiniano Sousa, Departamento de Enfermagem".

1. Atenção Primária a Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Protocolos. 4. Enfermagem. I. Título.

21. ed. CDD 610.73

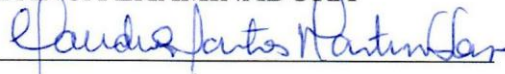
ANA PATRÍCIA ARAÚJO TAVEIRA SILVA

**UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS NAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS NA ATENÇÃO
BÁSICA: ANÁLISE A PARTIR DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E
DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

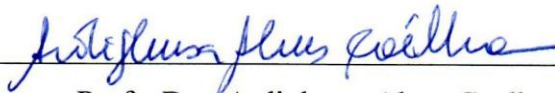
Aprovada em: 24/11/2016

BANCA EXAMINADORA



Profª. Dra. Cláudia Santos Martiniano Sousa (Orientadora)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª. Dra. Ardigleusa Alves Coelho

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Francisco de Sales Clementino

Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Dedicatória

*A DEUS por ter me concedido
chegar até aqui e poder vivenciar
esse momento tão importante na
minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me ter concedido a vida e por ter mim trazido ate aqui, pois sem Ele não teria conseguido.

A minha família por ter me aconselhado e me apoiado nas minhas escolhas. Ao meu esposo, Clemilson, que esteve sempre ao meu lado me apoiando, me ajudando no possível e por ter muita paciência durante a minha caminhada.

Aos meus amigos que estiveram sempre ao meu lado quando precisei.

Agradeço as mestrandas TáciThamiresde Melo Santose Wezila Gonçalves do Nascimento por ter me ajudado muito na conclusão do trabalho.

E em especial a professora Dra. Claudia Santos Martiniano Sousa pela orientação, dedicação e paciência.

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 07 |
| 2. METODOLOGIA..... | 10 |
| 3. RESULTADO E DISCUSSÃO..... | 12 |
| 4. CONCLUSÃO..... | 27 |
| 5. REFERÊNCIAS..... | 29 |

UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS NAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE A PARTIR DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

Ana Patrícia Araújo Taveira Silva¹

RESUMO

Na Atenção Primária a Saúde (APS) é a porta de entrada prioritária para os usuários terem acesso aos primeiros atendimentos essenciais nas Unidades Básicas de Saúde. Já ações dos profissionais devem ser guiadas por protocolos que contêm descrição específica e situações assistências para ajudar na condução de tomadas de decisão para prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos usuários. O objetivo desse estudo é determinar a prevalência da utilização dos protocolos nas ações programáticas entre as equipes de Atenção básica no Brasil. Estudo descritivo de corte transversal, que se utiliza de dados do banco da Avaliação Externado Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), por ocasião do 2º Ciclo, ocorrido em 2013. Como resultado, destacou-se com a participação do enfermeiro como respondente majoritário sobre o processo de trabalho das equipes analisadas. Em todas as regiões os protocolos com diretrizes terapêuticas para acolhimento de demanda espontânea para binômio mãe-filho foram os mais utilizados pelas equipes. Em relação ao uso de protocolos com diretrizes terapêuticas para traumas e acidentes, considerando todas as regiões foi o que teve o menor percentual (36,6%). A maior utilização de protocolos para dengue foi verificada na região Sudeste (69,5%) na região Sudeste. Em relação à utilização por parte das equipes de protocolos para estratificação de riscos para câncer de colo de útero e câncer de mama tem um índice (70%) entre as regiões Sudeste e Norte. Já a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase e acompanhamento para crianças menores de dois anos tiveram um índice elevado em todas as regiões. O maior percentual de profissionais que não utilizam os protocolos para estratificação de risco está na região Norte (39,4%) e o menor na região Sudeste (12,7%). Em relação ao uso de protocolos para álcool e drogas tem-se o percentual (43%) na região Sudeste. No tocante se há programação de agenda da equipe de acordo com risco e classificação, as variáveis gestante, criança até dois anos, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, o índice é elevado em todas as regiões, enquanto Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica/Asma, obesidade e transtorno mental o percentual de utilização é bem baixo. Conclui-se que é necessário pontuar e avaliar as principais dificuldades encontradas no uso dos protocolos e estratificação de risco nas respectivas regiões; e desenvolver treinamentos com as equipes da Estratégia Saúde da Família para mostrar o quanto é facilitador desenvolver a assistência com o uso dos protocolos.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde. Avaliação em Saúde. Protocolos.

¹ Aluna de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I. E-mail: patytaveirapc@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

O termo Atenção Primária à Saúde (APS) foi descrito pela primeira vez no Relatório Dalson em 1920 para designar a idéia de um serviço geograficamente referenciado a partir do qual se organizaria a rede de serviços por nível de complexidade. Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, na antiga União Soviética, reconhece a APS como o primeiro nível de cuidados essenciais postos ao alcance da população (LAVRAS, 2011).

Internacionalmente a APS é atualmente reconhecida como um dos principais pontos de oferta da rede de serviços de saúde, dado o seu impacto na qualidade do acesso, melhoria no cuidado e capacidade de impulsionar o fluxo de usuários dentro do sistema de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). No entanto, a adoção da APS não se deu de forma igual em todos os países. Em alguns países, como aponta Connil (2008). A oferta de serviços da APS é focalizada, destinada a população de baixa renda, com serviços reduzidos que não chegam a se interrelacionar com outros serviços mais especializados. Nos países europeus e no Canadá, a APS possui características como um serviço clínico de boa qualidade e a ordenação do cuidado e da rede de serviços de maior de maior complexidade (LAVRAS, 2011)

No Brasil várias tentativas de organizar a APS foram conduzidas. Desde a implantação dos Centros de Saúde Escola, na década de 1920, às propostas de Ações Integradas de Saúde (AIS) e Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) nos anos de 1980 (LAVRAS, 2011).

A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) reconhecendo a saúde como direito universal a toda população impulsionou a organização do sistema de saúde pautado em novo modelo assistencial. Para Oliveira e Pereira(2013), no Brasil, a adoção da denominação de Atenção Básica (AB) em lugar de APS, como na maioria dos países, objetivou contestar a APS seletiva e reafirmar a universalização e integralização da saúde. Atualmente o Decreto 7.508/2011 que regulamenta a lei 8080/90 não utiliza mais a terminologia atenção básica e sim atenção primária (BRASIL, 2011).

A partir da reorganização da APS, os profissionais de saúde que a compõe a equipe mínima – médico, enfermeiro e Agentes Comunitários de Saúde passam a atuar de modo a buscar a qualidade de vida à população. Para normatizar o trabalho das equipes, o Ministério da Saúde(MS) vem adotando protocolos assistenciais para orientar as ações profissionais em áreas estratégicas (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2011).

Os protocolos são criados para que os profissionais possam exercer suas funções de acordo com a regulamentação do seu exercício profissional. Isso faz com que a profissão seja normatizada e apoiada ao exercerem suas funções, garantido uma boa qualidade dos serviços prestados. Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) os protocolos visa reorganizar o processo de trabalho, de modo a permitir que a equipe possa trocar conhecimentos entre si, possibilitando uma visão ampla do usuário ou população oferecendo uma assistência mais adequada (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2011).

Na literatura são encontrados vários estudos que classificam os protocolos como: assistenciais, protocolos de atenção, de cuidados, de acompanhamento e avaliação, protocolos de organização a atenção entre tantas outras designações. De modo mais simples eles podem ser classificados em: protocolos clínicos e protocolos de organização de serviços, sendo os primeiros orientadores da prática clínica do profissional de saúde e o segundo mais voltado à organização do processo de trabalho das equipes (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Embora os protocolos estejam apoiados na medicina baseada em evidências, há opiniões controversas sobre eles. Para Pimenta et. al. (2015) as vantagens no uso de protocolos na assistência em enfermagem são: garantem maior segurança aos profissionais e usuários; uniformização da tomada de decisão clínica; uso de tecnologia atualizada remetendo à inovação do cuidado; melhor distribuição dos recursos existentes; permitem o monitoramento do processo de trabalho por meio de indicadores, entre outros.

As desvantagens no uso dos protocolos também são citados por Pimenta et. al. (2015) tais como: o não cumprimento das recomendações de se formular novos protocolos ou o não conhecimento do que é considerado evidência científica.

No Brasil a APS adota a utilização de protocolos para situações/agravos de saúde, entre eles estão: Atenção às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), Pré-natal, hipertensão, diabetes, doenças sexualmente transmissíveis e Aids, tuberculose, hanseníase, saúde mental, álcool e outras drogas, entre outros (MARTINIANO, 2015)

A implantação dos protocolos utilizados na APS encontra algumas dificuldades Daher, Barreto e Carvalho (2013), ao investigarem o uso de protocolos sobre a dengue no atendimento por enfermeiros, revelaram que, embora os profissionais em sua graduação são capacitados para realizar o acolhimento, classificar o paciente de acordo com grau de risco, e principalmente fazer a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em todos os procedimentos do cuidar, a pesquisa apontou que eles sentem dificuldades sem aplicar a sistematização e desenvolver os protocolos juntos alegando falta de tempo, outros citam que esquecem de utilizar os protocolos.

Outra dificuldade apontada por Rodrigues; Nascimento e Araújo (2011) ao analisar a assistência pré-natal por enfermeiros, afirmam que os profissionais alegam que recebem os protocolos para utilizarem, porém não recebem nenhum tipo de treinamento. Outra dificuldade apontada foi à falta de tempo aliada a grande demanda da população.

O trabalho realizado pelas equipes de atenção básica vem sendo o foco de avaliações sistemáticas realizado pelo Ministério da Saúde. O Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB) foi implantado desde 2011 pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS 1.654 de 19 de julho. Com o intuito de avaliar o acesso da população aos serviços, melhorando a qualidade do trabalho, melhorando a atenção, além do incentivo financeiro para os trabalhadores da AB. As equipes de saúde são inseridas nesse programa por meio da adesão das próprias equipes de saúde, que se submetem a avaliação do processo de trabalho. De acordo com seu desempenho recebem um certificado dando aptidão para receber recursos financeiros (TOMASI et. al., 2015).

O PMAQ foi desenvolvido em quatro fases distintas. A primeira fase foi a adesão e contrato das equipes que aderiram ao programa firmando o compromisso junto ao Ministério da Saúde e os gestores dos municípios. A segunda fase é do desenvolvimento onde foi elaborado um acervo de ações delineadas pelas equipes da AB e pelas administrações do município e estado juntamente com Ministério da Saúde com o objetivo de incrementar os movimentos de mudanças dos cuidados e dos que organizam esse cuidado para melhoria do acesso com uma boa qualidade da AB (BRASIL, 2013).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde a terceira fase do PMAQ, consiste na avaliação externa, em que se realizará um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da atenção básica participantes do programa. Por sua vez a quarta fase do PMAQ é a nova contratualização, é um processo que ocorre depois que as equipes da AB recebem certificação, é avaliado seus desempenhos e um novo contrato de indicadores e compromissos é realizada finalizando o ciclo esperado pelo programa.

Considerando que os protocolos são instrumentos essenciais para garantir a segurança da assistência ao usuário e nortear as ações dos profissionais, formula-se a seguinte questão de pesquisa: as equipes da Estratégia Saúde da Família estão utilizando os protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde para orientar as suas práticas?

Diante disto o objetivo da pesquisa foi identificar a utilização da utilização dos protocolos nas ações programáticas em nível nacional.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, que utiliza dados oriundos do banco de dados da fase de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) realizada no Brasil, 2013.

A adesão ao ciclo 2 do PMAQ foi de 38.396 Equipes de Atenção Básica (EAB) (BRASIL, 2013a) e apenas 29.778 realizaram avaliação externa, distribuídas nos 5.211 (95,5%) do total dos municípios. Para esses tudo foram recrutadas 29.778 equipes.

A população do estudo foi constituída de profissionais vinculados à equipe de Atenção Básica com adesão ao PMAQ, sendo eles médicos, enfermeiros e dentistas. A amostra foi constituída por profissional das equipes, sendo selecionado um profissional que agregasse o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe (entre médicos, enfermeiros e dentistas), determinados previamente pelo conjunto dos profissionais de cada equipe para participar a avaliação externa na qualidade de respondente, perfazendo um total de 29.778 profissionais.

Os dados primários foram coletados através de um questionário contendo perguntas fechadas disponibilizados em *tablets*, aplicados por entrevistadores submetidos a treinamento e sob supervisão. Os questionários eram enviados *on-line* ao sistema do Ministério da Saúde, acessados e validados pelas Instituições de Ensino Superior (IES) segundo um protocolo de análise da consistência e validação dos dados coletados através do *soft* Validador *on-line* do PMAQ-AB (VALENTIM, et. al., 2013). Para análise dos dados, nesse estudo, foi incluída a caracterização dos respondentes e duas dimensões do questionário Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde da Avaliação Externa do PMAQ-AB 2º ciclo. (BRASIL, 2013b).

No Quadro 1 estão descritas as variáveis selecionadas por dimensão e suas características.

Quadro 1 – Definição, categorias/descrição do agrupamento e origem das variáveis selecionadas para o estudo, Brasil, 2013.

| Variável | Definição | Categorias/Descrição do agrupamento | Origem |
|--|---|--|---------------|
| DIMENSÃO CARACTERIZAÇÃO | | | |
| V1 | Profissão | 1 – Médico 2 – Enfermeiro 3 – Cirurgião Dentista | II.3.3 |
| DIMENSÃO - Acolhimento à Demanda Espontânea | | | II.12 |
| V2 | A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para quais situações? | | ET II.12.7 |
| V2.1 | Queixas mais frequentes no idoso | 1 – Sim | II.12.7.1 |

| | | | |
|----------------------------------|--|---|--------------------|
| | | 2 - Não 998 – não se aplica | |
| V2.2 | Problemas respiratórios | 1 – Sim 2 - Não 998 – não se aplica | II.12.7.2 |
| V2.3 | Queixas mais frequentes no adulto | 1 – Sim 2 - Não 998 – não se aplica | II.12.7.3 |
| V2.4 | Queixas mais frequentes na criança | 1 – Sim 2 - Não 998 – não se aplica | II.12.7.4. |
| V2.5 | Problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico | 1 – Sim 2 - Não 998 – não se aplica | II.12.7.5 |
| V2.6 | Traumas e acidentes | 1 – Sim 2 - Não 998 – não se aplica | II.12.7.6 |
| V2.7 | Captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação | 1 – Sim 2 - Não 998 – não se aplica | II.12.7.7 |
| V2.8 | Dengue | 1 – Sim 2 - Não 998 – não se aplica | II.12.7.8 |
| V2.9 | Outros | 1 – Sim 2 - Não 998 – não se aplica | II.12.7.9 |
| V2.10 | Não possui protocolos de atendimento à demanda espontânea | 1 – Sim 2 - Não 998 – não se aplica | II.12.7.10 |
| DIMENSÃO- Atenção à Saúde | | | II.14 |
| V3 | A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para quais situações? | | G - II.14.4 |
| V3.1 | Câncer do colo do útero | 1 – Sim 2 - Não | II.14.4.1 |
| V3.2 | Câncer de mama | 1 – Sim 2 - Não | II.14.4.2 |
| V3.3 | Pré-natal | 1 – Sim 2 - Não | II.14.4.3 |
| V3.4 | Crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento) | 1 – Sim 2 - Não | II.14.4.4 |
| V3.5 | Hipertensão arterial sistêmica | 1 – Sim 2 - Não | II.14.4.5 |
| V3.6 | Diabetes mellitus | 1 – Sim 2 - Não | II.14.4.6 |
| V3.7 | Tuberculose | 1 – Sim 2 - Não | II.14.4.7 |
| V3.8 | Hanseníase | 1 – Sim 2 - Não | II.14.4.8 |
| V3.9 | Saúde mental | 1 – Sim 2 - Não | II.14.4.9 |
| V3.10 | DPOC/Asma | 1 – Sim 2 - Não | II.14.4.10 |
| V3.11 | Álcool e drogas | 1 – Sim 2 - Não | II.14.4.11 |
| V3.12 | Outro(s) | 1 – Sim 2 - Não | II.14.4.12 |
| V4 | A programação da agenda da equipe esta de acordo com o risco classificado, para quais situações? | | II.14.5 |
| V4.1 | Gestantes | 1 – Sim 2 - Não | II.14.5.1 |

| | | | |
|------|--------------------------------|--------------------|-----------|
| V4.2 | Hipertensão arterial sistêmica | 1 – Sim 2 - Não | II.14.5.2 |
| V4.3 | Diabetes mellitus | 1 – Sim 2 - Não | II.14.5.3 |
| V4.4 | DPOC/Asma | 1 – Sim 2 - Não | II.14.5.4 |
| V4.5 | Obesidade | 1 – Sim 2 - Não | II.14.5.5 |
| V4.6 | Transtorno mental | 1 – Sim 2 - Não | II.14.5.6 |
| V4.7 | Crianças até dois anos | 1 – Sim 2 - Não | II.14.5.7 |
| V4.8 | Outro(s) | 1 – Sim 2 - Não | II.14.5.8 |
| V4.9 | Não utiliza protocolos | 1 – Sim 2 - Não | II.14.5.9 |

Fonte: Instrumento de Avaliação Externa, PMAQ-AB, 2013.

Realizou-se análise descritiva das variáveis por regiões geopolíticas do Brasil. A identificação de utilização de protocolo na atenção primária por regiões geopolíticas foi medido utilizando-se a dimensão do instrumento do PMAQ acolhimento à demanda espontânea e atenção a saúde através do *software StatisticalPackage for Social Sciences* (SPSS Inc, Chicago, Estados Unidos, versão 21).

As variáveis foram dicotomizadas em sim e não, em seguida foi realizado o somatório das respostas para cada item, dividindo pelo total da amostra. Recorreu-se ao teste qui-quadrado de proporções para verificar diferenças entre as regiões geopolíticas no que tange às dimensões analisadas. Na aplicação do teste estatístico, fixou-se o alpha em 5% ($\alpha = 0,05$).

O projeto multicêntrico que gerou o banco de dados foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o número 21904, em 13 de março de 2012, e seguiu as recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os profissionais que participaram da avaliação externa na qualidade de respondente destacou-se a participação majoritária do enfermeiro sobre o processo de trabalho das equipes analisadas.

Tabela 1– Caracterização da amostra por região, PMAQ, Brasil, 2013.

| | | Regiões Brasileiras | | | | | Total | |
|------------------|-------------------------------------|---------------------|----------|---------|------|--------------|-------|-------|
| | | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste | | |
| Profissão | Médico | N | 179 | 350 | 734 | 302 | 121 | 1686 |
| | | % | 8,3 | 3,3 | 7,2 | 6,7 | 5,5 | 5,7 |
| | Enfermeiro | N | 1954 | 10338 | 9376 | 4125 | 2029 | 27822 |
| | | % | 91,0 | 96,1 | 92,0 | 91,5 | 93,0 | 93,4 |
| | Outro profissional (nível superior) | N | 14 | 65 | 80 | 80 | 31 | 270 |
| | | % | 0,7 | 0,6 | 0,8 | 1,8 | 1,4 | 0,9 |

Fonte: Banco de Dados PMAQ-AB, Brasil, 2013.

Segundo Gavalote et. al. (2016) o profissional enfermeiro tem a função diferenciada na APS, pois ele atua em diferentes áreas nas ESF, tais como no setor administrativo, assistencial, nas ações de educação em saúde, bem como na promoção de saúde, tanto individual como da comunidade em geral, coordena e capacita toda a equipe, ou seja, tem a função de gerenciar a unidade.

Essa situação foi ressaltada por Gavalote et.al. (2016) quando aponta que os profissionais graduados componentes da APS transferem ao enfermeiro o papel de assumir todas as responsabilidades de estar à frente da unidade, liderar e passar todas as informações para sua equipe na organização dos serviços.

Na ESF, o enfermeiro atua diretamente com os cuidados assistenciais que lhe compete, tais com: consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos de acordo com os protocolos preconizados do Ministério da Saúde, pode fazer a solicitação de alguns exames, como também prestar assistência de urgência e emergência e encaminhar para as unidades de referencia, para continuidade dos cuidados. Outros cuidados são fazer acompanhamento e dar assistência e executar planos de cuidados para crianças, adolescentes, adultos, mulheres e idosos, fazer um plano de cuidados gerenciando, planejando e executando as ações de modo e de acordo com as necessidades da população, observando se os planos estão tendo resultados, implantar atividades que priorize o que esta mais necessitados, realizar atividades coletivas, e coordenar, capacitar, os Agentes Comunitário de Saúde (ACS) e os técnicos de enfermagem para que os cuidados prestados tenha êxito (Brasil 2002).

Tabela 2 - Existência de protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea na Atenção Primária, Brasil, 2014

| A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para: | | | Regiões Brasileiras | | | | | Total | P |
|---|-----|---|---------------------|----------|---------|------|--------------|-------|-------|
| | | | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste | | |
| Queixas mais frequentes no idoso | Sim | n | 640 | 5021 | 6772 | 2132 | 854 | 15419 | 0,001 |
| | | % | 32,0 | 49,0 | 67,3 | 48,0 | 40,5 | 53,4 | |
| | Não | n | 1360 | 5234 | 3292 | 2308 | 1253 | 13447 | |
| | | % | 68,0 | 51,0 | 32,7 | 52,0 | 59,5 | 46,6 | |
| Problemas respiratórios | Sim | n | 576 | 4925 | 6798 | 2238 | 799 | 15336 | 0,001 |
| | | % | 28,8 | 48,0 | 67,5 | 50,4 | 37,9 | 53,1 | |
| | Não | n | 1424 | 5330 | 3266 | 2202 | 1308 | 13530 | |
| | | % | 71,2 | 52,0 | 32,5 | 49,6 | 62,1 | 46,9 | |
| Queixas mais frequentes no adulto | Sim | n | 580 | 4763 | 6835 | 2056 | 755 | 14989 | 0,001 |
| | | % | 29,0 | 46,4 | 67,9 | 46,3 | 35,8 | 51,9 | |
| | Não | n | 1420 | 5492 | 3229 | 2384 | 1352 | 13877 | |
| | | % | 71,0 | 53,6 | 32,1 | 53,7 | 64,2 | 48,1 | |
| Queixas mais frequentes na criança | Sim | n | 699 | 5490 | 7130 | 2359 | 912 | 16590 | 0,001 |
| | | % | 35,0 | 53,5 | 70,8 | 53,1 | 43,3 | 57,5 | |
| | Não | n | 1301 | 4765 | 2934 | 2081 | 1195 | 12276 | |
| | | % | 65,1 | 46,5 | 29,2 | 46,9 | 56,7 | 42,5 | |
| Problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico | Sim | n | 509 | 4437 | 6352 | 2048 | 682 | 14028 | 0,001 |
| | | % | 25,5 | 43,3 | 63,1 | 46,1 | 32,4 | 48,6 | |
| | Não | n | 1491 | 5818 | 3712 | 2392 | 1425 | 14838 | |
| | | % | 74,6 | 56,7 | 36,9 | 53,9 | 67,6 | 51,4 | |
| Traumas e acidentes | Sim | n | 370 | 3077 | 5017 | 1641 | 473 | 10578 | 0,001 |
| | | % | 18,5 | 30,0 | 49,9 | 37,0 | 22,4 | 36,6 | |
| | Não | n | 1630 | 7178 | 5047 | 2799 | 1634 | 18288 | |
| | | % | 81,5 | 70,0 | 50,1 | 63,0 | 77,6 | 63,4 | |
| Captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação | Sim | n | 677 | 5275 | 6962 | 2399 | 891 | 16204 | 0,001 |
| | | % | 33,9 | 51,4 | 69,2 | 54,0 | 42,3 | 56,1 | |
| | Não | n | 1323 | 4980 | 3102 | 2041 | 1216 | 12662 | |
| | | % | 66,2 | 48,6 | 30,8 | 46,0 | 57,7 | 43,9 | |
| Dengue | Sim | n | 663 | 5005 | 6998 | 1814 | 1009 | 15489 | 0,001 |
| | | % | 33,2 | 48,8 | 69,5 | 40,9 | 47,9 | 53,7 | |
| | Não | n | 1337 | 5250 | 3066 | 2626 | 1098 | 13377 | |
| | | % | 66,9 | 51,2 | 30,5 | 59,1 | 52,1 | 46,3 | |
| Outros | Sim | n | 377 | 3424 | 4257 | 1441 | 495 | 9994 | 0,001 |
| | | % | 18,9 | 33,4 | 42,3 | 32,5 | 23,5 | 34,6 | |
| | Não | n | 1623 | 6831 | 5807 | 2999 | 1612 | 18872 | |
| | | % | 81,2 | 66,6 | 57,7 | 67,5 | 76,5 | 65,4 | |
| Não possui protocolos de | Sim | n | 1115 | 2957 | 2276 | 1720 | 876 | 9944 | |
| Fonte: Banco de Dados da Avaliação Externa do PMAQ-AB, Brasil, 2013. | | | | | | | | 34,4 | |
| espontânea | | | | | | | | | |

Entre os protocolos com diretrizes terapêuticas para acolhimento de demanda espontânea o binômio mãe-filho foi o grupo com o maior percentual apresentado em todas as regiões, sendo o protocolo de crianças (57,5%) e o de gestantes (56,1%).

A preocupação com a saúde da mulher e da criança não é recente nas políticas de saúde no Brasil. Desde o ano de 1920 surgiu o interesse da indústria em garantir a assistência médica das crianças dos seus trabalhadores, visto que a criança enferma era motivo de falta do funcionário. Entre as décadas de 1930 e 1970 o Ministério da Saúde (MS) lançou programas voltados para assistência da criança, do adolescente e para a mulher, mas a este último grupo limitou-se ao período gravídico-puerperal. Ressalta-se que mesmo assim os programas de assistência neste período foram marcada por uma visão curativista e individualizada. No ano de 1980 o MS elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), onde garantia uma visão holística a ambos os grupos etários. Mas foi na década de 1984 que o MS separou o PAISMC, com a implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde Criança (PAISC) e do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse último surge como resultado de lutas feministas, rompendo com a visão materno-reprodutiva, o programa traz uma abordagem holística à mulher (ARAÚJO *et. al.*, 2014).

Ainda que o acolhimento ao binômio mãe-filho tenha se destacado nesse estudo, um estudo realizado em Centro de Saúde em Salvador, os pesquisadores perceberam as barreiras no acolhimento às mulheres, além das dificuldades encontradas no acesso ao serviço possui também uma desigualdade no atendimento. Segundo os autores Coelho *et. al.*, (2009), há um sentimento de inferioridade da usuária em relação ao profissional de saúde, gerando relações superficiais e comprometendo a integralidade do atendimento a mulher. Os pesquisadores enfatizam que o acolhimento não deve ser comprometido pelo preenchimento de formulários e técnicas curativista, pois tão importante quanto o atender é o acolher e o profissional que não acolhe compromete a conduta, fragilizando o processo do cuidar.

Quando considerados todos os protocolos, aquele relacionado a traumas e acidentes é o que apresenta menor percentual no uso de protocolos com diretrizes terapêuticas para acolhimento de demanda em todas as regiões (36,6%). O baixo percentual do uso de protocolos para demanda espontânea de traumas e acidentes pode estar relacionados a não busca dos usuários pela APS nessas situações. No entanto, é preciso que os profissionais que integram APS estejam habilitados para evitar o agravamento das situações que demanda um atendimento de maior complexidade. Na maioria das vezes, quando acometidos por dores agudas, traumas ou acidentes, os usuários preferem utilizar como porta de entrada do sistema os hospitais de alta complexidade e peregrinam até encontrar atendimento, por acreditar que mesmo demorando para ser atendido conseguem resolver seu problema, comprovando a falta de articulação entre os níveis de gestão do cuidado (RANDOW *et. al.* 2011).

Na cidade de Belo Horizonte, um estudo verificou que os usuários preferem buscar os serviços de média e alta complexidade devido à infraestrutura tecnológica, rapidez e agilidade que possibilita maior resolutividade de seus problemas (RANDOW et. al. 2011). Ressalta-se que a Política Nacional de Atenção às Urgências tem como diretriz a descentralização do atendimento de urgência de baixa e média complexidade com o intuito de diminuir a grande procura pelos hospitais de maior porte (SANTOS et. al. 2003).

A atenção primária é uma estratégia com potencialidade de reordenamento do modelo assistencial à saúde. A busca desmedida dos usuários pelas UPAs sem o devido gerenciamento das condições agudas, podem refletir as condições de acesso e organização da atenção básica, logo é preciso integrar os diferentes níveis de atenção, otimizar os recursos, o atendimento integral e resolutivo das necessidades dos usuários, adequando o conhecimento, promovendo a discussão entre os profissionais da APS, média e alta complexidade, garantindo o atendimento integral à população (SILVA, 2011).

Na região sudeste observa-se o alto percentual de equipes que possuem protocolos para acolhimento à demanda espontânea para Dengue com 69,5%, em contraposição aos baixos percentuais encontrados nas demais regiões do país. Apesar da Dengue ser epidêmica na maioria das regiões do país em determinado período do ano, é justamente na região sudeste que se encontra o maior número de casos do Brasil. Em todo o país, ano de 2014 foram notificados e confirmados 311.639 casos (SINAN, 2015).

O elevado número de casos da região sudeste pode estar contribuindo para que as equipes se organizem para atender a demanda espontânea que apresenta sinais e sintomas característicos da doença, a fim de evitar as complicações que podem levar à morte. Um estudo realizado por Ximenes Neto *et. al.* (2009) sobre o processo de trabalho dos enfermeiros no controle da Dengue identificou que 95% desses profissionais relatou participar do acolhimento, identificação dos casos suspeitos, realização da prova do laço e visita domiciliar para identificação e tratamento de casos.

Levando em consideração todos os protocolos a região Norte é a que apresenta menor percentual no uso de protocolos com diretrizes terapêuticas para acolhimento de demanda, apresentando percentuais bem abaixo da média nacional em todos os protocolos. O baixo percentual do uso de protocolos na região norte pode ser influenciado pela dificuldade de acesso dos profissionais a informações, cursos e qualificações, bem como a participação incipiente da região em pesquisas nacionais. Um estudo realizado no Brasil identificou que a distribuição de recursos humanos capacitados, bem como o apoio a políticas e programas de

desenvolvimento de pesquisas não são equânimes, sendo mais concentrado na região sudeste do país (FAPESP, 2010).

Em relação a todos os protocolos, o segundo menor percentual encontrado foi aquele relacionado à saúde mental em todas as regiões no uso de protocolos com diretrizes terapêuticas para acolhimento de demanda. Para Junqueira; Pillon (2011) há muitos obstáculos para o acolhimento do usuário com transtorno mental nas UBS, onde o pensamento da doença ainda está voltado para a antiga prática hospitalar tornando o atendimento precário, as unidades não tem uma base para fazer a assistência, os profissionais fazem geralmente o atendimento improvisado para não deixar de atender. Entre as dificuldades citadas estão à falta de atendimento correto; uma infraestrutura adequada para receber os usuários e principalmente uma capacitação para os componentes das unidades, a sobrecarga de serviços interferem também, um elevado número de famílias para poucos profissionais, outro ponto é um lugar adequado onde possa haver uma organização de serviços que os profissionais possam usar como referencia, e o interesse da gestão em melhorar esses atendimentos.

Para todas as equipes de saúde da família, (34,4%) afirmaram que não possuem protocolos para as situações listadas anteriormente. A região que apresenta maior percentual que não possui protocolos com diretrizes terapêuticas para acolhimento de demanda é a Norte (55,8%) e o menor percentual foi a região sudeste (22,6%) das equipes. O acolhimento é a porta de entrada que o usuário necessita para ter acesso ao atendimento nas UBSF, é criado o primeiro contato, vínculo entre o paciente e o profissional, onde esse deve ser ouvido e os problemas exposto devem ser solucionado por o profissional ou em conjunto com equipe, ou ainda encaminhado para outros serviços. Esse acolhimento começa na recepção que deve esta ouvir e direcionar ao atendente certo para queixa que o usuário apresentou (SÃO PAULO, 2016).

Segundo estudo de Traldi, Rabesco e Fonseca (2016) a prática do acolhimento a demanda espontânea nas UBS ficam em segundo plano em relação ao atendimento, priorizando a assistência aqueles com consultas agendadas, porem os profissionais já estão mudando os atendimentos, passando a atender, mas a demanda espontânea.

Na análise de todas as regiões observou-se diferença significativa entre as regiões para todos os protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde.

Tabela 3 - Utilização de Protocolos para estratificação de riscos na atenção Primária por região, Brasil, 2013.

| | | Regiões Brasileiras | | | | | | | |
|--|-----|---------------------|----------|---------|------|--------------|-------|-------|--|
| A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para: | | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste | Total | P | |
| Câncer do colo do útero | Sim | n 1023 | 7147 | 7860 | 3048 | 1189 | 20267 | 0,001 | |
| | | % 47,6 | 66,5 | 77,1 | 67,6 | 54,5 | 68,1 | | |
| | Não | n 1124 | 3606 | 2330 | 1459 | 992 | 9511 | | |
| Câncer de mama | | % 52,4 | 33,5 | 22,9 | 32,4 | 45,5 | 31,9 | 0,001 | |
| | Sim | n 802 | 6742 | 7594 | 2989 | 1086 | 19213 | | |
| | | % 37,4 | 62,7 | 74,5 | 66,3 | 49,8 | 64,5 | | |
| Pré-natal | Não | n 1345 | 4011 | 2596 | 1518 | 1095 | 10565 | 0,001 | |
| | | % 62,6 | 37,3 | 25,5 | 33,7 | 50,2 | 35,5 | | |
| | Sim | n 1165 | 7707 | 8348 | 3280 | 1263 | 21763 | | |
| Hipertensão arterial sistêmica | | % 54,3 | 71,7 | 81,9 | 72,8 | 57,9 | 73,1 | 0,001 | |
| | Não | n 982 | 3046 | 1842 | 1227 | 918 | 8015 | | |
| | | % 45,7 | 28,3 | 18,1 | 27,2 | 42,1 | 26,9 | | |
| Diabetes mellitus | Sim | n 1007 | 6169 | 7856 | 2904 | 1155 | 19091 | 0,001 | |
| | | % 46,9 | 57,4 | 77,1 | 64,4 | 53,0 | 64,1 | | |
| | Não | n 1140 | 4584 | 2334 | 1603 | 1026 | 10687 | | |
| Tuberculose | | % 53,1 | 42,6 | 22,9 | 35,6 | 47,0 | 35,9 | 0,001 | |
| | Sim | n 1010 | 6166 | 7837 | 2907 | 1146 | 19066 | | |
| | | % 47,0 | 57,3 | 76,9 | 64,5 | 52,5 | 64,0 | | |
| Hanseníase | Não | n 1137 | 4587 | 2353 | 1600 | 1035 | 10712 | 0,001 | |
| | | % 53,0 | 42,7 | 23,1 | 35,5 | 47,5 | 36,0 | | |
| | Sim | n 1075 | 6999 | 7731 | 2790 | 1208 | 19803 | | |
| Saúde mental | | % 50,1 | 65,1 | 75,9 | 61,9 | 55,4 | 66,5 | 0,001 | |
| | Não | n 1072 | 3754 | 2459 | 1717 | 973 | 9975 | | |
| | | % 49,9 | 34,9 | 24,1 | 38,1 | 44,6 | 33,5 | | |
| DPOC/Asma | Sim | n 1035 | 6739 | 7194 | 2566 | 1202 | 18736 | 0,001 | |
| | | % 48,2 | 62,7 | 70,6 | 56,9 | 55,1 | 62,9 | | |
| | Não | n 1112 | 4014 | 2996 | 1941 | 979 | 11042 | | |
| Álcool e drogas | | % 51,8 | 37,3 | 29,4 | 43,1 | 44,9 | 37,1 | 0,001 | |
| | Sim | n 629 | 4890 | 6415 | 2082 | 744 | 14760 | | |
| | | % 29,3 | 45,5 | 63,0 | 46,2 | 34,1 | 49,6 | | |
| Crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento) | Não | n 1518 | 5863 | 3775 | 2425 | 1437 | 15018 | 0,001 | |
| | | % 70,7 | 54,5 | 37,0 | 53,8 | 65,9 | 50,4 | | |
| | Sim | n 392 | 3844 | 5407 | 1923 | 556 | 12122 | | |
| Outro(s) | | % 18,3 | 35,7 | 53,1 | 42,7 | 25,5 | 40,7 | 0,001 | |
| | Não | n 1755 | 6909 | 4783 | 258 | 1625 | 17656 | | |
| | | % 81,7 | 64,3 | 46,9 | 57,3 | 74,5 | 59,3 | | |
| Não utiliza protocolos | Sim | n 340 | 3067 | 4444 | 1600 | 483 | 9934 | 0,001 | |
| | | % 15,8 | 28,5 | 43,6 | 35,5 | 22,1 | 33,4 | | |
| | Não | n 1807 | 7686 | 5746 | 2907 | 1698 | 19844 | | |
| Crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento) | | % 84,2 | 71,5 | 56,4 | 64,5 | 77,9 | 66,6 | 0,001 | |
| | Sim | n 934 | 7177 | 7957 | 2962 | 1129 | 20159 | | |
| | | % 43,5 | 66,7 | 78,1 | 65,7 | 51,8 | 67,7 | | |
| Outro(s) | Não | n 1213 | 3576 | 2233 | 1545 | 1052 | 9619 | 0,001 | |
| | | % 56,5 | 33,3 | 21,9 | 34,3 | 48,2 | 32,3 | | |
| | Sim | n 445 | 4538 | 4642 | 1759 | 564 | 11948 | | |
| Não utiliza protocolos | | % 20,7 | 42,2 | 45,6 | 39,0 | 25,9 | 40,1 | 0,001 | |
| | Não | n 1702 | 6215 | 5548 | 2748 | 1617 | 17830 | | |
| | | % 79,3 | 57,8 | 54,4 | 61,0 | 74,1 | 59,9 | | |
| Não utiliza protocolos | Sim | n 845 | 2216 | 1292 | 990 | 782 | 6125 | 0,001 | |
| | | % 39,4 | 20,6 | 12,7 | 22,0 | 35,9 | 20,6 | | |

Fonte: Banco de Dados da Avaliação Externa do PMAQ-AB, Brasil, 2013.

Se considerados todos os grupos etários e situações de saúde, mais uma vez, as mulheres e crianças recebem maior atenção visto que são os dois grupos para os quais os

profissionais da equipe de Saúde da Família utilizam protocolos para estratificação de risco (73,1%) e (67,7%), respectivamente, chegando a 81,9 e 78,1 na região Sudeste.

Desde o século XX a morbimortalidade materna e infantil é uma preocupação na saúde pública do Brasil, e as estratégias para esta redução vem evoluindo e se solidificando durante os anos (CASSIANO *et. al.*, 2014). A ampliação do acesso à saúde de qualidade é um desses marcos importante para identificação precoce de fatores de risco que venham afetar à saúde infantil e gestacional (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

Um estudo realizado com 11 enfermeiros das unidades básicas de saúde de Fortaleza constatou que os profissionais durante a consulta realizavam a classificação de risco gestacional. No entanto, os enfermeiros relatam as dificuldades no acompanhamento da gestante de alto risco, pois não ocorre a contrarreferência da unidade de referência (GUERREIRO *et. al.*, 2012).

Quanto à estratificação de risco do infante, um estudo qualitativo realizado com oito enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família em Mandaguari – PR, os pesquisadores observaram, nas falas dos entrevistados, a ausência da classificação de risco da criança segundo os dados da avaliação do profissional, os autores enfatizam a importância da consulta na percepção precoce dos riscos e agravos ao crescimento e desenvolvimento pueril (VIEIRA *et. al.*, 2012). Segundo o protocolo da atenção primária de Saúde da Criança, essa é uma das principais observações a ser feita durante a consulta, pois determinará a conduta a ser tomada pelo profissional (BRASIL, 2012).

Observa-se que nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste as equipes apresentam um bom percentual de utilização de protocolos para estratificação de riscos de câncer do colo do útero variando entre 66,5% a 77,1%. Esse percentual cai bastante nas regiões Centro-Oeste e Norte, ficando essa última muito abaixo da média nacional. Na estratificação de riscos para câncer de mama, o comportamento das equipes é similar, e a região Norte destaca-se negativamente com o mais baixo percentual (37,4%).

Sabe-se que apesar do aumento do rastreamento, o câncer de mama e colo do útero ainda são os tipos de câncer que mais matam mulheres no mundo. Sendo assim faz-se necessário o acompanhamento e a caracterização do risco da mulher para tomar a conduta adequada. Em estudo realizado em oito UBSF de um município do estado de Minas Gerais sobre as ações desenvolvidas pelos enfermeiros na prevenção do câncer de colo do útero, revelou que esses profissionais encontram dificuldade nessa ação porque as mulheres apresentavam resistência em realizar o exame preventivo. Outra dificuldade apresentada foi

relacionada à gestão do serviço, a exemplo de escassez de profissionais, material e insumos (MELO *et. al.*, 2012).

Em uma revisão da literatura sobre as ações do enfermeiro no rastreamento e diagnóstico do câncer de mama, os autores revelaram que as ações desenvolvidas pelos profissionais da ESF eram mais educativas sem ações de rastreamento e diagnóstico precoce e observaram que no exame clínico das mamas o profissional não segue os passos técnicos recomendados (CAVALCANTE *et. al.*, 2013).

Quanto aos protocolos de estratificação de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), a região com maior percentual de utilização é a Sudeste com 77,1% para HAS e 76,9% para DM. No entanto, essa tendência não é acompanhada nas demais regiões, caindo para 46,9% e 47% na região Norte.

Um estudo documental realizado nas UBSFs no estado do Ceará, os autores analisaram os hipertensos segundo a classificação de risco adotada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, usada no protocolo de hipertensão da atenção primária, e observaram que havia usuários que não tinham a ficha do Programa Hipertensão devidamente preenchida. Dentre as informações ausentes na ficha estava a classificação de risco para doenças cardiovasculares. Das fichas preenchidas com a estratificação de risco, a maioria dos usuários apresentou uma classificação de risco moderado (n=38) a alto (n=10) para hipertensão. Os pesquisadores ressaltam que o descuido no preenchimento das fichas compromete o diagnóstico contextual impossibilitando ações de promoção a saúde cardiovascular além da terapêutica específica (MOREIRA, GOMES, SANTOS, 2010).

A utilização de Protocolos para estratificação de riscos na Tuberculose segue a mesma tendência de maior percentual de utilização na região Sudeste (75,9%). Em relação à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica pouco mais de 59% dos profissionais não estratificam os fatores de risco, sendo 81,7% da região Norte e 74,5% do Centro-Oeste.

As DPOCs afetam a qualidade de vida do indivíduo principalmente quando subdiagnosticadas. Um estudo transversal realizado com 200 usuários de três UBSF no município de Goiânia mostrou que aproximadamente 71% dos indivíduos com DPOC que apresentavam fatores de risco não tiveram um diagnóstico prévio, ou seja, foram subdiagnosticadas e demoraram a obter um tratamento adequado (QUEIROZ, MOREIRA, RABAHI, 2012).

De um modo geral, as equipes de Saúde da Família pouco utilizam protocolos para estratificação das ações de saúde mental, visto que o maior percentual foi encontrado no Sudeste com 63%. O pior desempenho foi na região Norte com 29,3%.

A baixa adesão aos protocolos de saúde mental na atenção primária é preocupante, visto que, se torna importante o processo de matriciamento em saúde mental, entre o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e da ESF, sendo a equipe de profissionais da ESF responsáveis pela estratificação de risco dos usuários, resolução de problemas mentais leves e acompanhamento dos usuários do território de abrangência com problemas psíquicos (PINTO *et. al.*, 2012).

Sobre o uso de protocolos para álcool e outras drogas observou-se pífio desempenho em todas as regiões do país com utilização média de 33,4%, sendo o pior desempenho de apenas 15,8% na região Norte.

O abuso de drogas lícitas e ilícitas é um problema de saúde pública mundial, que tem grandes consequências no contexto social e econômico. Diante dos efeitos do abuso das drogas, o Ministério da Saúde em 2004 implementou a Política da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, tendo como referência as UBSFs, pois elas são a ‘porta de entrada’ da Rede de Assistência à Saúde e podem se tornar coordenadoras da assistência ao usuário que enfrentem problemas com algum tipo de droga (SANTOS e OLIVEIRA, 2013).

Um estudo realizado em um município do estado do Paraná, que avaliou a execução desta política na atenção primária, comprovou que os profissionais da ESF tiveram uma implementação considerada insatisfatória. Segundo os autores, os fatores limitadores citados pelos profissionais foram: a rotatividade dos profissionais da ESF no município, comprometendo assim a execução de ações em saúde, e a sobrecarga do trabalho gerada pela grande demanda das UBSF (SANTOS E OLIVEIRA, 2013).

Quando consideradas todas as equipes de saúde da família, 20,6% afirmaram que não possuem protocolos para as situações listadas anteriormente. A região que apresenta maior percentual que não possui protocolos com diretrizes terapêuticas para acolhimento de demanda é a Norte (39,4%) e o menor percentual foi à região Sudeste (12,7%) das equipes. Segundo Giovanella *et. al.* (2015) a Região Norte é onde se encontram o maior número de UBS com o percentual total de 8% das unidades básicas em todo país, porém é destacada com as piores condições para o funcionamento e atendimento ao usuário, em contrapartida a Região Sudeste onde está concentrado o número de 5,5% das UBS é região com um menor número de unidades em todo país, sendo essa região um padrão de referência em questão de organização. A desigualdade existente nas regiões é notória, visto que as regiões têm características diferentes em nível financeiro e de organização de gestão, o que pode

justificar o número de profissionais que não utilizam protocolos ser tão alto na região Norte, pois a infraestrutura influencia na organização do serviço.

Na análise de todas as regiões na utilização de protocolos para estratificação de riscos na atenção primária por região observou-se diferença significativa entre as regiões para todos os protocolos.

Tabela 4 . Programação da agenda da equipe de acordo com o risco classificado por região, Brasil, 2014.

| Programação da agenda da equipe de acordo com o risco classificado, para: | | | Regiões Brasileiras | | | | | Total | P |
|---|-----|---|---------------------|----------|---------|------|--------------|-------|-------|
| | | | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste | | |
| Gestantes | Sim | n | 1539 | 9359 | 8303 | 3579 | 1568 | 24348 | 0,001 |
| | | % | 71,7 | 87,0 | 81,5 | 79,4 | 71,9 | 81,8 | |
| | Não | n | 608 | 1394 | 1887 | 928 | 613 | 5430 | 0,001 |
| | | % | 28,3 | 13,0 | 18,5 | 20,6 | 28,1 | 18,2 | |
| Hipertensão arterial sistêmica | Sim | n | 1502 | 9177 | 8098 | 3203 | 1532 | 23512 | 0,001 |
| | | % | 70,0 | 85,3 | 79,5 | 71,1 | 70,2 | 79,0 | |
| | Não | n | 645 | 1576 | 2092 | 1304 | 649 | 6266 | 0,001 |
| | | % | 30,0 | 14,7 | 20,5 | 28,9 | 29,8 | 21,0 | |
| Diabetes mellitus | Sim | n | 1493 | 9135 | 8043 | 3197 | 1513 | 23381 | 0,001 |
| | | % | 69,5 | 85,0 | 78,9 | 70,9 | 69,4 | 78,5 | |
| | Não | n | 654 | 1618 | 2147 | 1310 | 668 | 6397 | 0,001 |
| | | % | 30,5 | 15,0 | 21,1 | 29,1 | 30,6 | 21,5 | |
| DPOC/Asma | Sim | n | 504 | 3644 | 4069 | 1684 | 655 | 10556 | 0,001 |
| | | % | 23,5 | 33,9 | 39,9 | 37,4 | 30,0 | 35,4 | |
| | Não | n | 1643 | 7109 | 6121 | 2823 | 1526 | 19222 | 0,001 |
| | | % | 76,5 | 66,1 | 60,1 | 62,6 | 70,0 | 64,6 | |
| Obesidade | Sim | n | 528 | 3829 | 4089 | 1577 | 655 | 10678 | 0,001 |
| | | % | 24,6 | 35,6 | 40,1 | 35,0 | 30,0 | 35,9 | |
| | Não | n | 1619 | 6924 | 6101 | 2930 | 1526 | 19100 | 0,001 |
| | | % | 75,4 | 64,4 | 59,9 | 65,0 | 70,0 | 64,1 | |
| Transtorno mental | Sim | n | 758 | 4927 | 4969 | 2232 | 819 | 13705 | 0,001 |
| | | % | 35,3 | 45,8 | 48,8 | 49,5 | 37,6 | 46,0 | |
| | Não | n | 1389 | 5826 | 5221 | 2275 | 1362 | 16073 | 0,001 |
| | | % | 64,7 | 54,2 | 51,2 | 50,5 | 62,4 | 54,0 | |
| Crianças até dois anos | Sim | n | 1347 | 8890 | 7928 | 3189 | 1427 | 22781 | 0,001 |
| | | % | 62,7 | 82,7 | 77,8 | 70,8 | 65,4 | 76,5 | |
| | Não | n | 800 | 1863 | 2262 | 1318 | 754 | 6997 | 0,001 |
| | | % | 37,3 | 17,3 | 22,2 | 29,2 | 34,6 | 23,5 | |
| Outro(s) | Sim | n | 467 | 3524 | 2798 | 1253 | 533 | 8575 | 0,001 |
| | | % | 21,8 | 32,8 | 27,5 | 27,8 | 24,4 | 28,8 | |
| | Não | n | 1680 | 7229 | 7392 | 3254 | 1648 | 21203 | 0,001 |
| | | % | 78,2 | 67,2 | 72,5 | 72,2 | 75,6 | 71,2 | |
| Não utiliza protocolos | Sim | n | 573 | 1305 | 1439 | 794 | 570 | 4681 | 0,001 |
| | | % | 26,7 | 12,1 | 14,1 | 17,6 | 26,1 | 15,7 | |

Fonte: Banco de Dados da Avaliação Externa do PMAQ-AB, Brasil, 2013

Em relação programação da agenda de equipe de acordo com a classificação de risco, as gestantes ganharam destaque em todas as regiões do Brasil, sendo o Nordeste a região com maior percentual de 87%. Pode-se verificar ainda que a agenda para hipertensos e diabéticos também se configuram índices significativos, com destaque para região Nordeste para hipertensos (85,3%) e para diabéticos (85%).

A avaliação da Estratégia Saúde da Família no Nordeste foi tema de um estudo, onde 15 municípios da região foram avaliados nas seguintes dimensões: político-institucional; organização da atenção e cuidado integral. Na dimensão do cuidado integral, todos os municípios avaliados foram unânimes em afirmar que mesmo em áreas de periferia e de difícil acesso, as equipes conseguiam oferecer um cuidado integral e satisfatório para os usuários, em virtude de uma relação de confiança bem estabelecida, há o reconhecimento da ESF como potencial para a mudança na organização dos serviços de saúde que aos poucos se desvincula de práticas tradicionais e curativistas responsáveis por aumentar os custos e gerar insatisfação entre todos os envolvidos (ROCHA et. al. 2008).

Esse mesmo estudo identificou que apesar da universalidade do acesso garantida nesses municípios, a integralidade ainda se configura como uma dificuldade a ser superada, ou seja, garantir a continuidade da assistência para além da APS, as consultas especializadas, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade, tanto os gestores, profissionais e usuários ressaltaram essa dificuldade como ponto nevrálgico para o funcionamento do sistema (ROCHA et. al. 2008).

Os achados relacionados às linhas de cuidado com maior expressividade na pactuação das agendas das equipes colaboram com um estudo realizado em São Paulo avaliando a integralidade da Atenção Primária a Saúde (APS), na perspectiva do usuário. Naquele estudo, **Fonte:** Banco de Dados da Avaliação Externa do PMAQ-AB, Brasil, 2013

encontrar vagas para atendimentos nas atividades assistenciais programáticas de pré-natal, controle da hipertensão e diabetes (SALA, et al 2011). Desta maneira pode-se inferir que para esses grupos citados a APS vêm se consolidando como ordenadora do cuidado na rede assistencial (PNAB, 2012).

A construção da linha de cuidado hipertensão arterial e diabetes foi avaliada em Taubaté-SP. Naquele município identificou-se que 80% dos profissionais atuavam em território definido, 61% das equipes realizavam busca ativa de usuários hipertensos e diabéticos. Todavia apenas 46% dos hipertensos e 50% dos diabéticos tiveram seu diagnóstico na atenção básica. Os gerentes e médicos do município estudo relataram que estão sempre

prontos para atender as intercorrências clínicas desses usuários, entretanto 45% dos usuários dizem não procurar a unidade quando sentem algum desconforto. As atividades educativas foram bem citadas pelas equipes, onde 78% delas realizavam esse procedimento para essa linha de cuidado (VENÂNCIO; ROSA; BERSUSA, 2016).

Quando considerado a organização da agenda para todas as linhas de cuidado identificadas no PMAQ, DPOC/Asma obteve o percentual mais elevado de equipes que não tem programação na agenda em todas as regiões do Brasil alcançando 64,6%, destaque a região Norte (76,5%) e o Centro-Oeste (70,0%).

Santos et. al. (2012) ao avaliar centros urbanos brasileiros verificou que boa parte dos atendimentos da equipe saúde da família é proveniente da demanda espontânea da população, mostrando um descompasso entre as necessidades e demanda dos usuários e o que os profissionais julgam que eles necessitam.

Os dados encontrados neste estudo são preocupantes, tendo em vista que quando não bem acompanhadas e controlada, a DPOC/Asma que é uma condição crônica, pode apresentar-se inesperadamente de forma agonizada trazendo sofrimento para o portador da doença, além de refletir uma possível dificuldade de acesso dos usuários ao serviço. Elias et. al.(2006) realizou uma pesquisa no Estado de São Paulo e identificou escores intermediários de acesso dos usuários para este tipo de demanda. A não programação da agenda dos profissionais de saúde para essas condições poderá ter como resultado o redirecionamento dessa demanda para as unidades de média e alta complexidade, gerando gastos com internamento, aumentando riscos para os usuários e insatisfação dos usuários quanto aos serviços oferecidos na APS.

É necessário refletir que a Estratégia Saúde da Família, inserida na APS, possui as melhores condições para garantir a integralidade da assistência, tendo em vista que ela se baseia em um território adscrito, no qual os profissionais da equipe precisam conhecer o perfil epidemiológico da sua comunidade, de modo que possam planejar suas ações, pactuar suas agendas, garantindo acessibilidade e resolutividade das demandas dos usuários (CAMPOS, 2003).

Em relação à obesidade, verificou-se que a programação para esse grupo ainda é incipiente nas equipes, todavia a região Sudeste apresentou o maior resultado com 40,1% das equipes referindo programar agenda para esse grupo. É relevante discutir os motivos da baixa programação das equipes para os usuários. A Organização Mundial da Saúde (1998) ressaltou que a obesidade merece atenção especial em todos os níveis do sistema de saúde, cabendo

particularmente a atenção básica oferecer ações de promoção e vigilância, prevenindo novos casos de sobrepeso que possam culminar na obesidade.

O Ministério da Saúde reitera que a equipe de saúde deve ter disponibilidade, flexibilidade e sensibilidade para acolher e escutar as necessidades dos usuários em todos os ciclos de vida desde o ambiente intra-uterino até a velhice, a promoção e vigilância nutricional deverá contribuir para uma vida mais longa, próspera, prevenindo doenças crônicas, sequelas promovendo um envelhecimento ativo e saudável (BRASIL, 2006).

Ao considerarmos a programação para os usuários com transtorno mental, a região sul tem o melhor percentual (49,5%) das equipes com agenda pactuada para esse tipo de atendimento.

Um estudo realizado em Belo Horizonte verificou uma elevada taxa de permanência em internamento de até 8 meses, outros estudos o tempo de internamento era de 21 dias. O tempo extenso foi relacionado principalmente à dificuldade desse usuário em garantir acompanhamento da atenção básica, e esse acompanhamento deficiente pode está ligado à infraestrutura inadequada dos serviços, falta de profissionais capacitados, ausência de medicamentos na unidade, aumento da demanda por este tipo de atendimento (OLIVEIRA; CAIAFFA; CHERCHIGLIA, 2008).

A fragilidade dessa linha de cuidado pelas equipes pode ser devido à dificuldade na manutenção do contato entre as redes assistenciais, esclarecimento de dúvidas, prontuário único, conversa entre os profissionais que realizaram o atendimento, ou seja, os serviços não conseguem manter contato quando o paciente muda o nível de assistência, comprometimento da transversalidade da assistência (OLIVEIRA; CAIAFFA; CHERCHIGLIA, 2008).

No que concerne a pactuação da agenda para menores de 2 anos, a região Norte apresenta o menor percentual (62,7%), o Sudeste (77,8%) e o Nordeste (82,7%) foram as regiões com maior índice de programação.

A implantação da ESF que prevê o acompanhamento das crianças em todas as suas fases de vida, com intervalo mínimo de consultas, avaliação nutricional, neurológica, dentre outras, trouxe benefícios significativos para municípios como Sobral no Ceará e no Estado de São Paulo, com redução da mortalidade neonatal e pós-neonatal. É importante destacar que às taxas de internamento por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em crianças foram menores em ambos os municípios após a implantação da Saúde da Família, entretanto essa condição é mais favorável para as famílias com condições econômicas melhor estabelecidas (SILVA, 2003; CRUZ 2002), quando comparada as famílias em condições precárias, altas taxas de

internamente de crianças reflete ainda a falta de promoção e prevenção de saúde, pouca resolutividade da ESF (RONCALLI; LIMA, 2006).

Uma pesquisa sobre indicadores de criança em municípios de grande porte do Brasil após implantação da Estratégia Saúde da Família, revelou que as taxas de internamento de crianças menores de 5 anos com diarreia foi significativamente menor nos municípios com cobertura da ESF, situando-se em 11,0%, em detrimento aos 19,4% em áreas não cobertas, o que ratifica o impacto do trabalho das equipes nas ações de promoção e prevenção, tendo em vista que a diarreia exige cuidados básicos, de atenção domiciliar que evitaria a internação (RONCALLI; LIMA, 2006).

Em relação Programação da agenda da equipe de acordo com o risco classificado por região no Brasil observou-se que a região com maior percentual de não utilização é região Norte (26,7%).

Segundo Garnele et. al. (2014) em estudo realizado sobre organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia, a região Norte utiliza protocolos de agendamento com classificação de risco, porém superficialmente. Aqueles profissionais que não utilizam o protocolo para classificação de risco justificam que não são capacitados e nem possuem parâmetros ou critérios para definir a classificação. Um exemplo citado por eles é protocolo de hiperdia, onde os profissionais afirmam que 98,7% utilizam ficha ou cadastro para acompanhamento de hipertensos e diabéticos, em contra partida 45,8 conseguem realizar o registro de suas atividades em seus acompanhamentos.

De um modo geral, o fraco desempenho das equipes da região Norte foi uma constante no presente estudo. Um estudo realizado no estado do Amazonas e toda região amazônica sobre como as equipes de Saúde da Família programam a organização do cuidado às condições crônicas revelou que há uma grande desorganização. O tempo de atuação do profissional em uma unidade varia de um a dois anos na região Norte, a grande maioria dos profissionais da Amazônia não possui sequer um contrato de serviço, existindo uma rotatividade de profissionais, comprometendo o andamento das ações, dos serviços ou a implantação de alguma estratégia para melhoria do atendimento. Outro problema relatado em relação à estratégia de ação com as condições crônicas, os insumos básicos e a execução de tarefas são insuficientes para essa demanda, visto que é necessário construir um vínculo longo e contínuo, algo difícil na região com a rotatividade dos profissionais. Outro ponto é a questão de treinamento e capacitação das equipes, visto que não se consegue fazer treinamento adequando com a da saída dos que compõem as unidades (GARNELO et. al. 2014).

4 CONCLUSÃO

O presente estudo revelou que, com a implantação dos protocolos a ESF houve mudanças significativas no atendimento aos usuários, porém quando se remete ao uso de protocolos do atendimento para demanda espontânea, os profissionais que responderam a pesquisa nas UBSFs ainda não atingiram os 100% a existência dos protocolos em todas as cinco regiões brasileira avaliadas.

A região Sudeste é a que mais se destaca com o maior percentual de utilização dos protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea e na utilização de Protocolos para estratificação de riscos. Isso pode ser justificado por ser a região com melhor infraestrutura organizada, políticas de ações mais efetivas e onde estão localizadas as maiores cidades do Brasil em nível social e econômico, com maior incentivo e interesse para pesquisa científica.

Destaca-se que quanto à programação da agenda da equipe de acordo com o risco classificado a região Nordeste foi a que alcançou maior percentual.

Por outro lado a região Norte foi a que apresentou menor percentual de utilização de protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea e na utilização de Protocolos para estratificação de riscos. A alta rotatividade dos profissionais que trabalham no setor e o fato de ser a região onde estão localizadas as unidades com os níveis de infraestrutura com as piores condições de se trabalhar e fazer o trabalho fluir adequadamente.

No entanto, a região Norte não perde em percentual quando se refere a programação da agenda da equipe de acordo com o risco classificado, visto que alcança alto percentual se igualando à região Centro-Oeste e se aproximando bastante dos percentuais alcançados pelas demais regiões.

Conclui-se que é necessário rever a forma que os protocolos estão sendo inseridos, implantar políticas de reorganização na dinâmica de utilização, e em nível local, realizar treinamento com toda a equipe para mostrar o quanto é facilitador na hora do atendimento, fazer com que haja uma educação permanente para reeducar os profissionais.

Outro ponto importante é o investimento governamental em infraestrutura das unidades, tendo em vista que se a situação é precária o atendimento não vai ser satisfatório. Avançar também em práticas assistenciais de acolhimento no intuito de estabelecer vínculo com o usuário do serviço, reforçando o maior tempo dos profissionais nas unidades. Outra

ação que melhoraria em termos assistenciais seria a valorização do profissional iniciando com a contratação através do concurso público, evitando assim a rotatividade no serviço.

**USE OF PROTOCOLS IN PROGRAMMATIC ACTIONS IN BASIC ATTENTION:
ANALYSIS FROM THE PROGRAM TO IMPROVE ACCESS AND QUALITY OF BASIC
ATTENTION**

SILVA, Ana Patrícia Araújo Taveira

ABSTRACT

In Primary Health Care (PHC) is the priority gateway for users to have access to the first essential care in the Basic Health Units. Already the actions of the professionals must be guided by protocols that contain specific description and assistance situations to assist in the conduction of Decision-making for prevention, recovery and rehabilitation of the health of users. The objective of this study is to determine the prevalence of the use of protocols in programmatic actions among the Primary Care teams in Brazil. Descriptive cross-sectional study, using data from the External Evaluation Program for Improving Access and Quality Program (PMAQ), on the occasion of the second Cycle, which occurred in 2013. As a result, the nurses participated as the majority respondent on the work process of the teams analyzed. In all regions, the protocols with therapeutic guidelines for spontaneous demand for mother-child binomial were the most used by the teams. Regarding the use of protocols with therapeutic guidelines for traumas and accidents, considering all the regions was what had the lowest percentage with 36.6%. The highest use of protocols for dengue was verified in the Southeast region (69.5%) in the Southeast region. Regarding the use by the teams of protocols for risk stratification for cervical cancer and breast cancer has a rate of 70% between the Southeast and North regions. Already Hypertension, Systemic Arterial Hypertension, Diabetes Mellitus,, Tuberculosis, Leprosy and monitoring for children under two years old had a high content in all regions.. The highest percentage of professionals who do not use the protocols for risk stratification is in the North with 39.4% and the lowest in the Southeast with 12.7%. In relation the use of protocols for alcohol and drugs, the percentage is 43% in the Southeast region. Regarding if there is scheduling of the team according to risk and classification, the variables pregnant, child up to two years, Hypertension, Systemic Arterial Hypertension, Diabetes Mellitus,, The index is high in all regions, while Chronic Obstructive Pulmonary Disease / Asthma,, obesity and mental disorder, the percentage of Very low. It is concluded that it is necessary to score and evaluate the main difficulties encountered in the use of the protocols and stratification of risk in the respective regions; And to develop trainings with the health teams to show how much it is facilitating to develop assistance with the use of protocols.

Keywords: Primary Health Care. Health Assessment and Protocols

5 REFERENCIAS

ARAÚJO, Juliane Pagliari et. al. História da saúde da criança: Conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. nov-dez; v.67n.6 p. 1000-7, 2014.

BRASIL. **Decretonº 7.508**. De 28 de junho de 2011. Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá Outras Providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm Acessado em 10/08/2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos Atenção Básica. **Acolhimento a Demanda Espontânea, Queixas Mais Comuns na Atenção Básica**. Volume II. Brasília, 2012

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica, PNAD**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atuação do Enfermeiro na Atenção básica. Informe da Atenção Básica**. n.16.Abril. 2002. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo16.pdf> >. Acessado em 16/11/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obsidade**. Caderno de Atenção Básica. Normas e Manuais Técnicos, n. 12, serie A, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**. Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PMAQ - Manual Instrutivo Para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) eNASF**. Brasília– DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N.635, 17 de abril de 2013 - **Homologando a adesão dos Municípios ao segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Diário Oficial, 17 de abril de 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa da Saúde Mais Perto de Você – Acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A aplicação da Metodologia Paidéia no Apoio Institucional, no Apoio Matricial e na Clínica Ampliada. **Revista Interface comunicação Saúde Educação**. São Paulo, 2003.

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes et. al. Saúde Materna Infantil no Brasil: Evolução e Programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, v.65 n.2, p. 227-244 abr/jun. Brasília, 2014.

CAVALCANTE, Sirlei de Azevedo Monteiro et. al. Ações do Enfermeiro no rastreamento e Diagnóstico do Câncer de Mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.59 n.3, p. 459-466, 2013.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso et. al. Integralidade do Cuidado a Saúde da Mulher: Limites da Prática Profissional. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**. jan-mar; v.13 n. 1, p. 154-160, 2009

CONILL, Elionor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 7-16, 2008.

COSTA, Nilson do Rosário. A Estratégia de Saúde da Família, a Atenção Primária e o Desafio das Metrôpoles Brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.2, n.5, p.1389-1398, 2016.

CRUZ, Mariangela Guanoes Bortolo. **PSF – Programa de Saúde da Família: Comparando a Mortalidade Infantil, Cobertura Vacinal e Hospitalizações, entre Municípios com e sem o Programa no Estado de São Paulo**. Dissertação de Mestrado apresentado ao departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP, 2002.

DAHER, Maria José Estanislau; BARRETO, Bárbara Trindade do Bom fim; CARVALHO, Silvia Cristina de. Dengue: Aplicação Do Protocolo De Atendimento Pelos Enfermeiros. **Revista de Enfermagem.UFSM**, 2013.

ELIAS, Paulo Eduardo et. al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p.3, p. 633-641, 2006.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo et. al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Revista Escola Anna Nery** v. 20 n.1, Jan-Mar, 2016.

GARNELO, Luiza et al. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro. V. 38, N. Especial, P. 158-172, 2014.

GIOVANELLA, Ligia et al. **Novos Caminhos**, Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileira. Regiões e Redes. Caminho da Universalização da Saúde no Brasil. Nota Técnica 5/2015. Acessado em 26 de Outubro de 2016. Disponível em: http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/09/NovosCaminhos05_ValeEste.pdf.

GUERREIRO, Eryjósy Marculino et. al. O Cuidado Pré-Natal na Atenção Básica de Saúde Sob o Olhar de Gestantes e Enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem. REME**. v.16, n. 3, p. 315-323, jul./set., 2012.

Indicadores de Ciência, Tecnologia e Inovação. Fundação de Apoio a Pesquisa do Estado de São Paulo, 2010.

JUNQUEIRA, Marcelle A parecida de Barros; PILLON, Sandra Cristina. A Assistência em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: Uma Revisão De Literatura. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v.1, n 2, p. 260 -267, 2011.

LAVRAS, Carmen. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Revista Saúde Sociedade. USP**. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

MARTINIANO, Claudia Santos Sousa. A prescrição de medicamentos por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde no Brasil: caracterização, normatização, formação e lições aprendidas. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2015.

MELO, Maria Carmen Simões Cardoso de et. al.O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: O Cotidiano da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v 58, n. 3, p. 389-398, 2012.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN**. Normas e Rotinas. Brasília, 2015.

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; GOMES, Emiliana Bezerra; SANTOS, Jênifa Cavalcante dos. Fatores de Risco Cardiovasculares em Adultos Jovens com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus. **Revista Gaúcha Enfermagem**, dez, v. 31, n.4, p.662-9, Porto Alegre (RS), 2010.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos Essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V. 66, especial, p. 158-64, 2013.

OLIVEIRA, Graziella Lage; CAIAFFA, Waleska Teixeira; CHERCHIGLIA, Mariangela Leal. Saúde Mental e a Continuidade do Cuidado em Centros de saúde de Belo Horizonte, MG. **Revista Saúde Pública**. v. 42, n.4p. 707-16, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.Necessidades de energia e proteína. Série de Relatos Técnicos, Genebra: **Editora Roca**. p.724, 1998.

PADOVEZE, Maria Clara; FIGUEIREDO, Rosely Moralez de. O papel da Atenção Primária na prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. **Revista Escola de Enfermagem. USP**.V. 48, n.6, p.1137-44, 2014.

PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos et al. **Guia para a Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem**, 2015.Disponível em: <<http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/guia%20constru%C3%A7%C3%A3o%20protocolos%2025.02.14.pdf>>.Acessado em 14/07/2016.

PINTO, Antonio Germane Alves et. al. Apoio Matricial como Dispositivo do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária: Olhares Múltiplos e Dispositivos para Resolubilidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n.3, p. 653-660, 2012.

Prefeitura de São Paulo. **Diretrizes Operacionais**, Unidades básicas de Saúde, SUS. Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Documentosdiretrizes.pdf>>. Acessado em 18/11/2016.

QUEIROZ, Maria Conceição Castro Antonelli Monteiro de; MOREIRA, Maria Auxiliadora Carmo; RABAHI, Marcelo Fouad. Subdiagnóstico de DPOC na Atenção Primária em Aparecida de Goiânia, Goiás. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. V. 38, n. 6, p. 692-699, 2012.

RANDOW, Roberta Mendes Von. Articulação com Atenção Primária à Saúde na Perspectiva de Gerentes de Unidade de Pronto Atendimento. **Revista Rene**. Fortaleza; v 12 n. especial. p 904-12, 2011.

ROCHA, Paulo de Medeiros. Avaliação do Programa Saúde da Família em Municípios do Nordeste brasileiro: Velhos e Novos desafios. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. V. 24 Sup. 1p. S69-S78, 2008.

RODRIGUES, Edilene Matos; NASCIMENTO, Rafaella Gontijo do; ARAUJO, Alisson. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Escola de Enfermagem. USP**. v. 45. n.5, p. 1041-1047, 2011.

RONCALLI, Angelo Giuseppe; LIMA, Kenio Costa de. Impacto do Programa Saúde da Família sobre Indicadores de Saúde da Criança em Municípios de Grande Porte da Região Nordeste do Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11 n. 3, p.713-724, 2006.

SALA, Arnaldo. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: Avaliação na Perspectiva dos Usuários de Unidades de Saúde do Município de São Paulo. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.20, n.4, p.948-960, 2011.

SANTOS, Jessica Adrielle Teixeira; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Implantação de Ações para Enfrentamento do Consumo de Drogas na Atenção Primária à Saúde. **Revista Cogitare Enfermagem**. Jan/Mar; v18, n.1, p. 21-8, 2013.

SANTOS, Adriano Maia dos et al. Práticas Assistenciais das Equipes de Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2687-2702, 2012.

SANTOS, Jose Sebastião et. al. Avaliação do Modelo de Organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, Adotando, como Referência, as Políticas Nacionais de Atenção às Urgências e de Humanização. **Revista Medicina**. Ribeirão Preto. V. 36, p. 498-515, 2003.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e Integradas de Atenção à Saúde: Desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Revista Ciência Saúde Coletiva**, v. 16,

n. 6, p. 275362, 2011.

SILVA, Ana Cavalcante. **O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral-Ceará: uma análise da evolução de saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002.** Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2003.

TOMASI, Elaine et. al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil.** v. 5, n.2, p. 171-180 abr. / jun., 2015.

TRALDI, Maria Cristina; RABESCO, Laís; FONSECA, Márcia Regina Campos Costa da. Avaliação da Capacidade de Acolhimento da Demanda Espontânea nos Serviços de Atenção Básica. **Revista Família Ciclo de Vida e Saúde no Contexto Social. REFACS.** V. 4, n.2, p. 107-118, 2016.

VALENTIM, Rametal. Inventores. **Programa de computador (cotitularidade) validado on-line do PMAQ-AB.**cessionários. Natal, patente. Pedido nº BR 51 2013 0012007 Sedec: 000085 09 out. 2013 (10:13h) cotitular: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte - IFRN (CNPJ:10.877.412/0001-68).

VENANCIO, Sonia Isoyama; ROSA, Tereza Etsuko da Costa; BERSUSA, Ana Aparecida Sanches. Atenção Integral à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: Implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Coletiva Physis.** Rio de Janeiro, v.26 n1, p. 113-135, 2016.

VIEIRA, Viviane Cazetta de Lima et. al. Puericultura na Atenção Primária à Saúde: Atuação do Enfermeiro. **Revista Enfermagem Cogitare.** v.17, n. 1, p. 119-25. Jan/Mar, 2012.

WERNECK, Marcos Azeredo Furkim; FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS Kátia Ferreira Costa. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

XIMENES, Neto. Análise das Práticas de Enfermagem Durante Epidemia de Dengue: Um Olhar para o Processo de Trabalho dos Enfermeiros. **Revista Paulista de Enfermagem.** v. 28, n.3, p. 58-67, julho, 2009.

