



**Protocolo de
Enfermagem**

**Saúde da
Família**

**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE MACAÉ**



**COORDENAÇÃO GERAL
ENFERMAGEM**



Macaé
PREFEITURA
Secretaria Executiva | ATENÇÃO BÁSICA



Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Município de Macaé Saúde da Família

Estratégia Saúde da Família

Última atualização 2025.1

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

Pág x

ATRIBUIÇÕES

Pág x

ACOLHIMENTO E TRIAGEM

Pág x

SAÚDE DA FAMÍLIA

Pág x

1. Estratégia de Saúde da Família	Pág x
1.1. Equipe de Saúde da Família	Pág x
2. Mapeamento	Pág x
3. Cadastramento	Pág x
4. Equipe Multidisciplinar - eMulti	Pág x
4.1. Diretrizes e Objetivos da eMulti	Pág x
4.2. Práticas Prioritárias da eMulti	Pág x
5. Reunião de Equipe	Pág x
6. Educação Permanente	Pág x
7. Consulta de Enfermagem/SAE.	Pág x
8. Visita Domiciliar.	Pág x
9. Coordenação do Cuidado	Pág x
10. Participação do Usuário	Pág x
11. Prescrições medicamentosas realizadas pelo Enfermeiro	Pág x
12. Sistemas de Informação de interesse para a APS	Pág x

APRESENTAÇÃO

A Coordenação de Enfermagem de Macaé no uso de suas atribuições elabora e atualiza o Protocolo para Atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS), em especial na Estratégia Saúde da Família (ESF). Este protocolo tem como finalidade nortear os profissionais de Enfermagem na prática cotidiana dos serviços, proporcionando acesso a publicações pertinentes a essa área de forma sucinta e objetiva. Espera-se ainda que este material possa instrumentalizar a Equipe

de Enfermagem para que esteja devidamente sensibilizada e capacitada para atuar no âmbito de suas competências e favorecer o entendimento sobre a organização da rede, referenciando e contra referenciando o usuário, conforme a necessidade, aos demais níveis de atenção, garantindo a integralidade do cuidado, assegurando a longitudinalidade e a qualidade do atendimento. É importante lembrar que a consulta a este protocolo não exclui a necessidade de consultar os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

A ESF emprega equipes multidisciplinares para prestar cuidados de saúde abrangentes, desde a promoção da saúde até a reabilitação, focando no cuidado integrado e direcionado à população de um território específico. A estratégia é essencial para expandir a cobertura da APS no Brasil e foi desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado dirigidas à população do território e por gestão qualificada.

Para alcançar a diversidade e o nível de complexidade da APS, faz-se necessário organizar os serviços e desenvolver ações multiprofissionais que fortaleçam o cuidado centrado na pessoa, fato esse que requer dos profissionais e gestores a adoção de ferramentas alinhadas com os eixos políticos atualizados e exigidos pelo Ministério da Saúde. Neste contexto, ressalta-se os enfermeiros, pois possuem um papel fundamental na implementação das políticas públicas, além de representar quantitativamente a maior força de trabalho desse setor.

Esta versão do protocolo foi construída a partir do arcabouço legislativo e das melhores práticas baseadas em evidências científicas para validar a prática de toda a Equipe de Enfermagem, em especial no contexto da ESF.

ATRIBUIÇÕES

A prática da Enfermagem na Atenção Básica deve estar fundamentada na **Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498/1986)** e no **Decreto nº 94.406/1987**. É essencial que essa prática seja respeitada em todas as suas dimensões e graus de habilitação: **Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem**.

Esta **versão 2025** foi revisada para garantir a adequação às **melhores práticas, legislações vigentes e novas diretrizes da Atenção Primária à Saúde**, fortalecendo o papel da Enfermagem na coordenação e integralidade do cuidado à população.

Em 2017, o Ministério da Saúde por meio da portaria nº 2436, aprovou a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a reorganização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Nesta portaria são definidas as atribuições de toda a equipe de saúde, inclusive da enfermagem.

ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS MEMBROS DAS EQUIPES QUE ATUAM NA ATENÇÃO BÁSICA SEGUNDO A PNAB 2017

- I. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- II. Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- III. Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).
- IV. Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;
- V. Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;
- VI. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela

- continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII. Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;
 - VIII. Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;
 - IX. Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
 - X. Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;
 - XI. Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;
 - XII. Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contra referência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;
 - XIII. Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;
 - XIV. Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;
 - XV. Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;
 - XVI. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
 - XVII. Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que

ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

- XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;
- XIX. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;
- XX. Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);
- XXI. Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;
- XXII. Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
- XXIII. Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;
- XXIV. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- XXV. Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;
- XXVI. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- XXVII. Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros

programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias; e

XXVIII. Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

E QUAIS AS ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA?

A prática da Enfermagem no âmbito da atenção básica em saúde deve estar fundamentada na Lei do Exercício Profissional, Lei nº 7.498/1986 e Decreto nº 94.406/1987. Cabe ressaltar que essa prática deve ser respeitada em todas as suas dimensões e graus de habilitação: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem. **Esta versão 2025 foi revisada para garantir a adequação às melhores práticas, legislações vigentes e novas diretrizes da Atenção Primária à Saúde, fortalecendo o papel da Enfermagem na coordenação e integralidade do cuidado à população.**

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

1. SEGUNDO A LEI 7.498/1986

Art. 11º – I – Privativamente:

- a. Direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- b. Organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c. Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;
- h. Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;
- i. Consulta de Enfermagem;
- j. Prescrição da assistência de Enfermagem;
- l. Cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- m. Cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

Art. 11º – II – Como integrante da equipe de saúde:

- a. Participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b. Participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c. Prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d. Participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e. Prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- f. Prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
- g. Assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- h. Acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i. Execução do parto sem distocia;
- j. educação visando à melhoria de saúde da população.

Parágrafo único. As profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda:

- a. assistência à parturiente e ao parto normal;
- b. identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- c. realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

2. SEGUNDO O DECRETO 94.406/1987

Art. 8º – I – Privativamente:

- a. Direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- b. Organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c. Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;
- d. Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;
- e. Consulta de Enfermagem;

- f. Prescrição da assistência de Enfermagem;
- g. Cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- h. Cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

Art. 8º – II – Como integrante da equipe de saúde:

- a. Participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b. Participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c. Prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d. Participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e. Prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;
- f. Participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de Enfermagem;
- g. Participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;
- h. Prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;
- i. Participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
- j. Acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- l. Execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia;
- m. Participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;
- n. Participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;
- o. Participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;

- p. Participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde;
- q. Participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;
- r. Participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de Enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º – Às profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe:

- I. Prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;
- II. Identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- III. Realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária.

3. SEGUNDO PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 (PNAB)

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

- VIII. Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e
- IX. Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

ATRIBUIÇÕES DOS TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM

1. SEGUNDO A LEI 7.498/1986:

Art. 12. O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- a. participar da programação da assistência de enfermagem;
- b. executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 desta lei;
- c. participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;
- d. participar da equipe de saúde.

Art. 13. O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- a. observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- b. executar ações de tratamento simples;
- c. prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- d. participar da equipe de saúde.

2. SEGUNDO O DECRETO 94.406/1987:

Art. 10 – O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

- I. assistir ao Enfermeiro:
 - a. no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem;

- b. na prestação de cuidados diretos de Enfermagem a pacientes em estado grave;
 - c. na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;
 - d. na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar;
 - e. na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;
 - f. na execução dos programas referidos nas letras “i” e “o” do item II do Art. 8º.
- II. executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro e as referidas no Art. 9º deste Decreto:
 - III. integrar a equipe de saúde.

Art. 11 – O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

- I. preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;
- II. observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;
- III. executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de Enfermagem, tais como:
 - a. ministrar medicamentos por via oral e parenteral;
 - b. realizar controle hídrico;
 - c. fazer curativos;
 - d. aplicar oxigenoterapia, nebulização, enteroclistma, enema e calor ou frio;
 - e. executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;
 - f. efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;
 - g. realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico;
 - h. colher material para exames laboratoriais;
 - i. prestar cuidados de Enfermagem pré e pós-operatórios;
 - j. circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;
 - l. executar atividades de desinfecção e esterilização;
- IV. prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:
 - a. alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;

- b.zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependência de unidades de saúde;
- VI. integrar a equipe de saúde;
- VII. participar de atividades de educação em saúde, inclusive:
 - a.orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de Enfermagem e médicas;
 - b.auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;
- VII. executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes:
- VIII. participar dos procedimentos pós-morte.

3. SEGUNDO PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 (PNAB)

- I. Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- II. Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e
- III. Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

ACOLHIMENTO E TRIAGEM

Desde 2004 a Política Nacional de Humanização com objetivo de priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentou o acolhimento e a escuta qualificada como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo, no serviço, uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Nesse sentido, é fundamental ressaltar que o acolhimento dos usuários é uma atribuição comum a todos os membros da equipe, proporcionando atendimento humanizado, identificando as necessidades de saúde de cada usuário, responsabilizando-se pela continuidade do cuidado e estabelecimento de vínculo.

O acolhimento orienta-se de forma decididamente inclusiva e para que seja efetivo e resolutivo é importante executar uma escuta qualificada desde o primeiro momento em que o usuário acessa a unidade de saúde, ouvindo sua queixa, observando o risco de vulnerabilidade, permitindo que ele expresse suas preocupações e angústias, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (Brasil, 2004).

O acolhimento permite conhecer a população que está demandando serviços de saúde, sendo subsídio para a construção das agendas das equipes enquanto dispositivos que organizam e orientam o trabalho coletivo cotidiano em função das necessidades e prioridades de saúde da população (BRASIL, 2012). Além disso, o Acolhimento à demanda espontânea viabiliza a ampliação/facilitação do acesso, sendo uma forma de reorganização do processo de trabalho da equipe em função das reais necessidades do seu território, além de promover a vinculação e responsabilização das equipes para com seus usuários.

A triagem caracteriza uma ação pontual, focada no evento clínico (na queixa-clínica), limitando-se à divisão: quem não deverá ser atendido x quem deverá ser atendido. O foco está na doença, e, neste caso, a coordenação do cuidado, a vinculação e a responsabilização das equipes pelo acompanhamento contínuo do usuário nos diferentes momentos do processo saúde-doença-cuidado não se constitui como base do trabalho. Outro aspecto importante relaciona o modo como a triagem foi incorporada no funcionamento dos serviços de saúde, em algumas realidades, não sendo incomum critérios como: nº de vagas na agenda (definidos previamente) e ordem de chegada (independente da necessidade clínica) definir o acesso do paciente ao serviço. É fato

encontrar a triagem setorizada e realizada por funcionários administrativos.

SAÚDE DA FAMÍLIA

1. Estratégia de Saúde da Família

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

Dentre as características mais marcantes da AB, está seu alto grau de descentralização e capilaridade, ou seja, chegar o mais próximo possível da vida das pessoas. A AB se torna o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada deles no SUS. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A AB considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir atenção integral (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada a estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da AB, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012). Vale ressaltar que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes.

As ações podem ser desenvolvidas nas unidades de saúde, na comunidade ou no domicílio:

- **Nas unidades de saúde:** geralmente, são os locais onde se realizam os procedimentos de enfermagem, médico e odontológico. Entretanto, podem ser feitas consultas, palestras, rodas de conversa, atividades de educação permanente, reuniões entre outras ações.
- **Na comunidade:** com a identificação de equipamentos sociais, é possível desenvolver diversas ações na comunidade, utilizando os espaços como as creches, escolas, igrejas, centros comunitários entre outros.

- **No domicílio:** o domicílio representa o epicentro da maioria dos processos e ações da ESF, pois é nesse local que tem o acesso aos condicionantes individuais, coletivos, sociais de cada indivíduo e família cadastrada. Nesse aspecto, a visita domiciliar se torna uma ferramenta indispensável para a efetividade das ações de saúde realizadas nas unidades básicas de saúde e na comunidade.

1.1. Equipe de Saúde da Família

As equipes de saúde da família (eSF) atuam através da execução de ações de saúde pautadas em prevenção, promoção, proteção, diagnóstico, tratamento, redução de danos, reabilitação, vigilância em saúde e cuidados paliativos, em âmbito individual, familiar ou coletivo para a população adscrita de seu território, através da gestão qualificada e de práticas de cuidado integradas. A equipe mínima é a composição mínima de profissionais preconizados para a atuação na eSF, da qual faz parte o corpo de enfermagem.

Composição da equipe mínima:

- Médico generalista, especialista em Saúde da Família ou médico de família e comunidade;
- Enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família;
- Auxiliar ou técnico de enfermagem;
- Agentes comunitários de saúde (ACS).

2. Mapeamento

O mapeamento é o conhecimento sobre a sua área, um retrato de sua microárea vista de cima que, ao ser observado, mostra com clareza os locais onde se encontram os principais problemas de saúde e do meio ambiente. Ao desenhar o mapa, você representa, no papel, o que existe na microárea: ruas, casas, prefeitura, escolas, serviços de saúde, feira, comércio, igrejas, correio, posto policial, rios, pontes, córregos e outras coisas importantes.

A partir do reconhecimento da área através da confecção do mapa e do estudo da área, é possível desenhar a cobertura de assistência necessária para o território. No caso do número de ACS que deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, é preciso considerar que uma ACS pode ter cadastrado em sua

microárea um máximo de 750 pessoas e que cada equipe pode ter no máximo 12 ACS, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

Cada eSF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 2.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

3. Cadastramento

O cadastramento e sua atualização, apesar de delegados geralmente ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), são atribuições comuns a todos os membros da equipe atuante na APS. É realizado mediante o preenchimento de fichas padronizadas que ajudam na definição precisa do território, estando organizado nas dimensões domiciliar e individual.

O cadastro é o primeiro passo para o conhecimento da realidade das famílias residentes na área de adscrição de sua responsabilidade. É importante que a equipe tenha em mente que esse é um momento importante para o estabelecimento de vínculo entre a equipe de SF e as famílias. A meta sempre será de 100% das famílias de sua área de responsabilidade cadastradas.

4. Equipe Multidisciplinar - eMulti

De acordo com a Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, “entende-se por eMulti equipes compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da Atenção Primária à Saúde - APS, com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde – RAS”.

4.1. Diretrizes e objetivos da eMulti:

- Facilitar o acesso
- Valorizar a multi e interprofissionalidade
- propiciar integralidade

- Superar a fragmentação do cuidado
- Ampliar o escopo de práticas de cuidado
- Longitudinalidade do cuidado
- Aprimorar a resolubilidade da APS
- Assistência, prevenção, promoção, vigilância e formação

4.2. Práticas prioritárias da eMulti:

- Atendimento individual, em grupo e domiciliar;
- Atividades coletivas;
- Apoio matricial;
- Discussões de casos;
- Atendimento compartilhado entre profissionais e equipes;
- Ações de saúde à distância;
- Projetos terapêuticos e intervenções no território;
- Práticas intersetoriais.

5. Reunião de Equipe

Para obter melhor impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que as ações da ESF tenham por base uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas que estejam integrados e sejam capazes de desenvolver ações multiprofissionais de promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como Projetos Terapêuticos Singulares que impactam de forma positiva a comunidade local. Para alcançar esse objetivo é indispensável um bom planejamento com a participação e integração de toda a equipe da unidade de saúde, com destaque para a participação dos profissionais da equipe E-multi, portanto é necessário agendar as reuniões semanais em um dia e horário que seja possível todos participarem ou a grande maioria. Além disso, é importante que toda unidade registre os principais temas discutidos nas reuniões no Livro de Ocorrências/Livro Ata e solicite a assinatura dos presentes ao final de cada encontro. As reuniões configuram-se como espaços privilegiados de diálogo, nos quais se possibilita a construção de planos de cuidado individual e familiar, com definição clara das ações a serem desenvolvidas e também é um espaço para dialogar e alinhar as relações de trabalho, reduzindo possíveis conflitos no ambiente entre os membros da equipe. Essa prática favorece momentos únicos de *brainstorming*, troca de saberes, planejamento coletivo e geração de subsídios que qualificam a tomada

de decisões. Ademais, as reuniões colaboram para a reestruturação contínua do processo de trabalho, fundamentada nos dados e informações disponíveis até o momento. É atribuição comum de todos os componentes da ESF organizar e participar de reuniões de equipe, de forma periódica (BRASIL, 2012).

Educação Permanente

A Educação Permanente na ESF deve ser constitutiva, garantindo a qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. “A Educação Permanente deve ir além de sua dimensão pedagógica, a mesma deve ser encarada como uma importante estratégia de gestão, com o objetivo de permitir mudanças no cotidiano dos serviços e deve ser embasada num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho que podem ser definidos por múltiplos fatores” (BRASIL, 2012).

6. Consulta de Enfermagem/SAE

Faz-se importante que a equipe de enfermagem que atua na ESF, atue de forma sistematizada, com registro de todas as ações planejadas e desenvolvidas para o indivíduo, família e/ou comunidade. Atualmente, uma das formas de atuação sistematizada acontece por meio do Processo de Enfermagem, que é composto por cinco etapas: coleta de dados; diagnósticos de enfermagem; planejamento (meta, objetivos e prescrições); implementação e evolução. O profissional de enfermagem precisa lançar mão de teorias e terminologias em enfermagem, capazes de contemplar a realização do processo de enfermagem e sistematizar sua assistência. Algumas teorias são muito usadas e são mais adequadas para a atuação do enfermeiro na AB, tais como a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta de Aguiar e a teoria do Autocuidado de Oren. Quanto às terminologias que são fundamentais para a construção de diagnósticos e prescrição estão a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

7. Visita Domiciliar

A visita domiciliar é a atividade mais importante do processo de trabalho das equipes

de SF, destacando o serviço do ACS. Ao entrar na casa de uma família, a equipe não adentra somente no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa. Nesta casa vive uma família, com seus códigos de sobrevivência, suas crenças, sua cultura e sua própria história (BRASIL, 2009).

Para ser bem feita, a visita domiciliar deve ser planejada. Ao planejar, utiliza-se melhor o tempo e respeita-se, também, o tempo das pessoas visitadas. Para auxiliar no dia a dia do seu trabalho, é importante que o profissional tenha um roteiro de visita domiciliar, o que vai ajudar muito no acompanhamento das famílias da sua área de trabalho. Também é recomendável definir o tempo de duração da visita, devendo ser adaptada à realidade do momento. A pessoa a ser visitada deve ser informada do motivo e da importância da visita (BRASIL, 2009).

Após a realização da visita, é importante verificar se o objetivo dela foi alcançado e se foram dadas e colhidas as informações necessárias. Toda visita deve ser realizada tendo como base o planejamento da equipe, pautado na identificação das necessidades de cada família. Pode ser que seja identificada uma situação de risco e isso demandará a realização de outras visitas com maior frequência (BRASIL, 2009).

8. Coordenação do Cuidado

Trata-se da elaboração, acompanhamento e geração de projetos terapêuticos singulares, bem como o acompanhamento e organização do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Para que seja implementada a coordenação do cuidado são necessários 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 (BRASIL, 2012).

9. Participação do Usuário

Direito de todo cidadão, a saúde vem sendo assumida desde a Constituição de 1988 como uma responsabilidade do Estado, regulamentado pela Lei n. 8080 (Lei Orgânica da Saúde) do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Decreto n. 7408 e Lei 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde

(SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A participação do usuário ou a participação social se dá em diversos níveis, passando do vínculo do usuário à equipe de saúde da família, destacando-se, preponderantemente, a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), **que conquistou a empatia do usuário** e representa o elo entre o poder público e a comunidade, além de ser o ator que facilita o vínculo dos usuários com os demais membros da Equipe de Saúde da Família.

Outra forma de participação social do usuário é através dos Conselhos de Saúde que podem ser Nacional, Estadual, Municipal e Local sendo instâncias coletivas com poder de decisão, ligadas ao Poder Executivo. São compostos por 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços, nos quais se consolida o controle social e a gestão no processo de construção coletiva do cuidado em saúde no País.

10. Prescrições Medicamentosas Realizadas pelo Enfermeiro

A prescrição de medicamentos pelo Enfermeiro é algo previsto em legislação federal há aproximadamente 40 anos pela Lei Federal nº 7.498 de 1986 que assegura essa atribuição em seu Artigo 11, como descrito:

*Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:
c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;*

Além disso, a Portaria 2.436/2017 do Ministério da Saúde também estabelece, entre as diversas atribuições dos enfermeiros, a prescrição de medicamentos conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normas técnicas definidas pelos gestores federais, estaduais, municipais ou do Distrito Federal.

É importante ressaltar o compromisso com a qualidade das prescrições medicamentosas priorizando o cuidado centrado no paciente, evitando intervenções desnecessárias e iatrogênicas e ainda estimular o uso racional de medicamentos.

No Município de Macaé as receitas prescritas pelo Enfermeiro terão validade de noventa (90) dias e serão aceitas em todas as farmácias do setor público. Além disso, os medicamentos devem ser prescritos de acordo com a denominação comum

brasileira (DCB) ou em sua falta na denominação comum internacional (DCI) de forma legível de acordo ao disposto na Lei Nº 9.787, de 10 de Fevereiro de 1999. As receitas devem conter carimbo e assinatura do prescritor, bem como o carimbo da unidade de atendimento.

É importante ter acesso a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) para compreender quais medicamentos estão padronizados no município. A lista dos medicamentos que podem ser prescritos pelo enfermeiro da rede pública de Macaé pode ser acessada de acordo com cada linha de cuidado estabelecida no município.

11. Sistemas de Informação de interesse para a APS

- Prontuário Eletrônico do Cidadão
- Sistema de Regulação - SISREG
- Sistema de Informação de Agravos e Notificação - SINAN
- Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI
- e-SUS Notifica
- SISAB
- SISCAN