



## CAPÍTULO 3

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA APS NO CONTEXTO BRASILEIRO

PALAVRAS-CHAVE:  
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA  
DE ENFERMAGEM;  
PROCESSO DE ENFERMAGEM;  
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

### GRASIELLE CAMISÃO RIBEIRO

ENFERMEIRA. MESTRE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE PELO MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PELA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (MPAPS) DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP; CAMPINAS - SP

### ERICA GOMES PEREIRA

ENFERMEIRA. DOUTORA EM CIÊNCIAS. ESPECIALISTA EM LABORATÓRIO, DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

### MARIA CLARA PADOVEZE

ENFERMEIRA. PROFESSORA ASSOCIADA, DOCENTE PERMANENTE DO PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (MPAPS), DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

# INTRODUÇÃO

Há 40 anos, a Declaração de Alma-Ata, criada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, propôs aos países-membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) a valorização da Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo promotor do acesso universal em busca da minimização das desigualdades em saúde<sup>1</sup>.

No entanto, nas décadas seguintes houve precárias interpretações a respeito dessa declaração, somada a baixa motivação política e ao financiamento limitados para a saúde, acirrando o debate internacional sobre a universalidade da assistência a saúde<sup>2</sup>.

É nesse cenário que a Declaração de Astana, promulgada em 2018, ancorada nos mesmos princípios de Alma-Ata, fez o esforço de repactuar com os países-membros da OMS a revitalização e o fortalecimento da APS, reconhecendo-a como essencial para o alcance da cobertura universal de saúde, e, ao mesmo tempo, defendeu a sustentabilidade dos sistemas de saúde por meio de inovações, por exemplo, equipes interprofissionais com foco nas necessidades em saúde dos pacientes, equipes de enfermeiros que atuam na promoção e no gerenciamento das doenças não transmissíveis (DSTs) por meio de uma prática clínica avançada<sup>3</sup>.

Mas o enfermeiro brasileiro na APS, na prática, tem deparado com uma realidade repleta de desafios, que é permeada tanto pelo conflito de se responsabilizar pelo conjunto das atividades que compõem a dinâmica de funcionamento do serviço de saúde quanto pelo trabalho assistencial ampliado preconizado pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

A frágil percepção dos profissionais de Enfermagem sobre o impacto do processo desse setor na organização do trabalho da equipe também

dificulta a consolidação da Enfermagem como Ciência<sup>4</sup>, ocasionando o alheamento sobre a própria prática profissional<sup>5</sup>. Estudos internacionais relatam que há um fosso entre a legislação de Enfermagem e a prática clínica da equipe dessa área, o que fragiliza a documentação da assistência e o uso da prática baseada em evidências<sup>6</sup>. Atitudes e compreensões divergentes acerca do cuidado operacionalizado pelos profissionais de Enfermagem tornam o registro sistematizado da prática clínica desafiador<sup>7</sup>, e o tempo despendido ao registro do cuidado clínico é insuficiente diante do excessivo trabalho administrativo e das barreiras às mudanças em relação ao que os demais profissionais de saúde esperam dos profissionais de Enfermagem<sup>8</sup>.

No Brasil, o método científico empregado para organizar a assistência de enfermagem prestada à pessoa, à família e/ou às comunidades tem sido denominado Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), mas, na literatura internacional, comumente é conhecido pela expressão Processo de Enfermagem (PE). Ele visa delimitar a forma como o cuidado de Enfermagem se diferencia dos outros profissionais de saúde, salientando a sistematização, a organização e a metodologia científica das ações dos profissionais de Enfermagem<sup>7,9-11</sup>.

Há 10 anos o Conselho Federal de Enfermagem<sup>12</sup>, sob a Resolução n. 358/2009, corrigiu a normativa anterior de que a SAE e o PE são atividades privativas do enfermeiro. Tal reformulação explicitou que o trabalho da Enfermagem brasileira é constituído por diferentes categorias profissionais – enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem –, que são socialmente reconhecidas na execução do processo de cuidar, em saúde<sup>13</sup>. Considerou-se também que o PE é um instrumento que orienta o registro do processo de cuidado executado e que deve ser realizado em todos os ambientes em que ocorra a assistência de enfermagem. Desse modo, o técnico e o auxiliar de enfermagem participam da

execução do PE com supervisão e orientação do enfermeiro<sup>12</sup>.

Não obstante as diretrizes nacionais, a implantação da SAE é ainda incipiente na prática profissional brasileira, principalmente na APS. As razões são diversas e não pretendemos esgotar o debate neste capítulo. O Brasil agrega grande contingente de profissionais de nível médio, e a consequente operacionalização do PE pressupõe uma ampla revisão do trabalho de toda a equipe da Enfermagem<sup>9</sup>.

Para o Conselho Federal de Enfermagem<sup>12</sup>, o PE realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais, domicílios, escolas e associações comunitárias, entre outros locais, corresponde à consulta de enfermagem. No contexto da APS brasileira, a consulta de enfermagem deve ser norteadada pelo princípio da integralidade e pela prática baseada em evidências, possibilitando um exercício sistematizado capaz de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada<sup>14</sup>. Ao analisar especificamente a legislação que aborda a consulta de enfermagem, observa-se que ela é vista como uma atividade privativa do enfermeiro e obrigatória em todos os níveis de assistência à saúde<sup>15</sup>, porém, em 2017, tal regulamentação foi revogada<sup>16</sup>.

Vale salientar que os enfermeiros com treinamento em saúde da família, os médicos de família, os agentes comunitários de saúde, assim como outros profissionais com formação em APS, fundamentam e caracterizam a APS<sup>17</sup>. A ampliação e a consolidação da ESF asseguram e ampliam o acesso, promovendo o adensamento tecnológico da APS, a qualificação e a formação de recursos humanos<sup>17</sup>. No entanto, há carências de publicações sobre ferramentas e tecnologias que tratam da operacionalização da SAE no âmbito da APS, com foco no atendimento a famílias.

A implementação da SAE agrega benefícios para o paciente, sua família e a equipe de enfermagem, uma vez que aprimora a qualidade da consulta de enfermagem, favorecendo o registro

do raciocínio clínico do enfermeiro, especificando o cuidado prestado e fomentando a organização do processo de trabalho dos técnicos e dos auxiliares de enfermagem<sup>18</sup>.

Embora a equipe reconheça a SAE como um potencial de fortalecimento para a melhoria da qualidade da assistência em enfermagem, essa ferramenta ainda não é executada em sua totalidade no dia a dia<sup>18</sup>. O registro assistemático do cuidado prestado tende a reiterar a descrição leiga da área de conhecimento em Enfermagem como uma diversidade de tarefas manuais rotineiras, por exemplo, banho, aplicação de injeção, curativo, entre outras, destituídas de aspectos reconhecidamente científicos envolvidos nesse processo<sup>13</sup>.

O avanço na construção científica da Enfermagem requer, portanto, a avaliação de sua prática por meio do registro sistematizado para além de uma imposição legal ou de uma tarefa burocrática. Estratégias do Cofen, engajamento das instituições de Ensino Superior e adensamento das pesquisas em Enfermagem explicitam que há uma lacuna entre os conhecimentos sobre o PE e a atitude para a implementação da SAE na prática clínica<sup>19</sup>.

## OBJETIVOS

Este capítulo tem como objetivos:

- » Apresentar os conceitos sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem e sobre o Processo de Enfermagem.
- » Descrever barreiras e facilitadores da Sistematização da Assistência de Enfermagem no contexto da atenção primária à saúde brasileira.
- » Relatar tecnologias que favoreçam a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem por enfermeiros no atendimento às famílias.



# A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E O PROCESSO DE ENFERMAGEM: CONCEITOS

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) vem sendo implementada cada vez mais na prática assistencial dos enfermeiros, dos técnicos e dos auxiliares de enfermagem em âmbito nacional, no intuito de conferir maior segurança aos pacientes, aprimorar a qualidade da assistência e ampliar a autonomia dos profissionais da Enfermagem<sup>20</sup>.

Na literatura nacional, entretanto, a compreensão acerca do significado da SAE não é uma unanimidade<sup>21</sup>. Muitas vezes, a SAE é vista como sinônimo e/ou antônimo ao conceito de PE. A SAE engloba múltiplas ferramentas que auxiliam a organização da assistência de enfermagem, e o PE é um instrumento sistemático com etapas inter-relacionadas que requerem uma teoria e uma linguagem específica da Enfermagem. Adotaremos as definições mencionadas no Conselho Federal de Enfermagem<sup>12</sup>, conforme mostra a Figura 1.

FIGURA 1. DEFINIÇÃO E COMPONENTES DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E DO PROCESSO DE ENFERMAGEM<sup>12</sup>



No Brasil, o PE tem sido utilizado para sistematizar a assistência de enfermagem em diversos níveis de atenção à saúde<sup>22</sup>, favorecendo e organizando as condições necessárias ao cuidado<sup>23</sup>. Vale destacar que o PE é operacionalizado por meio de fases ou etapas, que variam de acordo com cada autor, no que diz respeito ao número e à terminologia empregada para definir seus componentes.

Assumimos que o PE é composto de cinco etapas inter-relacionadas, demonstrado na Figura 2, segundo o Conselho Federal de Enfermagem<sup>12</sup>.

FIGURA 2. ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM



A coleta de dados de enfermagem (**etapa 1**) prevê a captura de informações para identificar e/ou mensurar o perfil saúde-doença de indivíduos, famílias e/ou comunidade e compõe a prática profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Os dados podem ser

investigados de forma direta, mediante entrevista e exame físico, ou de forma indireta, por meio de prontuários, resultados de exames laboratoriais, registros de outros profissionais da equipe multiprofissional, entre outros recursos<sup>20</sup>. Eles também são classificados em: dados objetivos (temperatura axilar de 38° C e frequência respiratória de 32 rpm) ou dados subjetivos (“tenho febre há dias, sinto-me abatido e com muita dor no corpo”)<sup>20</sup>.

Prosseguindo, o diagnóstico de enfermagem (**etapa 2**) interpreta e agrupa os dados coletados na primeira etapa para culminar na tomada de decisão quanto aos diagnósticos de enfermagem mais pertinentes aos indivíduos, às famílias e/ou à comunidade avaliada, mas é uma atividade privativa do enfermeiro<sup>12</sup>. Essa etapa expõe a interpretação analítica das situações de interesse da área da Enfermagem de maneira coerente com as contribuições do enfermeiro para a saúde da população<sup>24</sup>. Além disso, proporciona as bases para a seleção das intervenções de enfermagem em ordem de prioridade, fundamentada na relevância do fenômeno para o indivíduo, as famílias e/ou a comunidade<sup>20</sup>.

O planejamento de enfermagem (**etapa 3**) determina quais intervenções serão realizadas diante das respostas colhidas na etapa de diagnóstico de enfermagem (etapa 2) e também é uma atividade privativa do enfermeiro<sup>12</sup>. Para fins didáticos, compreendemos o resultado esperado e a intervenção de enfermagem como sinônimos de prescrição de enfermagem. Operacionalmente, o enfermeiro analisa e determina quais prescrições de enfermagem precisam ser seguidas imediatamente e em médio/longo prazo<sup>25</sup>. Também, devem-se incluir um horizonte longitudinal para

a continuidade da assistência de enfermagem e uma medida temporal para seu alcance. Caso os resultados esperados não sejam alcançados no período inicialmente proposto, será necessário reavaliar os diagnósticos, os prazos estipulados e os cuidados prescritos<sup>25</sup>.

A implementação da assistência de enfermagem (**etapa 4**) operacionaliza as intervenções captadas na etapa planejamento de enfermagem (**etapa 3**) e pode ser executada por enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem<sup>12</sup>. Para que as prescrições sejam executadas na assistência prestada, é essencial que estejam bem redigidas e despertem o interesse da equipe de enfermagem por lê-las e realizá-las<sup>20</sup>. Se uma prescrição de enfermagem estiver incompleta, a qualidade do atendimento ofertado poderá ficar comprometida e fragilizar a jurisdição profissional tanto de enfermeiros quanto de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem. Isso ocorre porque muitas vezes não há registro adequado em prontuário, tampouco consenso com toda a equipe de enfermagem acerca dos cuidados necessários aos indivíduos, às famílias e/ou à comunidade assistida<sup>20</sup>.

Finalmente, a avaliação de enfermagem (**etapa 5**) verifica se as intervenções de enfermagem realizadas tiveram o resultado esperado, analisando a condição de saúde dos indivíduos, das famílias e/ou da comunidade, e é executada por enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares da Enfermagem<sup>12</sup>. Desse modo, ao avaliar a assistência prestada, a equipe, sob a liderança do enfermeiro, deve perguntar-se se foram alcançadas as mudanças pretendidas com o cuidado, detectando o que deve ser mantido, o que precisa ser modificado e o que já supriu a necessidade previamente identificada para o plano de cuidados<sup>20</sup>.

Vale ressaltar que o diagnóstico e o planejamento de enfermagem são vistos no PE como atividades exclusivas do enfermeiro<sup>12</sup>, a sua utilização na APS como sinônimo para consulta de

enfermagem, sobretudo na ESF, encontrou um vasto campo para expansão graças à crescente consolidação deste modelo de atenção no Sistema de Saúde brasileiro.

A consulta de enfermagem tem sido utilizada como um dos instrumentos do enfermeiro para aferir as necessidades relacionadas ao ciclo de vida do indivíduo, da família e do território sob sua responsabilidade, assim como para determinar o planejamento das ações de enfermagem que serão guiadas por intermédio, por exemplo, da educação em saúde<sup>26</sup>. Diante da importância dessa ferramenta para a assistência empreendida no contexto da APS e pelo fato de que o enfermeiro é o líder na proposição do planejamento de cuidado de enfermagem, pretendemos abordá-la com mais detalhes, em articulação com outras etapas do PE, a seguir, quando tratarmos sobre a aplicação da SAE na assistência às famílias.

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA APS BRASILEIRA: BARREIRAS E FACILITADORES

O trabalho na APS, particularmente na ESF, tem ampliado e consolidado a identidade clínica de atuação do enfermeiro, pois sua prática, antes relacionada principalmente à liderança dos técnicos e dos auxiliares de enfermagem, que eram os profissionais que de fato faziam a assistência direta à população, agora inclui a mediação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e a realização de consultas de enfermagem a gestantes, crianças, idosos, entre outros pacientes<sup>27</sup>.

Gradualmente, ao longo da reorganização iniciada em 1994 com o Programa Saúde da Fa-

mília, todos os municípios brasileiros tiveram que se responsabilizar pela APS de seus habitantes e, em parceria com as secretarias estaduais de saúde e com outros municípios vizinhos, pelos serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e pela atenção hospitalar<sup>28</sup>.

Pode-se dizer que o estímulo para a reorganização do trabalho da Enfermagem, principalmente na APS, tem ocasionado o avanço de um novo espectro de atuação, haja vista que, tradicionalmente, o saber específico, do ponto de vista histórico, está mais sedimentado na atenção hospitalar e remonta à época de Florence Nightingale – precursora da enfermagem científica.

Assim, a complexidade do trabalho do enfermeiro na APS tem demandado cada vez mais uma postura proativa e crítica<sup>29</sup>, porém a formação profissional nem sempre acompanha, com a velocidade necessária, as intensas transformações ocorridas no cotidiano da assistência<sup>30</sup>.

Quando se observa o ensino da SAE para a formação de enfermeiros e, conseqüentemente, a prática desses profissionais, notam-se excessivas controvérsias conceituais e operacionais que dificultam a compreensão e geram confusão acerca da aplicação dessa sistematização nos diversos serviços de saúde<sup>30</sup>. Muitas vezes, os técnicos e os auxiliares de enfermagem são designados para a operacionalização do PE, nas etapas de coleta de dados, implementação e avaliação da assistência de enfermagem, sem o devido debate acerca da coesão do cuidado, ação que é diagnosticada e planejada sob a liderança dos enfermeiros.

Essas características chamam a atenção para o fato de que o ensino da SAE precisa integrar o currículo das instituições formadoras de níveis técnico e superior em Enfermagem, especificando e problematizando a participação de cada profissional no PE. Uma recente pesquisa identificou, por exemplo, que a principal barreira para a consolidação do ensino da SAE entre os cursos

técnicos de Enfermagem se traduz na imaturidade e na inexperiência dos professores<sup>31</sup>.

Um dos possíveis encaminhamentos para o enfrentamento do problema pode ser o desenvolvimento/validação de ferramentas pedagógicas inovadoras para o ensino da SAE em nível técnico, por exemplo, com uso de objetos virtuais de aprendizagem, que podem incentivar a revisão dos currículos, a reformulação dos conteúdos e a rápida aplicabilidade do PE pelos próprios alunos durante o processo de formação<sup>32</sup>. Assim, promove-se o adensamento profícuo nas etapas de coleta de dados, implementação e avaliação de enfermagem, em especial nos pontos que são nucleares para o trabalho de técnicos e auxiliares de enfermagem, contribuindo para amenizar a histórica dicotomia entre trabalho intelectual e manual no interior da área.

Quando o ensino da SAE é realizado na formação de enfermeiros, são observadas diversas aplicações – as quais nem sempre estão inter-relacionadas – tanto no processo de ensino-aprendizagem desenvolvido em sala de aula e nos laboratórios das instituições de Ensino Superior (IES) quanto no processo educacional que ocorre nos serviços de saúde, entre supervisores e alunos, durante os estágios obrigatórios<sup>33</sup>.

Outro estudo sobre a percepção dos graduandos a respeito do ensino da SAE revela que o conteúdo é oferecido de forma fragmentada ao longo do curso e que a dificuldade de contextualização interfere na compreensão dos elementos componentes do PE durante a operacionalização da consulta de enfermagem<sup>34</sup>.

Vale salientar que o aprofundamento no ensino da SAE não se esgota, pois, conforme Ribeiro e Padoveze<sup>18</sup>, as competências requeridas refletem uma etapa crítica quanto ao preparo dos alunos que compõem as diferentes categorias profissionais presentes na equipe de Enfermagem, o que exige qualidade na assistência dessa



área, e não apenas o cumprimento de uma exigência legal.

Como contextualizar, então, as diferentes matrizes teóricas que originam os diagnósticos de enfermagem e fomentar o aperfeiçoamento das prescrições no planejamento do cuidado de enfermagem na APS? Um estudo sobre as barreiras enfrentadas por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem para o uso da SAE e, conseqüentemente do PE, chama a atenção para o fato de que pouco mais da metade dos profissionais entrevistados (53%) na APS consideraram que não havia conhecimento suficiente sobre como se daria a aplicação no cotidiano dos serviços de saúde<sup>18</sup>.

É importante salientar que as distintas etapas do PE já estão integradas à prática cotidiana do enfermeiro, mas são muitas vezes operacionalizadas de forma assistemática. Costumeiramente, o enfermeiro executa mais do que anota ou sua anotação não contempla tudo o que foi realizado durante a jornada de trabalho<sup>26</sup>. Em outro estudo sobre as justificativas de uso assistemático do PE pelos enfermeiros na APS, há relatos de que o aumento da demanda espontânea sobrecarrega os profissionais, requerendo um atendimento mais rápido, com foco na queixa principal, e que o raciocínio clínico fica reduzido às ações que serão de imediato implementadas<sup>14</sup>.

Um diagnóstico situacional elaborado com base na percepção da equipe da Enfermagem de uma unidade básica de saúde sobre os elementos que interferem na implementação da SAE e na realização do PE demonstrou a concordância de mais da metade dos entrevistados acerca de barreiras e facilitadores para o desenvolvimento da SAE e do PE no contexto da APS<sup>18</sup>, conforme sintetizado na Figura 3.

FIGURA 3. ELEMENTOS DIFICULTADORES E FACILITADORES PARA A IMPLANTAÇÃO DA SAE E A REALIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE<sup>18</sup>



Apesar de os elementos anteriormente listados não permitirem a ampla generalização para outros serviços da APS, eles podem indicar a presença dos mesmos pontos em contextos semelhantes, pois a implantação da SAE é um desafio para a maioria das instituições, e o reconhecimento dos elementos facilitadores/difícultadores pode expandir a eficácia dessa metodologia na remodelação da assistência da Enfermagem<sup>18</sup>.

Outro estudo, que tratou das ações e interações na prática clínica do enfermeiro na APS, indica que a consolidação de uma prática de excelência clínica visando à integralidade e ao aprimoramento

contínuo da qualidade do cuidado depende do investimento político dos diversos atores envolvidos nos cenários de atuação da área<sup>14</sup>.

O engajamento institucional local, por meio da elaboração de programas de capacitação e de protocolos clínicos consensuais entre a equipe da Enfermagem, pode minimizar as barreiras e potencializar os facilitadores de implementação da SAE<sup>18</sup>. Somado a isso, o registro uniforme dos diagnósticos e do planejamento de enfermagem no prontuário dos indivíduos pode fortalecer a prática baseada em evidências na Enfermagem<sup>14</sup>.

Nesse sentido, para apoiar a implantação da SAE e a realização do PE, propomos 10 passos norteadores para o gestor de uma equipe de Enfermagem na APS (Figura 4). Sugerimos a implantação gradativa, com eleição de temas prioritários, até consolidar todos os assuntos de interesse para a unidade. Enfatizamos que a reformulação e/ou a implantação pormenorizada da SAE/PE somente serão consolidadas com o engajamento político das lideranças que participam da gestão da unidade básica de saúde (por exemplo, o gestor do serviço, o responsável técnico da Enfermagem ou o enfermeiro da ESF). Cabe ressaltar que não temos a pretensão de esgotar o debate sobre outras possibilidades de implementação, visto que há distintos contextos políticos locais em território nacional e poucas experiências relatadas sobre o assunto, principalmente na APS.

FIGURA 4. DEZ PASSOS NORTEADORES PARA O GESTOR DE UMA EQUIPE DA ENFERMAGEM IMPLEMENTAR A SAE/PE NA APS



PE: Processo de Enfermagem; SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem; IES: Instituição de Ensino Superior.

# TECNOLOGIAS QUE FAVORECEM A APLICAÇÃO DA SAE POR ENFERMEIROS NO ATENDIMENTO ÀS FAMÍLIAS

A Política Nacional de Atenção Básica concebe a Saúde da Família como a estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS em ações individuais, familiares e coletivas de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, direcionada à população de um território definido por meio do cuidado integrado de uma equipe multiprofissional<sup>35</sup>. Todavia, quando a Constituição Federal de 1988, no artigo 226, faz referência à família como base da sociedade com especial proteção do Estado, não menciona um conceito específico, apesar de citar três tipos de entidade familiar: a matrimonial; a decorrente de união estável; e a monoparental<sup>36</sup>.

Um estudo realizado sobre o cuidado às famílias na APS revela que o conceito de família influencia diretamente às abordagens na ESF e que sua explicitação é essencial para compreender a qualidade das práticas ocorridas nesse cenário<sup>37</sup>. Diversas ferramentas de abordagem familiar podem avaliar as dinâmicas que interferem nas condições de saúde de seus membros, como: genograma, ciclos de vida, dados ligados à teoria de relacionamentos interpessoais, conferência familiar, entre outras<sup>38</sup>, que serão abordadas em outro capítulo. A efetividade no uso de quaisquer ferramentas de abordagem familiar dependerá do vínculo dos enfermeiros com a população, articulando compromisso e corresponsabilidade com os usuários/famílias e pode corresponder à etapa 1 – coleta de dados de enfermagem do PE durante a consulta de enfermagem.

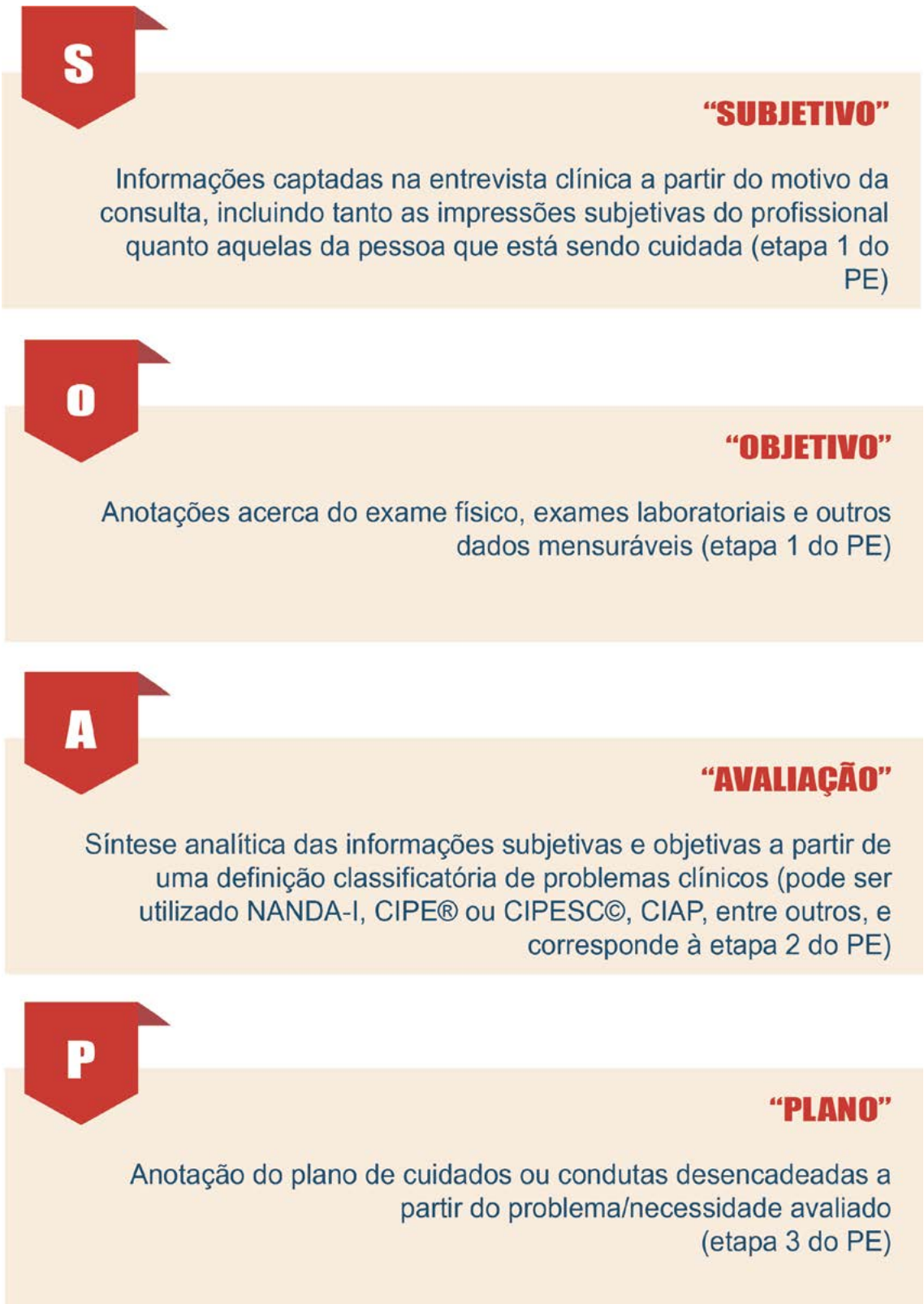
A captação de dados subjetivos por intermédio da entrevista familiar deve ser complementada, por exemplo, com exame físico e/ou com uma avaliação dos exames laboratoriais de todos os integrantes. A ampliação de artifícios para a compreensão da história clínica familiar dependerá essencialmente das demandas de cuidado da família que está sendo assistida pelo enfermeiro na APS. Nesse cenário, a consulta de enfermagem é o principal instrumento de trabalho do enfermeiro na ESF, uma vez que a assistência prestada é norteada pelo método sistemático do PE e há o reconhecimento do trabalho específico do enfermeiro durante o relacionamento com os usuários/famílias e a clarificação do papel desse profissional na equipe de saúde<sup>39</sup>.

A colaboração interprofissional para uma APS efetiva, à luz das inovações indicadas na Declaração de Astana, requer a explicitação dos papéis das diversas profissões, o trabalho real em equipe, a focalização do trabalho no paciente, na família e na comunidade, habilidades de liderança colaborativa e gerenciamento de conflitos<sup>40</sup>.

Outro aspecto importante é o registro das práticas clínicas individual e familiar com a adoção da Classificação Internacional de Atenção Primária (Ciap), parte da família de Classificações Internacionais da OMS, que tem como principal eixo condutor o contexto social, e não o diagnóstico etiológico, englobando os problemas mais frequentes da APS<sup>41</sup>. No Brasil, o uso da Ciap adensa o trabalho na Estratégia Saúde da Família desde 2006, quando passou a ser utilizado pelos diversos profissionais da atenção primária para estruturação dos problemas e dos episódios de cuidado em saúde<sup>42</sup>. A Ciap tem como matriz o registro ágil de três aspectos do episódio de cuidado: o motivo da consulta; o diagnóstico do problema percebido pelo profissional de saúde; e a intervenção resultante. Logo, o motivo da consulta passa a ser o elemento central do encontro entre o paciente e o profissional da saúde<sup>43</sup>.

A estrutura de registro do Ciap no prontuário segue o acrônimo SOAP: S de “subjetivo”, O de “objetivo”, A de “avaliação” e P de “plano”, e está detalhado na Figura 5.

FIGURA 5. DISTRIBUIÇÃO DAS ETAPAS DO ACRÔNIMO SOAP (SUBJETIVO, OBJETIVO, AVALIAÇÃO, PLANO) NO PROCESSO DE ENFERMAGEM (PE)<sup>12,44</sup>



CIAP: Classificação Internacional de Atenção Primária; CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem; CIPESC: Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva; NANDA-I: North American Nursing Diagnosis Association – International.



O registro dos problemas/condições de saúde por meio da Ciap é recomendado pelo Ministério da Saúde para uso corrente de todos os profissionais com nível superior na APS, no e-SUS, desde junho de 2015<sup>41</sup>, e aceito pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, em 2013, contemplando o PE. Segundo os pareceres do Conselho Federal de Enfermagem<sup>45</sup> e do Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Rio Grande do Sul<sup>46</sup>, o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (e-SUS/SIS-AB) não corresponde ao diagnóstico de Enfermagem, por isso há a necessidade de complementação por meio de outros sistemas de classificação utilizados pelos enfermeiros (Nanda-I, Cipe® ou Cipesc®, por exemplo), que serão abordados em outros capítulos.

Assim, quando o enfermeiro utilizar o SOAP para consolidar a SAE no atendimento às famílias, poderá lançar mão tanto de ferramentas específicas da Enfermagem quanto as que são utilizadas pelos demais profissionais da APS. Recomenda-se, no entanto, que sejam apontados os diagnósticos de enfermagem de curto prazo e, de acordo com a evolução, o enfermeiro deve avançar para os de médio e longo prazos<sup>47</sup>.

Para ilustrar o atendimento de um enfermeiro na ESF e a aplicação dos conteúdos específicos da Enfermagem (SAE/PE), além de outros que também são empregados pelos demais profissionais da APS para o cuidado de uma família, apresentamos o exemplo a seguir.

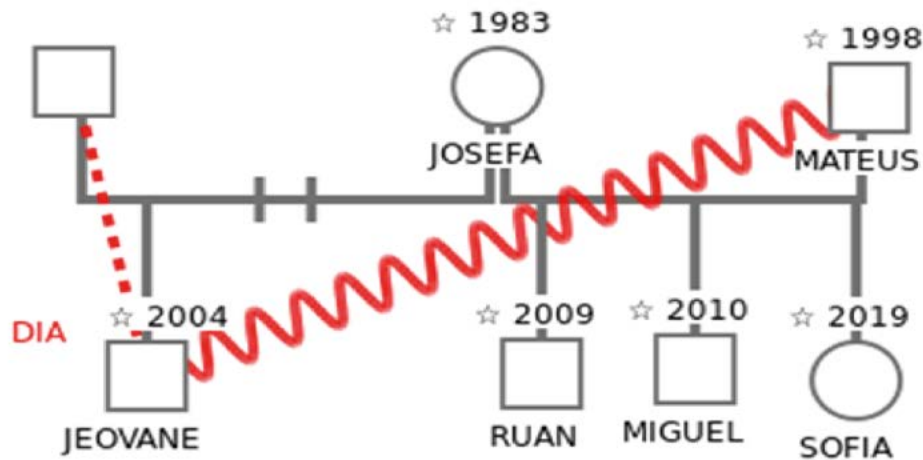
**Exemplo:** Josefa, que tem 36 anos, chega à unidade básica de saúde dizendo que o filho, de 15 anos, chamado Jeovane, já conhecido pela equipe de saúde por ter diabetes *mellitus*, vem se queixando de fraqueza há meses. Para o registro do enfermeiro sobre o motivo da consulta, agendada pelo agente comunitário de saúde, a classificação no acrônimo SOP, tópico “subjeto”, que mais se aproxima da queixa é a A04 – fraqueza, mesmo já se sabendo que o sintoma pode estar relacionado à doença diabetes *mellitus*.

**Etapa 1 – Coleta de Dados de Enfermagem**

(agrega, no acrônimo SOAP, os tópicos “subjeto” e “objetivo”)

O enfermeiro opta pelo uso do genograma, ou árvore familiar (Figura 6), para tentar entender as relações de Jeovane com os outros integrantes da família, os quais moram no mesmo domicílio.

FIGURA 6. USO DO GENOGRAMA, COMPONENTE DA ETAPA 1 – COLETA DE DADOS DE ENFERMAGEM



- » Jeovane: adolescente com diabetes mellitus, tipo 1, há cinco anos. Atualmente, está com 15 anos e vem apresentando picos de hiperglicemia na escola. É o filho mais velho da senhora Josefa e reside com mais três irmãos, além do padrasto. Não tem contato com o pai biológico desde os três anos de idade. Faz uso diário de insulina NPH e de insulina regular. Não se sente doente, mas, esporadicamente, sente-se fraco. Relata preocupação com a sobrecarga de trabalho da mãe, faz autoadministração da insulina, segue a dieta da família (rica em carboidratos) e auxilia no cuidado dos irmãos menores.
- » Josefa (mãe do Jeovane): diz que o próprio Jeovane faz a aplicação de insulina, que ele come doces sem autorização, que ela sabe ler, mas com dificuldades, e que foi orientada sobre os riscos da doença do filho pelo endocrinologista. Justifica que está se sentindo sobrecarregada com os cuidados da filha mais nova, Sofia, 30 dias de vida (gravidez não planejada), por isso não tem tempo para acompanhar/cuidar do filho mais velho. Segundo a mãe, o Jeovane já pode se cuidar sozinho e ajudar em casa. Relata que a dieta da família segue “o que dá para comprar”.
- » Sofia (irmã mais nova do Jeovane): está em aleitamento materno exclusivo, com a carteira de vacina atualizada e já passou em consulta de puericultura na unidade básica de saúde.
- » Miguel e Ruan (outros filhos da Josefa): segundo a mãe, no momento não apresentam problemas, frequentam a escola regularmente e estão com as carteiras de vacinação atualizadas.
- » Mateus (companheiro da Josefa): conforme relato da senhora Josefa, ele está muito estressado em razão das dificuldades financeiras com a chegada da nova filha, além do fato de estar desempregado, e apresenta uma relação conflituosa com Jeovane, que é filho de outro relacionamento da senhora Josefa. Entretanto, ela menciona que ele trata bem os outros filhos, sendo um bom pai. Ele não estava em casa no momento do atendimento e não possui carteira de vacinação.

**Exame físico:**

- » Jeovane: No exame físico, apresentou glicemia capilar de 200 mg/dL, assintomático, bom estado geral, hidratado e corado. Está com a carteira de vacinação atualizada.

**Etapa 2 – Diagnósticos de Enfermagem**

(agrega, no acrônimo SOAP, o tópico “avaliação”)

Apesar de a queixa ser “fraqueza”, o enfermeiro identificou outros diagnósticos que podem estar relacionados a esse motivo inicial da consulta (subjeto). Seguindo o raciocínio clínico, a enfermeira compreende a fisiopatologia do diabetes e as possíveis dificuldades da família em conduzir o tratamento da doença da criança.

Na codificação SOAP, tópico “avaliação”, serão utilizados: T89 – diabetes insulino-dependente, Z-01 – pobreza/problemas econômicos e Z18 – problema com criança doente. O enfermeiro também deve complementar a avaliação com a linguagem de enfermagem preconizada pelo conjunto dos enfermeiros da unidade básica de saúde em que trabalha e/ou aquela pertinente ao caso. Exemplos:

- » **Classificação Internacional de Atenção Primária (Ciap):**
  - Diagnóstico 1: Z 18 – Problema com criança doente
  - Diagnóstico 2: T89 – Diabetes insulino – dependente
  - Diagnóstico 3: Z-01 – pobreza/problemas econômicos
- » **Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE):**
  - Diagnóstico 1: fraqueza
  - Diagnóstico 2: comportamento alimentar infantil prejudicado
  - Diagnóstico 3: conhecimento inadequado sobre o diabetes mellitus
  - Diagnóstico 4: enfrentamento familiar ineficaz
  - Diagnóstico 5: necessidade de cuidados de saúde e social presente

Chamamos a atenção para o fato de que mais detalhes quanto ao uso das diversas linguagens específicas da área de conhecimento da Enfermagem o leitor encontrará em outros capítulos.

Agora, o enfermeiro pode priorizar os diagnósticos de Enfermagem.

**Etapas 3, 4 e 5, respectivamente, planejamento de enfermagem, implementação da assistência de enfermagem e avaliação de enfermagem**  
(agrega. no acrônimo SOAP, o tópico “plano”)

O plano de ação será definido conforme o motivo da consulta e a avaliação do enfermeiro durante o atendimento. Para alcançar a meta terapêutica esperada para o controle da doença crônica de Jeovane, esse profissional da saúde vai precisar considerar a influência de todos os integrantes da família no enfrentamento do problema de saúde do paciente e as características relacionadas a trabalho (renda, ocupação, entre outros), vida (acesso à moradia, água, luz, rede de apoio familiar, acesso ao lazer) e potenciais de desgaste e de fortalecimento envolvidos na dinâmica familiar.

O plano de cuidados deve envolver outros membros da equipe de Enfermagem, o próprio Jeovane e o mapeamento e/ou construção compartilhada de uma rede de apoio à família. Uma conversa com os demais profissionais de saúde por meio de uma reunião de matriciamento e/ou reunião de equipe será necessária para consolidar o plano terapêutico singular imediato da família. Listamos, a seguir, exemplos de prescrições específicas da área de conhecimento da Enfermagem segundo a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (Cipe) que podem ser utilizadas no atendimento imediato do enfermeiro (Quadro 1).

QUADRO 1. EXEMPLO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM

Diagnósticos de enfermagem (Cipe)	Prescrições de enfermagem/intervenções de enfermagem/plano
Fraqueza	Identificar fatores que desencadeiam a fraqueza. Orientar Jeovane sobre o automonitoramento da glicose sanguínea e comunicar os pais/equipe de saúde se houver alguma alteração. Orientar paciente/família sobre a administração de insulina subcutânea, conforme prescrição médica. Demonstrar a técnica de injeção subcutânea para o paciente e a família. Orientar Jeovane a evitar jejum prolongado. Promover o autocuidado do Jeovane. Orientar a criança e/ou acompanhante quanto à importância de adequada ingestão de líquidos.
Comportamento alimentar infantil prejudicado	Orientar o paciente e a família sobre dieta saudável para diabetes. Encaminhar o paciente/família para um nutricionista. Estimular a família a participar do plano de cuidado alimentar. Orientar a criança e/ou família sobre os riscos de saúde causados pelo excesso de peso. Auxiliar a criança na adaptação da dieta ao modo de vida, de acordo com a cultura e os recursos da família.
Conhecimento inadequado sobre diabetes mellitus	Estabelecer um relacionamento de confiança com a criança e a família para facilitar a aprendizagem. Orientar a criança e/ou o acompanhante sobre o problema de saúde enfrentado. Ensinar à criança e/ou ao acompanhante as habilidades necessárias ao novo estilo de vida diário.
Enfrentamento familiar ineficaz	Ajudar na criação de alternativas de cuidado à melhoria de vida do Jeovane e de Josefa. Promover comunicação familiar eficaz. Apoiar a família. Promover o apoio familiar ao paciente. Avaliar o plano de cuidados com a família.
Necessidade de cuidados de saúde e social presente	Encaminhamento para a assistente social. Orientar a família sobre o regime terapêutico e auxiliar nos recursos necessários. Agendar consulta médica, depois de uma semana da primeira abordagem, para reavaliação. Monitorar o cuidado da criança e dos outros membros da família com a equipe multidisciplinar.

CONCLUSÃO

O debate acerca da SAE na APS no contexto brasileiro tem cada vez mais permitido a ampla utilização dos saberes específicos da Enfermagem para a operacionalização e a documentação do PE. Reiteramos que o engajamento local dos enfermeiros assistenciais e, principalmente, do responsável técnico de Enfermagem e do supervisor da Unidade Básica de Saúde são essenciais para o adensamento científico e documental das ações da Enfermagem visando à prática fundamentada em evidências e à luz dos princípios tratados na Declaração de Astana. A problematização do trabalho do enfermeiro durante o cuidado direto às famílias e as repercussões desse plano de cuidado nas ações dos demais membros da equipe da Enfermagem exigem outros estudos e aprofundamentos para que haja uma melhora no que se refere ao cuidado e à qualidade da assistência na APS.



REFERÊNCIAS

1. HONE T, MACINKO J, MILLETT C. REVITING ALMA-ATA: WHAT IS THE ROLE OF PRIMARY HEALTH CARE IN ACHIEVING THE SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS? LANCET. 2018;392:1461-72.

2. GIOVANELLA L, MENDOZA-RUIZ A, PILAR ACA, ROSA MC, MARTINS GB, SANTOS IS ET AL. SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE E COBERTURA UNIVERSAL: DESVENDANDO PRESSUPOSTOS E ESTRATÉGIAS. CIENC SAÚDE COLET. 2018;23(6):1763-1776.

3. LANCET (EDITORIAL). THE ASTANA DECLARATION: THE FUTURE OF PRIMARY HEALTH CARE? 2018 OCT 20;392(10156):1369.

4. FIGUEIREDO PP, LUNARDI FILHO WD, SILVEIRA RS, FONSECA AD. A NÃO IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: REFLEXÃO APOIADA EM CONCEITOS DE DELEUZE E GUATTARI. TEXTO CONTEXTO ENFERM. 2014;23(4):1136-44.

5. CAÇADOR BS, BRITO MJM, MOREIRA DA, REZENDE LC, VILELA GS. SER ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES. REME. 2015;19(3):612-626.

6. JANSSON I, PILHAMAR E, FORSBERG A. FACTORS AND CONDITIONS THAT HAVE AN IMPACT IN RELATION TO THE SUCCESSFUL IMPLEMENTATION AND MAINTENANCE OF INDIVIDUAL CARE PLANS. WORLDVIEWS EVID BASED NURS. 2011;8(2):66-75.

7. ZAMANZADEH V, VALIZADEH L, TABRIZI FJ, BEHSHID M, LOTFI M. CHALLENGES ASSOCIATED WITH THE IMPLEMENTATION OF THE NURSING PROCESS: A SYSTEMATIC REVIEW. IRANIAN J NURS MIDWIFERY RES. 2015;20(4):411-9.

8. HEYDARI A, EMAMI ZEYDI A. BARRIERS TO AND FACILITATORS OF RESEARCH UTILIZATION AMONG IRANIAN NURSES: A LITERATURE REVIEW. J CARING SCI. 2014;1;3(4):265-75.

9. CARVALHO EC, BACHION MM, DALRI MCB, JESUS CAC. OBSTÁCULOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO BRASIL. REV. ENF. UFPE ON-LINE 2007; 1(1):95-99.

10. PÉREZ RIVAS FJ, SANTAMARÍA GARCÍA JM, MINGUET ARENAS C, BEAMUD LAGOS M, GARCÍA LÓPEZ M. IMPLEMENTATION AND EVALUATION OF THE NURSING PROCESS IN PRIMARY HEALTH CARE. INT J NURS KNOWL. 2012; 23(1):18-28.

11. SHEWANGIZAW Z, MERSHA A. DETERMINANTS TOWARDS IMPLEMENTATION OF NURSING PROCESS. AMERICAN JOURNAL OF NURSING SCIENCE. 2015; 4(3):45-49.

12. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO 358, DE 15 OUT. 2009. BRASÍLIA, 2009.

13. GARCIA TR. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: ASPECTO SUBSTANTIVO DA PRÁTICA PROFISSIONAL. ESC. ANNA NERY. 2016;20(1):5-10.

14. KAHL C, MEIRELLES BHS, LANZONI GMM, KOERICH C, CUNHA KS. AÇÕES E INTERAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. REV ESC ENFERM USP. 2018;52:E03327.

15. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO 159, DE 19 ABR. 1993. BRASÍLIA; 1993.

16. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO 544, DE 18 MAIO 2017. BRASÍLIA; 2017.

17. TASCA R, MASSUDA A, CARVALHO WM, BUCHWEITZ C, HARZHEIM E. ATENÇÃO PRIMÁRIA FORTE: ESTRATÉGIA CENTRAL PARA A SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. IN: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. RELATÓRIO 30 ANOS DE SUS, QUE SUS PARA 2030? BRASÍLIA: OPAS; 2018.

18. RIBEIRO GC, PADOVEZE MC. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. REV ESC ENFERM USP. 2018;52:E03375.

19. ALMEIDA BP, DIAS FSB, CANTÚ PM, DURAN ECM, CARMONA EV. ATITUDE DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO QUANTO AO PROCESSO DE ENFERMAGEM. REV ESC ENFERM USP. 2019;53:E03483.

20. TANNURE MC, PINHEIRO AM. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO. RIO DE JANEIRO: GUANABARA KOOGAN; 2010.

21. GARCIA TR, NÓBREGA MML. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: HÁ ACORDO SOBRE O CONCEITO? REV ELETR ENFERM. 2009;11(2):233.

22. TANNURE MC, PINHEIRO AM, CARVALHO DV. O PROCESSO DE ENFERMAGEM. IN: TANNURE MC, PINHEIRO AM. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO. RIO DE JANEIRO: GUANABARA KOOGAN; 2010.

23. NÓBREGA MML, CUBAS MR, EGRY EY, NOGUEIRA LGF, CARVALHO CMG, ALBUQUERQUE LM. DESENVOLVIMENTO DE SUBCONJUNTOS TERMINOLÓGICOS DA CIPE® NO BRASIL. IN: CUBAS MR, NÓBREGA MML. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM. RIO DE JANEIRO; ELSEVIER; 2015.

24. CRUZ DALM. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM. IN: GARCIA TR, EGRY EY. INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO NO SUS E A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. PORTO ALEGRE: ARTMED; 2015.

25. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). PROCESSO DE ENFERMAGEM: GUIA PARA A PRÁTICA. SÃO PAULO: COREN-SP, 2015.

26. SANTOS AS, CUBAS MR. SAÚDE COLETIVA: LINHAS DE CUIDADO E CONSULTA DE ENFERMAGEM. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER; 2012.

27. REGIS CG, BATISTA NA. O ENFERMEIRO NA ÁREA DA SAÚDE COLETIVA: CONCEPÇÕES E COMPETÊNCIAS. REV. BRAS. ENFERM. 2015;68(5):830-6.

28. PINTO LP, GIOVANELLA L. DO PROGRAMA À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: EXPANSÃO DO ACESSO E REDUÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA (ICSAB). CIENC SAÚDE COLET. 2018;23(6):1903-13.

29. CUBAS MR, SANTOS AS. PRINCÍPIOS PARA ABORDAGEM NA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO ESPAÇO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. IN: SANTOS AS, CUBAS MR. SAÚDE COLETIVA: LINHAS DE CUIDADO E CONSULTA DE ENFERMAGEM. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER; 2012.

30. KRAUZER IM, ADAMY EK, ASCARI RA, FERRAZ L, TRINDADE LL, NEISS M. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA: O QUE DIZEM OS ENFERMEIROS? CIENC ENFERM. 2015;21(2):31-38.

31. SALVADOR PTCO, VÍTOR AF, FERREIRA JÚNIOR MA, FERNANDES MID, SANTOS VEP. ENSINAR SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM NÍVEL TÉCNICO: PERCEPÇÃO DE DOCENTES. ACTA PAUL ENFERM. 2016;29(5):525-33.

32. SALVADOR PTCO, MARIZ CMS, VÍTOR AF, FERREIRA JÚNIOR MA, FERNANDES MID, MARTINS JCA ET AL. VALIDAÇÃO DE OBJETO VIRTUAL DE APRENDIZAGEM PARA APOIO AO ENSINO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. REV BRAS ENFERM. 2018;71(1):11-9.

33. ARGENTA CAL. GESTÃO DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR PRIVADAS E AS COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS AOS COORDENADORES DE CURSO: DESAFIOS E SUGESTÕES [TESE]. SÃO PAULO: PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO; 2011.

34. SILVA JP, GARANHANI ML, PERES AM. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA GRADUAÇÃO: UM OLHAR SOB O PENSAMENTO COMPLEXO. REV LATINO-AM ENFERM. 2015;23(1):59-66.

35. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA N. 2436/2017. BRASÍLIA; 2017.

36. BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. BRASÍLIA; 1988.

37. SILVA MCLSR, SILVA L, BOUSSO RS. A ABORDAGEM À FAMÍLIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. REV. ESC. ENFERM. 2011;45(5):1250-5.

38. BRANTE ARSD, MARTINS DS, NEVES FMV, FONSECA JC, OTTONI JLM, OLIVEIRA RFR. ABORDAGEM FAMILIAR: APLICAÇÃO DE FERRAMENTAS A UMA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS/MG. REV. BRAS. FAM. COMUNIDADE. 2016;11(38):1-9.

39. CUBAS MR. CONCEPÇÕES SOBRE CONSULTA DE ENFERMAGEM. IN: SANTOS AS, CUBAS MR. SAÚDE COLETIVA: LINHAS DE CUIDADO E CONSULTA DE ENFERMAGEM. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER; 2012.

40. BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. LABORATÓRIOS DE INOVAÇÃO SOBRE EXPERIÊNCIAS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR. 2018A

41. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. E-SUS ATENÇÃO BÁSICA: MANUAL

DO SISTEMA COM COLETA DE DADOS SIMPLIFICADA –  
CDS (VERSÃO3.0). 2018B

- 42. GUSO G. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA (CIAP 2). FLORIANÓPOLIS: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2009.
  
- 43. LANDSBERG GAP, SAVASSI LCM, SOUSA AB, FREITAS JMR, NASCIMENTO JLS, AZAGRA R. ANÁLISE DE DEMANDA EM MEDICINA DE FAMÍLIA NO BRASIL UTILIZANDO A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. CIENC. SAÚDE COLET. 2012;17(11):3025-36.
  
- 44. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA – SEGUNDA EDIÇÃO: CIAP2. (FOLDER). BRASÍLIA; 2018C.
  
- 45. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. PARECER TÉCNICO N. 8/2017. BRASÍLIA: COFEN, 2017.
  
- 46. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. PARECER TÉCNICO N. 19/2016. FLORIANÓPOLIS, 2016.
  
- 47. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). GUIA DE BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA: NORTEANDO A GESTÃO E A ASSISTÊNCIA. SÃO PAULO: COREN-SP, 2017.
  
- 48. UPTAQUI INT ET, QUAM VOLORER FERCIATUR SIMENIAT VOLES ET MOLORIORE SITATIBUS, VOLLENIT OMNIETUR SIT DOLORISCIAM QUI IUM QUI RAERUM AUTET DOLUPTASPE NE RE CON RERUM QUI ALIBEA QUID QUE ELIGNIS QUASPIET MOS AS SINVERUNTI OMNI DOLOR RESEQUER MOLUPTA NUM QUAS SEQUASIT FUGITATIA.