

DESAFIOS DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

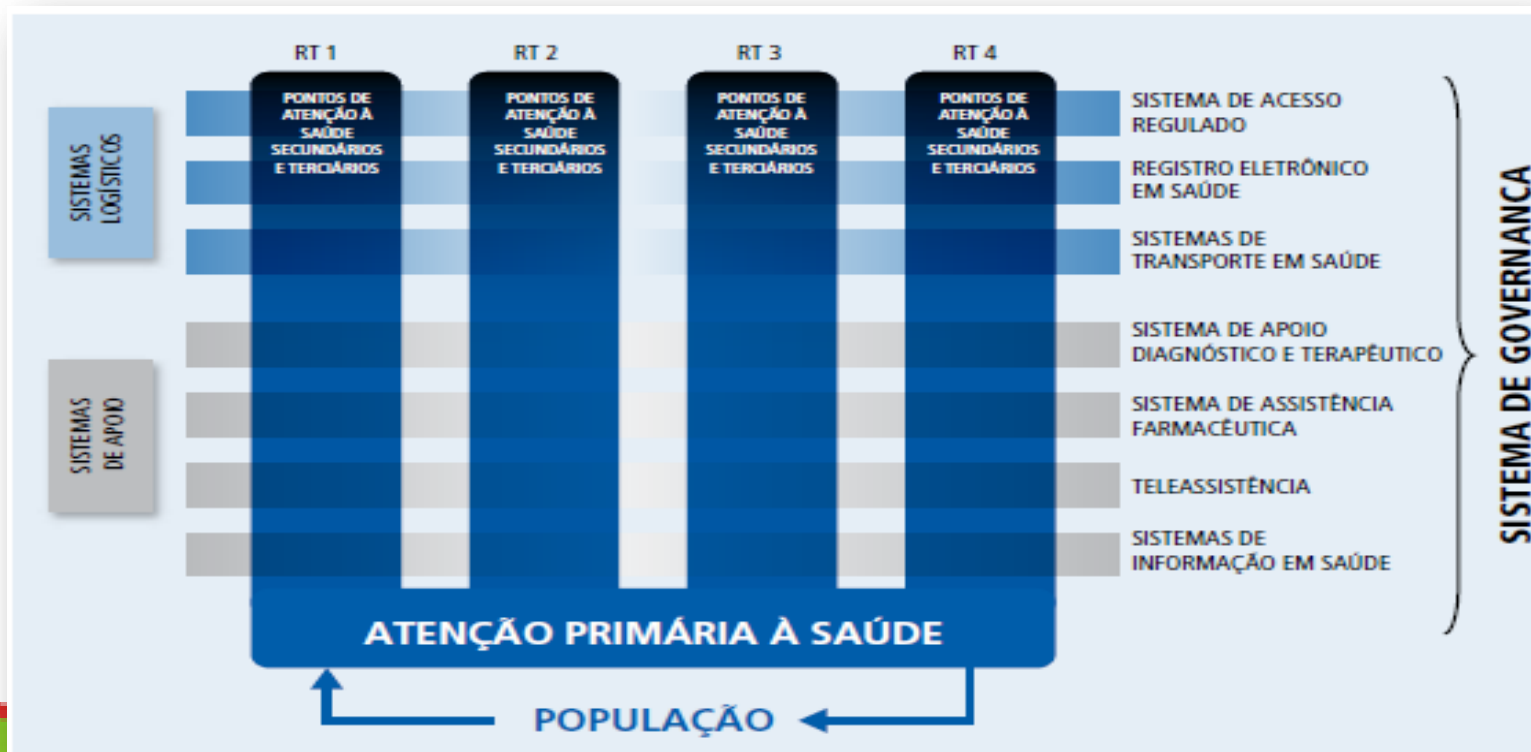
- ❖ Primeiro nível de atenção e principal porta de entrada no sistema de saúde.
- ❖ A maioria das necessidades em saúde da população devem ser abordadas e resolvidas neste nível.
- ❖ Starfield (1992) define a APS como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação comunitária das ações e da competência cultural dos profissionais.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



- ❖ A APS é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.
- ❖ É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, das quais equipes assumem responsabilidade.
- ❖ Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações.

A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde



REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



O funcionamento da rede de atenção deve ser coordenado e ordenado pela APS tendo como atributos: O funcionamento da rede de atenção deve ser coordenado e ordenado pela APS tendo como atributos:

Primeiro Contato - implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema. – ACESSO

Longitudinalidade - requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo. – VINCULO/PLANO DE CUIDADOS

Integralidade - supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, e a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos da rede de atenção. – REDE

Coordenação - implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que solicitam seguimento constante. - REFERÊNCIA/CONTRARREFERÊNCIA

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



- ❖ A APS constitui a primeira ação de regulação sobre o sistema de saúde. A programação das ações especializadas, tem que ser elaborada, em função das necessidades da porta de entrada e das linhas de cuidado adotadas.
- ❖ É o centro de comunicação da rede de atenção à saúde, no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de serviços de saúde. –
COMUNICAÇÃO

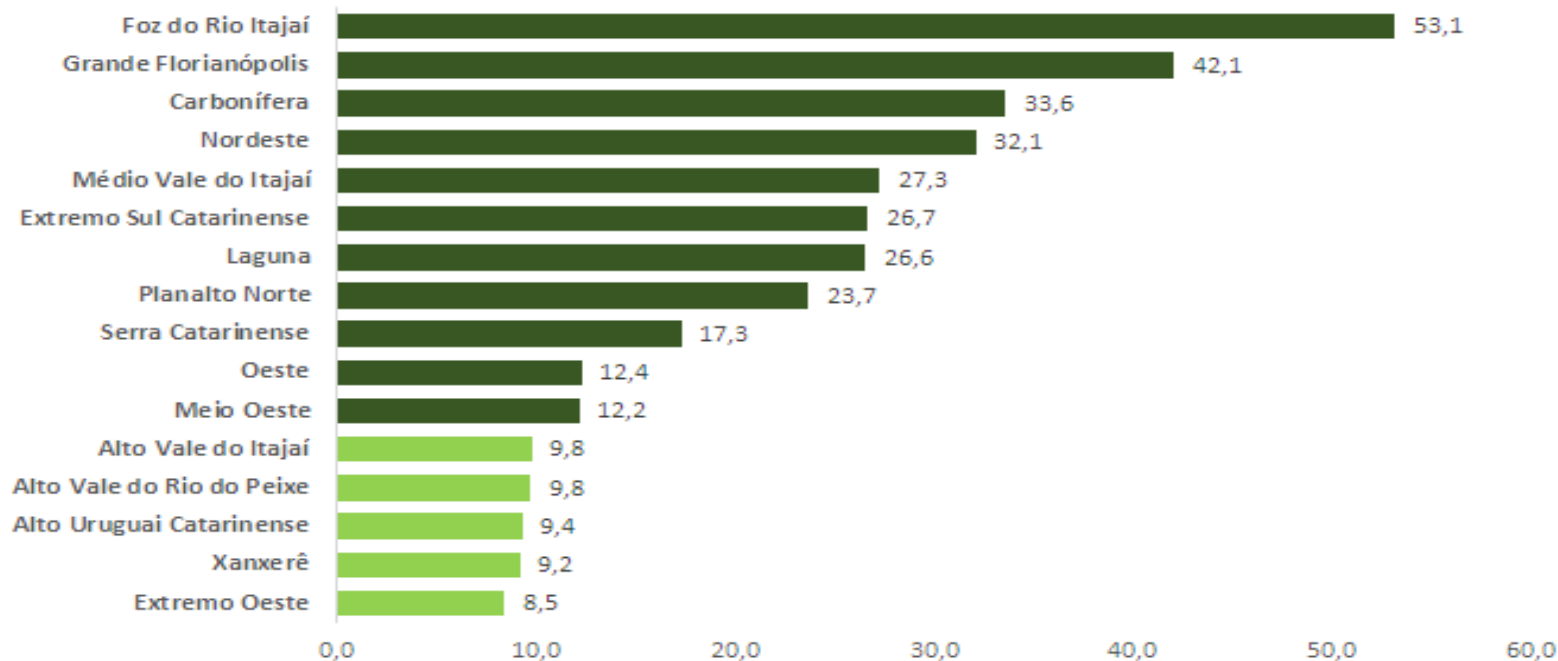
CENÁRIO DE TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA



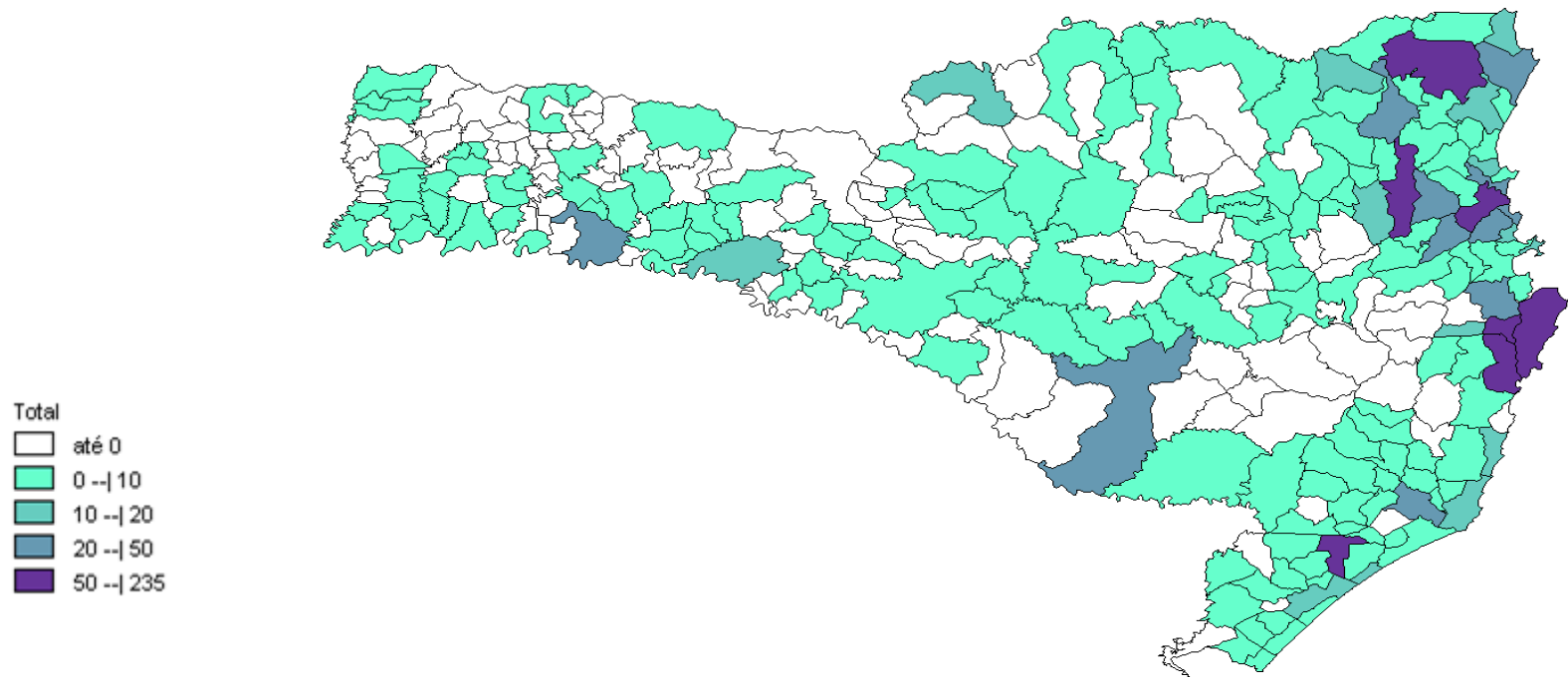
- ❖ Há um aumento considerável de demandas de cuidados relacionados às condições crônicas (neoplasias, hipertensão, diabetes, doenças respiratórias como Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC e asma), ao mesmo tempo em que há ampliação da mortalidade por causas externas (violência, acidentes de trânsito) e persiste a importância das doenças transmissíveis no perfil epidemiológico brasileiro, a exemplo da sífilis, HIV/AIDS, hepatites, meningites e tuberculose (MENDES, 2012).

Nosso sistema de saúde ainda está voltado para atenção de eventos agudos e agudização das condições crônicas.

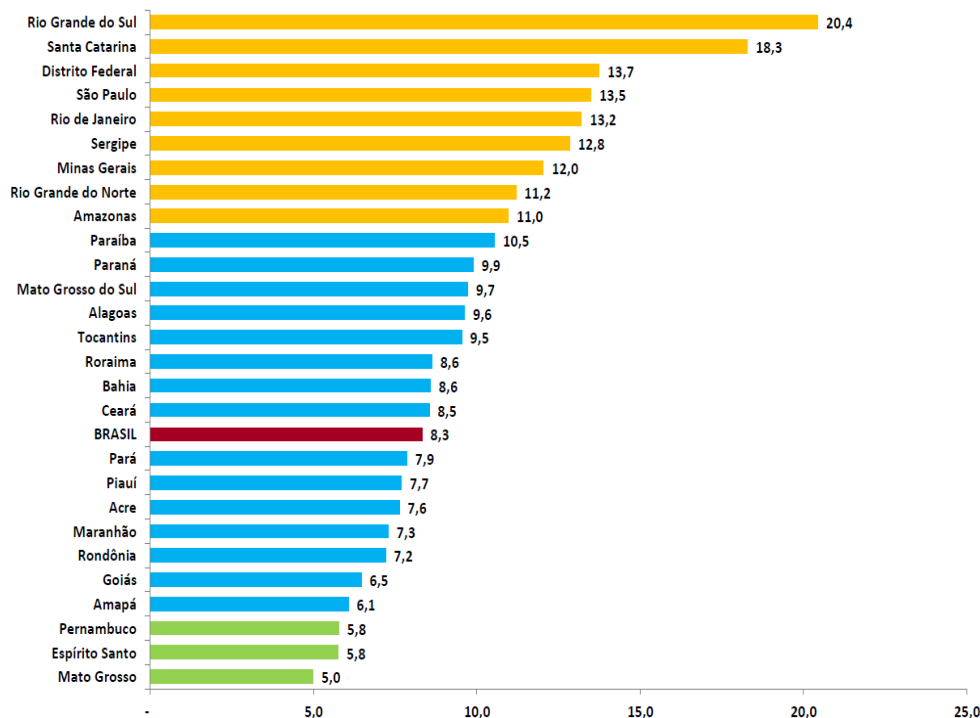
Taxa média de incidência de **Tuberculose** (por 100.000 habitantes), segundo 16 Regiões de Saúde, Santa Catarina, 2014 a 2017*



Municípios que não notificaram casos de **Tuberculose** em 2016 e 2017, Santa Catarina.



Proporção de casos novos de **Hanseníase** com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico, estados, Brasil, 2017.

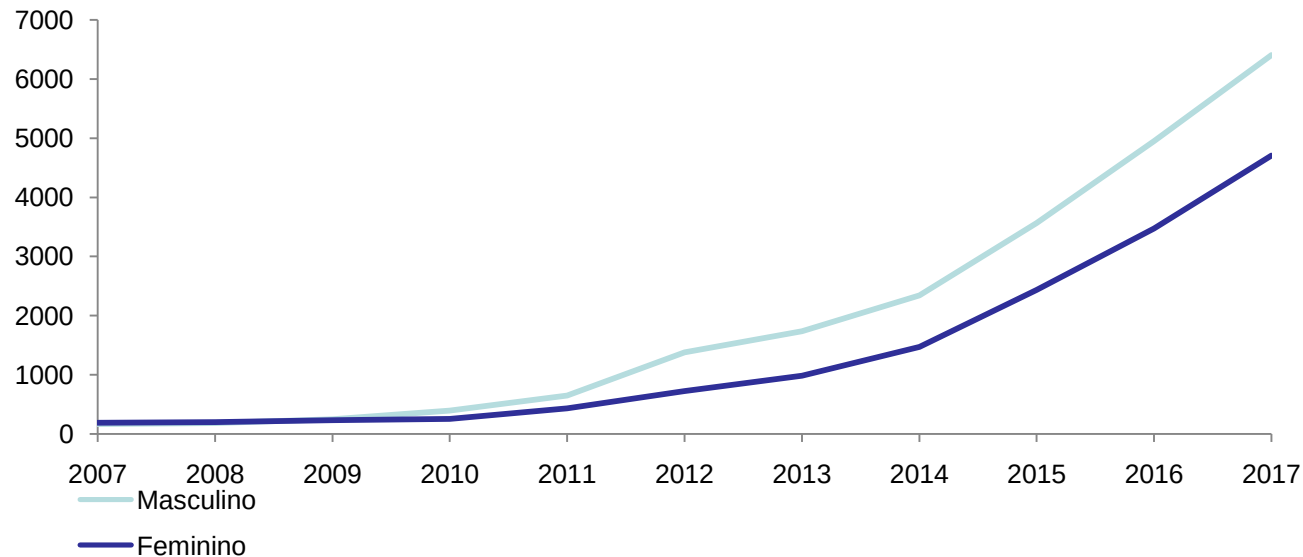


O Estado vem reduzindo a frequência de casos novos, porém, o percentual de grau 2 de incapacidade física no diagnóstico é elevado, denotando diagnóstico tardio e prevalência oculta de casos. O percentual de 18,3% de casos com incapacidades, coloca o estado de Santa Catarina em 2º lugar no ranking nacional no ano de 2017 (parâmetro considerado alto para o indicador, segundo MS).

Casos de Aids (Nº e Taxa de detecção por 100mil hab.) por Região de Saúde,Santa Catarina

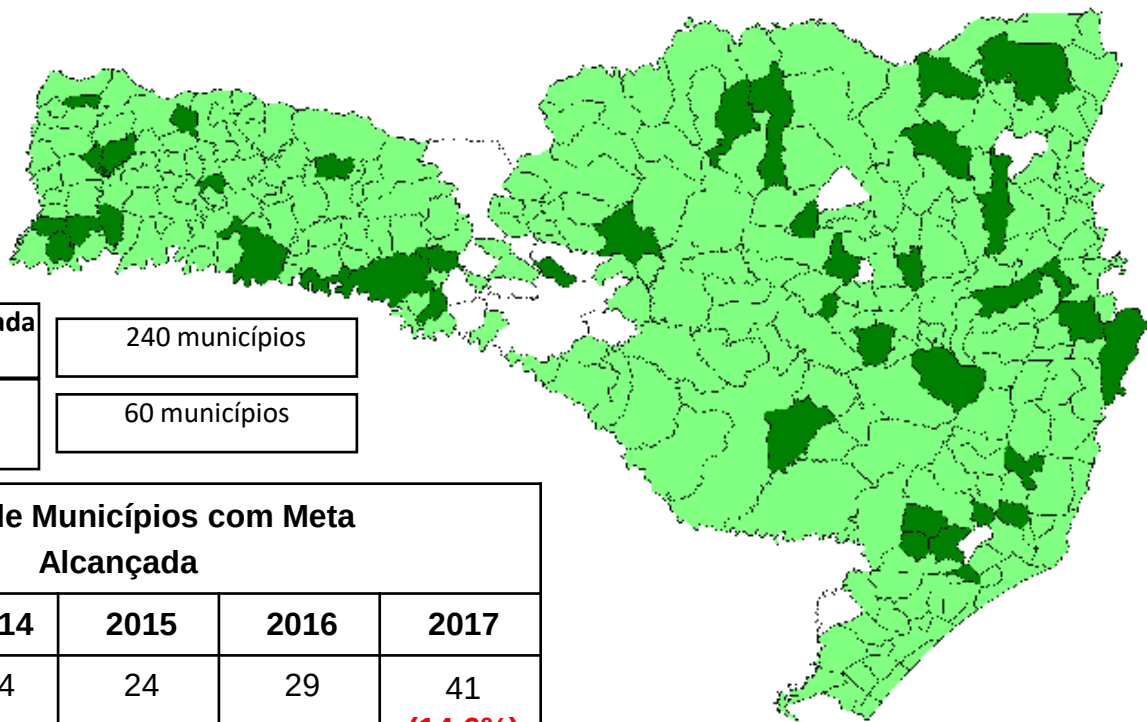
16 REGIÕES DE SAÚDE	2014		2015		2016		2017	
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX
Extremo Oeste	11	4,8	19	8,2	12	5,2	12	5,2
Oeste	35	10,1	38	10,9	40	11,3	41	11,6
Xanxerê	21	10,7	18	9,1	21	10,6	20	10,1
Alto Vale do Itajaí	84	29,5	61	21,2	61	21,0	44	15,1
Foz do Rio Itajaí	310	49,0	318	48,9	281	42,2	186	27,9
Médio Vale do Itajaí	211	28,8	219	29,4	152	20,1	157	20,7
Grande Florianópolis	432	38,9	459	40,5	497	43,1	335	29,1
Meio Oeste	41	21,9	22	11,7	22	11,6	8	4,2
Alto Vale do Rio do Peixe	24	8,4	19	6,6	29	10,0	14	4,8
Alto Uruguai Catarinense	25	17,6	9	6,3	9	6,3	2	1,4
Nordeste	277	29,0	288	29,6	245	24,7	179	18,1
Planalto Norte	25	6,8	32	8,6	22	5,9	17	4,5
Serra Catarinense	49	16,9	68	23,4	40	13,8	50	17,2
Extremo Sul Catarinense	37	19,2	44	22,6	48	24,4	39	19,8
Carbonífera	127	30,5	120	28,5	116	27,3	91	21,4
Laguna	106	29,9	99	27,7	80	22,2	90	25,0
SANTA CATARINA	1815	27,0	1833	26,9	1675	24,2	1285	18,4

Sífilis adquirida por sexo em Santa Catarina, 2007 a 2017



Fonte: SINAN

Número de testes de sífilis por gestante (Meta ≥ 2) – Resultado monitoramento PQAVS 2017



**Meta não alcançada
2017**

240 municípios

**Sem exames
registrados**

60 municípios

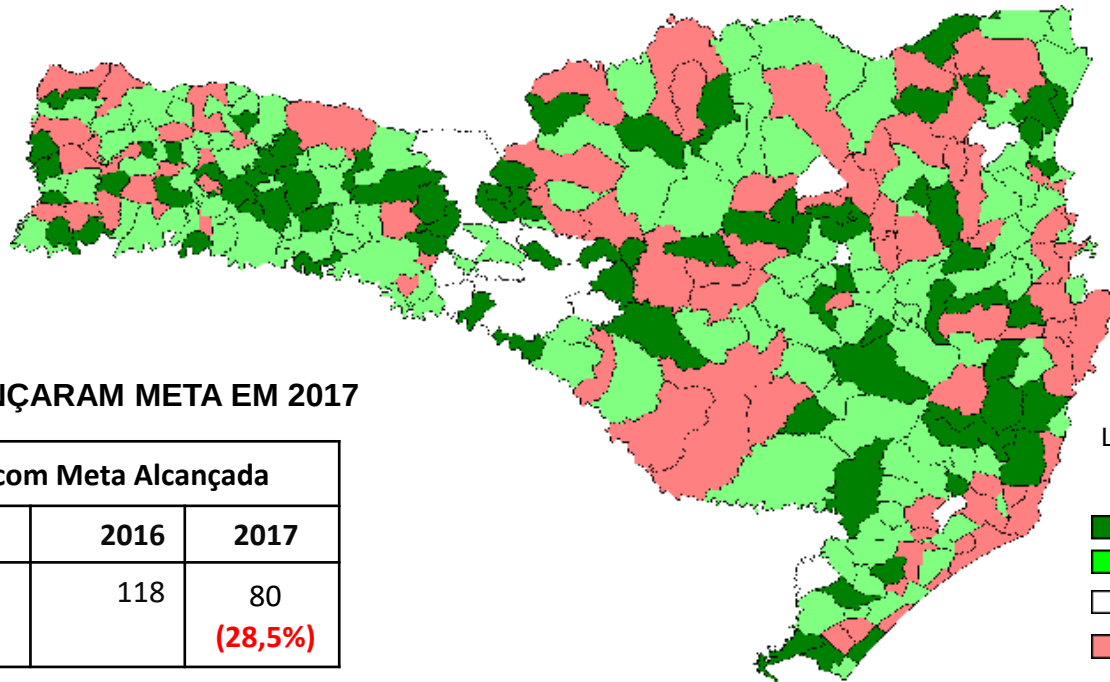
Número de Municípios com Meta Alcançada

2013	2014	2015	2016	2017
18	24	24	29	41 (14,6%)

Legenda: Alcance da meta

- Sim
- Não
- Não aderiram

Proporção de vacinas selecionadas do **Calendário Nacional de Vacinação** para crianças menores de 2 anos - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10- valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada (Meta = 100%) – Resultado Monitoramento PQAVS 2017



201 MUNICÍPIOS NÃO ALCANÇARAM META EM 2017

Número de Municípios com Meta Alcançada				
2013	2014	2015	2016	2017
47	31	58	118	80 (28,5%)

Legenda: Alcance da meta

- Sim
- Não
- Não aderiram
- Municípios com numerador zero (80).

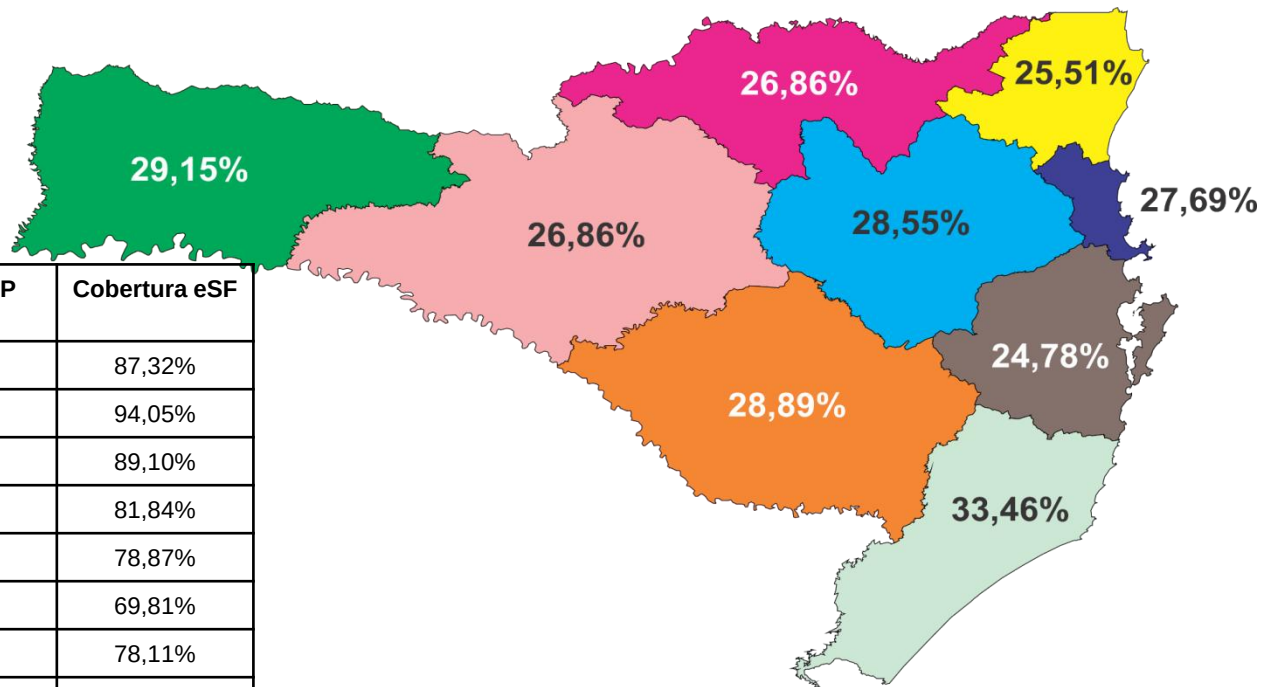
Coberturas vacinais em crianças menores de 1 ano de idade, SC, 2018

Vacina	Cobertura Vacinal
BCG	81,0%
Rotavírus	78,45%
Pentavalente	77,48%
Pneumocócica 10	76,06%
Poliomielite	78,66%
Meningocócica C	77,39%
Febre Amarela *	46,90%
Tríplice viral	86,87%
Tetra viral	51,68%
Hepatite A	75,24%

Campanhas de vacinação Coberturas vacinais em SC, 2018

Influenza (gripe) Meta 90%	Pólio e Sarampo Meta 95%
Cobertura total: SC: 90,8% Crianças: 76,6% Trab. de saúde: 83,1% Gestantes: 76,0% Puérperas: 98,3% Indígenas: 88,2% Idosos: 101,2% Professores: 98,8% Comorbidades: 81,3% Brasil: 90,8%	Pólio: • SC: 104,33% • Brasil: 97,22% Sarampo: • SC: 104,66% • Brasil: 97,10% SC: 2ª maior CV do Brasil Somente 6 municípios não atingiram a meta
1.943.104 doses aplicadas	707.032 doses aplicadas

ICSAP - Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária



Macrorregião	População Estimada	Ind ICSAP	Cobertura eSF
Sul	992.541	33,46%	87,32%
Grande Oeste	785.733	29,15%	94,05%
Serra Catarinense	289.820	28,89%	89,10%
Vale do Itajaí	1.064.245	28,55%	81,84%
Foz do Rio Itajaí	683.034	27,69%	78,87%
Planalto Norte	375.990	26,86%	69,81%
Meio Oeste	630.256	26,54%	78,11%
Nordeste	1.007.466	25,51%	57,68%
Grande Florianópolis	1.172.076	24,78%	81,88%
Total Estado	7.001.161	28,24%	80,40%

AS DIFERENÇAS ENTRE AS CONDIÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS

VARIÁVEL	CONDIÇÃO AGUDA	CONDIÇÃO CRÔNICA
INÍCIO	▪ Rápido	▪ Gradual
CAUSA	▪ Usualmente única	▪ Usualmente múltiplas
DURAÇÃO	▪ Curta	▪ Indefinida longa
DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO	▪ Comumente acurados	▪ Usualmente incertos
TESTES DIAGNÓSTICOS	▪ Frequentemente decisivos	▪ Frequentemente de valor limitado
RESULTADO	▪ Em geral, cura	▪ Em geral, cuidado sem cura
PAPEL DOS PROFISSIONAIS	▪ Selecionar e prescrever o tratamento	▪ Educar e fazer parceria com as pessoas usuárias
NATUREZA DAS INTERVENÇÕES	▪ Centrada no cuidado profissional	▪ Centrada no cuidado multiprofissional e no autocuidado
CONHECIMENTO E AÇÃO CLÍNICA	▪ Concentrados no profissional médico	▪ Compartilhados pela equipe multiprofissional e as pessoas usuárias
PAPEL DA PESSOA USUÁRIA	▪ Seguir as prescrições, atuando como paciente	▪ Corresponsabilizar-se por sua saúde em parceria com a equipe de saúde, atuando como agente
SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE	▪ Reativo e episódico	▪ Proativo e contínuo

FONTE: Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

DESAFIOS

Acesso



Planejamento



Educação Permanente



**Atuação em Rede de
Atenção/Linha de Cuidado**

Processo de trabalho



Resolutividade



Monitoramento e Avaliação



APS/Vigilância em Saúde

PROCESSO DE TRABALHO



- ❖ É necessário que os profissionais não apenas trabalhem lado a lado, mas que possam estabelecer um trabalho cooperado, ou seja, que não sejam um agrupamento, em que ocorre uma sobreposição de ações e fragmentação do trabalho e, sim, uma equipe integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes, estabelecendo tarefas conjuntas (PEDUZZI, 2001).
- ❖ Profissionais preparados para atuação - Protocolos de Atenção.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As evidências sugerem que serviços de APS melhor organizados estão associados com **menores taxas de internações por condições sensíveis à APS** e menor crescimento dos gastos em saúde.

A OPAS recomenda que sejam canalizados esforços para promover investimentos na força de trabalho da enfermagem a fim de explorar plenamente o **potencial da prática de enfermagem**, visando transformar o modelo de atenção à saúde.

Países que conseguiram organizar uma **APS mais forte** apresentam melhores desfechos de saúde.

A OPAS definiu os passos necessários para enfrentar os desafios da enfermagem



- a) Elaborar e implementar estratégias efetivas para recrutar e reter enfermeiras e obstetrizes visando atingir uma massa crítica de profissionais, reduzindo o déficit de recursos humanos em saúde;
- b) Padronizar as exigências para ingressar nos cursos de formação e as qualificações de pré e pós-graduação, para garantir a mobilidade profissional;
- c) Construir uma massa crítica de educadores competentes para capacitar os pesquisadores e líderes do futuro;
- d) Promover a maior integração interprofissional nas equipes de atenção à saúde em todos os níveis do contínuo de atenção;
- e) Desenvolver novos e avançados papéis para a prática, com trajetórias profissionais estabelecidas desde o início da carreira profissional.

Enfermeira de prática avançada (EPA) na APS como uma resposta, por um lado, às crescentes necessidades de saúde da população e, por outro, ao déficit de acesso pela população a recursos humanos para a saúde capacitados e bem distribuídos

Perfil do enfermeiro em práticas avançadas (EPA)

- ❖ Enfermeiros que adquiriram uma base de **conhecimentos especializados em atenção primária a saúde**, capacitados para tomar decisões complexas, com competência clínica e autonomia para desenvolver uma prática avançada.
- ❖ Profissional com **liderança, competência clínica e perfil de atuação na atenção primária** a saúde junto a crianças, mulheres, adultos e idosos, na perspectiva de uma atenção integral, interprofissional, colaborativa e com foco na pessoa, família e comunidade.
- ❖ A **ampliação da atuação dos enfermeiros** no primeiro nível de atenção não pretende substituir outros profissionais e sim **complementar para ampliar acesso** e cobertura de serviços.
- ❖ Os países economicamente mais desenvolvidos são os que já incorporaram a EPA e não só na APS.

Competências do enfermeiro em práticas avançadas



- ❖ Capacidade **de desenvolvimento do cuidado**, incluindo atividades de prevenção, promoção, terapêutica e reabilitação, atuando com base em conhecimento técnico-científico, ou seja, prática clínica pautada em evidências e no pensamento crítico e analítico;
- ❖ Capacidade para identificar, avaliar e estabelecer o **diagnóstico clínico por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)** na atenção básica;
- ❖ Capacidade em **prática clínica** desenvolvida de forma articulada e colaborativa com outros profissionais numa perspectiva **Inter profissional** (WHO, 2010);
- ❖ Liderança colaborativa junto à equipe de saúde assumindo o **controle da referência e contra referência com foco no usuário e no seguimento das redes de cuidado**;
- ❖ **Habilidades de investigação**, inclusive para guiar o trabalho clínico, mas também contribuindo na definição de políticas, quer para a profissão, quer para a saúde;
- ❖ Ser capaz de fazer de compreender o **acolhimento e a educação em saúde** como tecnologias de cuidado.

PAPÉIS DA EPA: EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL

Programas para o acompanhamento de pacientes crônicos nos centros de saúde. Austrália, Inglaterra, Suécia.

Manejo da demanda de pacientes com enfermidades agudas leves nos centros de saúde. Austrália, Canadá, EUA, Espanha, Finlândia, Inglaterra e Suécia.

Programas de manejo de enfermidades dirigidos por enfermeiras para reduzir o volume de pacientes em consultas médicas especializadas (pessoas com diabetes, asma e/ou enfermidade pulmonar obstrutiva crôni-

ca (EPOC), para a administração de processos em pacientes hospitalizados, com a possibilidade de manejo de fármacos segundo protocolos. Austrália, Espanha, Holanda e Suécia.

Serviços de enfermagem especializados para a gestão de casos de portadores de enfermidades crônicas complexas: Austrália, Canadá, Chipre, Dinamarca, EUA, Holanda, Inglaterra e Espanha.

Fonte: Gonzalo E. Enfermería de Práctica Avanzada: experiencias de Andalucía y España. Seminario realizado em OPAS/OMS em 24 de maio de 2017.

- ❖ Na Inglaterra, os enfermeiros exercem várias atividades clínicas e não clínicas – como prescrição de medicamentos, solicitação e interpretação de exames e manejo de casos, principalmente das condições crônicas – numa **prática guiada por protocolos de cuidado e amparada pela equipe**.
- ❖ Estudo mostra que, com a **ampliação das ações clínicas do enfermeiro**, houve **melhora no acesso aos serviços de saúde** por redução de barreiras organizacionais, além de aumento no tempo de duração da consulta.
- ❖ Houve **melhora na qualidade da relação profissional-paciente, na adesão ao tratamento e no seguimento e acompanhamento**.
- ❖ Entre os resultados, destaca-se também um maior **reconhecimento profissional por parte de pacientes e demais profissionais e maior satisfação no trabalho**, em função do aumento da resolutividade das práticas do enfermeiro.

Iniciativas no sentido de ampliação da autonomia do enfermeiro em suas práticas clínicas têm surgido no Brasil, como a aprovação de protocolos de enfermagem por municípios de diferentes portes populacionais.

Gerência de Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde

E-mail: geabssc@gmail.com

Telefone: 48 3664 7269