UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ISIS ARCANJO COLUCCI DA SILVA

**O CONHECIMENTO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

SÃO PAULO

2020

ISIS ARCANJO COLUCCI DA SILVA

O CONHECIMENTO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção
Primária no Sistema Único de Saúde da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Cuidados em Atenção Primária à
Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anna Luiza de Fátima Pinho Lins
Gryschek

SÃO PAULO

2020

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Silva, Isis Arcanjo Colucci

O conhecimento da Classificação Internacional da Atenção Primária por enfermeiros da atenção primária à saúde /Isis Arcanjo Colucci da Silva. - São Paulo, 2020.

79 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscek

1. Classificação Internacional de Atenção Primária 2. Gestão da clínica 3. Enfermagem 4. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

Nome: Isis Arcanjo Colucci da Silva

Título: O conhecimento da classificação internacional da atenção primária por enfermeiros da atenção primária à saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

APRESENTAÇÃO

Aos 18 anos iniciei a graduação na Faculdade de Enfermagem da Universidade Paulista, tendo como objetivo atuar na Atenção Primária à Saúde, devido à convivência e empatia com profissionais que atuavam na área. A prática dos trabalhadores da Atenção Primária me encantava.

Minha primeira experiência profissional como enfermeira, ocorreu no Programa Saúde da Família do município de São Paulo, na Zona Sul, no ano de 2001, quando acontecia a transição do Plano de Atendimento à Saúde (PAS) para o Programa de Saúde da Família (PSF).

Neste mesmo ano realizei Especialização em Saúde Pública com ênfase no Programa de Saúde Família, na Universidade São Camilo, com o objetivo de aperfeiçoar a minha prática.

Oito anos depois aceitando novos desafios, atuei na gestão da Atenção Básica do município de Taboão da Serra.

Após um ano de pausa nas minhas atividades profissionais para me dedicar à maternidade, retornei ao trabalho numa Unidade Básica de Saúde (UBS) da Zona Oeste de São Paulo, onde trabalhei até meados 2019 como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e acompanhando alunos de diversos cursos de graduação da Universidade de São Paulo (USP).

Em 2019, assumi a Coordenação da Atenção Primária à Saúde do Hospital Sírio Libanês.

Atualmente realizo Consultorias em Atenção Primária à Saúde.

Diante do desafio de qualificar o atendimento, melhorar o acesso dos pacientes ao serviço de saúde e qualificar o campo de ensino, me dediquei nos últimos anos a entender os processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde.

Há 5 anos, implantamos o Acesso Avançado, o uso da SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) e da Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP), diante das mudanças na organização do serviço, pude perceber que os profissionais têm pouca familiaridade para o uso destes instrumentos e que os alunos que acompanhamos não têm contato com essas ferramentas na Universidade.

A partir dos resultados deste projeto de pesquisa, espero poder oferecer subsídios para o aprimoramento da prática dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, além de produzir e disseminar conhecimentos na área de enfermagem e na saúde.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os enfermeiros, principalmente aos que eu pude ter o prazer de trocar experiências no ambiente de trabalho e ensino.

Ao meu marido, Carlos e minhas filhas Marjorie e Pietra, que em muitos momentos tiveram que compreender minha ausência, para me dedicar ao meu trabalho e meus estudos.

Dedico ainda aos pais Norma Sueli e Irio que sempre me incentivaram a estudar e me ensinaram a nunca desistir.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por todos os meus sonhos alcançados.

Aos meus pais Sueli e Irio pessoas que sempre me apoiaram a estudar, que deixaram muitas vezes de lado seus próprios desejos para realizar os meus. Obrigada por tudo.

As minhas queridas filhas Marjorie e Pietra pelo entendimento e compreensão das minhas ausências.

Ao meu marido Carlos por me escutar, compreender e acolher nos momentos de angústia e indecisões.

A Profa. Dra. Anna Luiza, pela paciência, competência, seriedade e, especialmente, pelo carinho no cuidadoso processo de construção dessa dissertação.

Meu Deus, meu Deus!

Como tudo é esquisito hoje!

E ontem tudo era exatamente como de costume.

Será que fui eu que mudei à noite?

Deixe-me pensar: eu era a mesma quando me levantei hoje de manhã?

Estou quase achando que posso me lembrar de me sentir um pouco diferente.

Mas se eu não sou a mesma, a próxima pergunta é: Quem é que eu sou?

Ah, essa é a grande charada!”

Alice no País das Maravilhas, de Lewis Carroll

Silva IAC. O conhecimento da Classificação Internacional da Atenção Primária por enfermeiros da atenção primária à saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

RESUMO

Introdução: A classificação adequada para ser utilizada na Atenção Primária à Saúde (APS) é a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP). Ela permite classificar o problema trazido pelo usuário de forma fidedigna, visto que dialoga com o método clínico centrado na pessoa e o Registro Clínico Orientado a Problemas (RCOP), que utiliza o método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) de registro dos encontros e pressupõe uma caracterização dos motivos de consulta e problemas dos usuários. A CIAP tem sido recomendada pelo Ministério da Saúde (MS) desde 2013, sendo incorporada à ficha de atendimento individual no Sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). A APS é a porta de entrada para o sistema de saúde, as ações devem ser desenvolvidas de forma contínua, com cuidado coordenado e abrangente. Para um trabalho eficiente é necessário avaliar as atividades que estão sendo realizadas de forma constante e a codificação do registro, contribuindo para a gestão da clínica e padronização dos dados para futuras pesquisas, portanto a acurácia das classificações é imprescindível. Não foram encontrados na literatura estudos que demonstrem o conhecimento e uso da CIAP por enfermeiros. **Objetivo:** Identificar o conhecimento da CIAP pelos enfermeiros, que atuam na APS. **Método:** O estudo trata-se de uma pesquisa quantitativa, exploratória, a coleta de dados foi realizada através de um questionário eletrônico, tendo como público os enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo. Os dados foram coletados em duas partes: as características dos participantes e análise sobre o conhecimento e uso da CIAP. **Resultados:** Participaram da pesquisa 572 enfermeiros que atuavam na APS, 90,1% sexo feminino e 9,9% sexo masculino, com maior concentração de idade entre 31 e 45 anos. Observa-se maior número de formandos a partir do ano 2001, com acentuação nos anos de 2006 a 2010 e um crescimento significativo de alunos que cursaram Universidades Privadas entre 2006 e 2010, 76,88% haviam cursado uma Universidade Privada e 23,12% uma Universidade Pública. Dos respondentes 85,5% haviam realizado um curso ou mais de especialização, mestrado 11,8% e 2,8% de doutorado; 59,42% realizaram o curso em Universidades Privadas e 40,58% em Universidades Públicas. Conheciam a CIAP, 87,2% e utilizavam a CIAP 78,2%. Dentre os profissionais que utilizavam a CIAP, a maioria utiliza a menos de seis anos, 70,6% utilizam na Ficha de Produção. O momento em que os enfermeiros mais utilizam a CIAP é para classificar o Motivo de Consulta. Observou-se que 80,1% não haviam recebido treinamento, e 93,6% entendem ser necessário serem treinados, 39,32% gostariam de receber o treinamento de forma presencial e 44,34% por aula on-line. Como produto dessa pesquisa desenvolveu-se uma proposta de um curso EAD para instrumentalizar os profissionais quanto ao conhecimento e o uso da CIAP. **Conclusão:** Observa-se que um número expressivo de enfermeiros está utilizando a CIAP, porém sem um conhecimento aprofundado da sua aplicabilidade e estrutura. Acredita-se que após o treinamento os profissionais poderão realizar codificações com um grau de acurácia confiável, podendo então esses dados serem utilizados para pesquisas e gestão da clínica.

PALAVRAS-CHAVE: Classificação Internacional de Atenção Primária. Gestão da clínica. Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

Silva IAC. Knowledge of the International Classification of Primary Care for diseases of primary health care. [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, Universidade de São Paulo; 2020.

ABSTRACT

Introduction: The appropriate classification to be used in Primary Health Care (PHC) is the International Classification of Primary Care (CIAP). It allows to classify the problem brought by the user in a reliable way, since it dialogues with the person-centered clinical method and the Problem Oriented Clinical Record (RCOP), which uses the SOAP method (Subjective, Objective, Assessment and Plan) of registering patients' meetings and presupposes a characterization of the reasons for consultation and users' problems. The CIAP has been recommended by the Ministry of Health (MS) since 2013, being incorporated into the individual care record in the e-SUS Primary Care System (e-SUS AB). PHC is the gateway to the health system, actions must be developed continuously, with coordinated and comprehensive care. For an efficient work it is necessary to evaluate the activities that are being carried out constantly and the codification of the record, contributing to the management of the clinic and standardization of the data for future research, therefore the accuracy of the classifications is essential. No studies have been found in the literature that demonstrate the knowledge and use of CIAP by nurses. **Objective:** To identify the knowledge of CIAP by nurses, who work in PHC. **Method:** The study is a quantitative, exploratory research, the data collection was carried out through an electronic questionnaire, with the public working with nurses working in Primary Health Care in the State of São Paulo. The data were collected in two parts: the characteristics of the participants and analysis on the knowledge and use of the CIAP. **Results:** 572 nurses who worked in PHC participated in the research, 90.1% female and 9.9% male, with a higher concentration of age between 31 and 45 years. A greater number of trainees is observed from the year 2001, with an accentuation in the years 2006 to 2010 and a significant growth of students who attended Private Universities between 2006 and 2010, 76.88% had attended a Private University and 23.12% a Public University. Of the respondents 85.5% had taken a specialization course or more, a master's degree, 11.8% and 2.8% a doctorate; 59.42% took the course at Private Universities and 40.58% at Public Universities. They knew the CIAP, 87.2% and used the CIAP 78.2%. Among the professionals who used the CIAP, the majority used it for less than six years, 70.6% used it in the Production Form. The moment when nurses use CIAP the most is to classify the Reason for Consultation. It was observed that 80.1% had not received training, and 93.6% believed it necessary to be trained, 39.32% would like to receive the training in person and 44.34% by online class. As a product of this research, a proposal for a distance learning course was developed to provide professionals with the knowledge and use of the CIAP. **Conclusion:** It is observed that a significant number of nurses are using the CIAP, but without a thorough knowledge of its applicability and structure. It is believed that after training, professionals will be able to perform coding with a reliable degree of accuracy, and this data can then be used for research and clinic management.

KEYWORDS: International Classification of Primary Care. Clinical governance. Primary health care. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Sumário CIAP	28
Figura 2 - Cálculo pressão assistencial.....	31
Figura 3 - Cálculo frequência	31
Figura 4 - Infográfico	41

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à idade	48
Gráfico 2 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao ano de conclusão da graduação e tipo de Universidade.....	49
Gráfico 3 - Distribuição dos Enfermeiros por ano de conclusão da Pós Graduação e tipo de Universidade.....	50
Gráfico 4 - Distribuição quanto ao tempo de uso da CIAP	52
Gráfico 5 - Distribuição quanto aos momentos em que os Enfermeiros utilizavam a CIAP .	53
Gráfico 6 - Distribuição da preferência de modelo de treinamento no CIAP	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos Enfermeiros de São Paulo por faixa etária.....	37
Quadro 2 - Distribuição dos Enfermeiros de São Paulo quanto ao sexo.....	37
Quadro 3 - Distribuição dos enfermeiros de São Paulo quanto a faixa etária.....	38
Quadro 4 - Distribuição dos enfermeiros de São Paulo quanto a nacionalidade.....	38
Quadro 5 - Distribuição dos enfermeiros de São Paulo quanto a natureza da instituição formadora	38
Quadro 6 - Distribuição dos enfermeiros de São Paulo quanto a realização de pós-graduação	39
Quadro 7 - Distribuição dos enfermeiros de São Paulo que realizaram pós-graduação por modalidade	39

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIAP	Classificação Internacional da Atenção Primária
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMC	Classificação de Motivo de Consulta
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
e-SUS AB	Sistema e-SUS Atenção Básica
ICPC	International Classification in Primary Care
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PUSF	Programa Unidade de Saúde da Família
RCOP	Registro Clínico Orientado por Problema
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SMS-SP	Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
SOAP	Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
WICC	Wonca Internacional Classification Committee
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	JUSTIFICATIVA DA PESQUISA	22
3	OBJETIVO	24
3.1	OBJETIVO GERAL	24
4	REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL	26
4.1	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA (CIAP)...	26
4.2	GESTÃO DA CLÍNICA	29
5	MÉTODO	35
5.1	TIPO DE ESTUDO	35
5.2	CENÁRIO	35
5.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	36
5.4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	40
5.4.1	Elaboração do questionário	40
5.4.2	Coleta de dados	40
5.5	ASPECTOS ÉTICOS	42
6	ANÁLISE DE DADOS	44
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
7.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	47
7.2	ANÁLISE DO CONHECIMENTO E USO DA CIAP	51
7.3	PRODUTO DESENVOLVIDO A PARTIR DA PESQUISA – LINHAS GERAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DE UM CURSO EAD SOBRE CIAP PARA ENFERMEIROS.....	55
8	CONCLUSÃO.....	58
	REFERÊNCIAS	60
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO	66
	ANEXO A – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	69
	ANEXO B – FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL	71
	ANEXO C – CONVITE COREN/SP	73
	ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – QUESTIONÁRIO ONLINE	74

ANEXO E - CAPACITAÇÃO PARA CONHECIMENTO E APLICABILIDADE DO CIAP.....	76
--	-----------

1 INTRODUÇÃO

Em 1978, na Conferência de Alma Ata, firmou-se a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia prioritária para ampliar o acesso à saúde⁽¹⁾.

No Brasil, a orientação para a APS se deu a partir da introdução do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), objetivando ações individuais e coletivas no espectro que compreende desde a promoção à saúde até a reabilitação, incluindo a redução de danos e considerando a abrangência integral dos indivíduos, em todos os ciclos de vida⁽²⁾.

A APS é um dos locais prioritários para o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, sendo que neste nível de atenção as ações devem ser realizadas de forma contínua, com cuidado coordenado e abrangente. Diversos estudos comprovam que os sistemas de saúde orientados para APS são mais custo-efetivos, mesmo em contextos de grande iniquidade social⁽³⁾.

A longitudinalidade é um dos atributos essenciais na APS, sendo o acompanhamento do indivíduo realizado de forma contínua e a longo prazo, propiciando conhecê-lo de forma abrangente, estreitando suas relações e fortalecendo o vínculo. Para garantir este atributo, de uma forma que não fique personalizado no profissional que realiza os atendimentos é necessário que os registros dos casos sejam fidedignos ao estado de saúde do indivíduo e sejam realizados com qualidade, pois eles possibilitarão a análise dos dados para a gestão da clínica, a coordenação do cuidado e o trabalho multiprofissional^(4,5).

Para uma gestão da clínica eficiente, faz-se necessário avaliar o trabalho desenvolvido pelos profissionais da APS de forma constante, visando o planejamento dos processos de trabalho, para a melhoria dos resultados e satisfação dos indivíduos e profissionais envolvidos. Quando esse processo é seguido podemos conhecer a demanda, os motivos pelos quais as pessoas procuram o serviço, seus diagnósticos e as possíveis intervenções a serem propostas⁽⁴⁾.

Na APS, os registros e a organização da clínica têm particularidades desse modelo de atenção à saúde, que diferem dos modelos utilizados na atenção secundária e terciária à saúde, são levados em consideração dados importantes de saúde e gestão clínica, na atenção centrada no paciente.

O sistema de classificação mais conhecido e utilizado é a Classificação Internacional de Doenças (CID), ele é focado na identificação de causas de mortalidade e morbidade, não considerando o contexto ao qual o usuário pertence, seus sentimentos, sua rede de apoio e suas

expectativas, fatores que na APS são de suma importância, além de ser uma classificação de uso exclusivo dos profissionais médicos^(4,6).

Levando-se em conta as especificidades da APS, o modelo atualmente mais adequado de sistematização dos atendimentos tem sido o Registro Clínico Orientado a Problemas (RCOP), que utiliza o método SOAP de registro da evolução clínica.⁽³⁹⁾

O registro utilizando o método SOAP, pressupõe uma caracterização dos motivos de consulta e dos problemas dos pacientes, que transcende o método tradicional de classificação de queixas da CID. Nesse sentido, tem sido adotada em diversos serviços a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) (ANEXO A), que por ter sido pensada para esse contexto, permite avaliar o motivo da consulta trazido pelo paciente e relacioná-lo com o método clínico centrado na pessoa⁽⁷⁾.

O uso da CIAP tem sido recomendado no Brasil pelo Ministério da Saúde (MS) desde 2013, é um item de preenchimento obrigatório que se encontra no atual Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB)⁽⁸⁾.

Em 2013, o Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS) reestruturou o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), visando melhorar a qualidade da informação em saúde e o seu uso pelos gestores, profissionais de saúde e cidadãos⁽⁸⁾.

A operacionalização do SISAB foi feita por meio da estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUSAB) e a Portaria Nº 1.412, de 10 de julho de 2013 - Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)⁽⁸⁾.

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Ministério da Saúde através do Departamento de Atenção Básica (DAB) para reestruturar as informações da atenção primária à saúde (APS), modernizando sua plataforma tecnológica com o objetivo de informatizar as unidades básicas de saúde, oferecer ferramentas para ampliar o cuidado e melhorar o acompanhamento da gestão.⁽⁸⁾

Os instrumentos de registro dos atendimentos foram reformulados, dentre eles a ficha de atendimento individual (ANEXO B) que é destinada aos profissionais de nível superior e tem como objetivo coletar dados dos atendimentos realizados⁽⁸⁾.

O e-SUS AB é composto por dois sistemas de software que podem operar desde uma Unidade Básica de Saúde (UBS) sem computador, através do sistema de Coleta de Dados Simplificado (CDS) e do uso de fichas, até Unidades com algum grau de informatização com a utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Ambos os softwares alimentam o SISAB

e possibilitam atender aos diversos cenários e informatização e conectividade das unidades de AB no Brasil ⁽⁸⁾.

Esta ficha deve ser digitada no sistema de software no campo de Coleta de Dados Simplificada (CDS), para alimentação da base nacional de dados, de acordo com a Portaria de Alimentação do SISAB do ano vigente⁽⁸⁾.

Ela é composta de dados como:

- Tipo de atendimento: consulta agendada programada/consulta de cuidado continuado, demanda espontânea, consulta no dia, atendimento de urgência;
- Avaliação antropométrica;
- Crianças: tipo de aleitamento;
- Gestantes: Data da última menstruação e Idade gestacional;
- Atendimento domiciliar e Bloco de problemas/condição avaliada⁽⁸⁾.

O bloco de problemas/condição avaliada deve ser utilizado para registrar os problemas/condições de saúde avaliados e manejados pelo profissional de saúde no momento do atendimento⁽⁸⁾.

Para este registro poderão ser utilizadas as seguintes classificações: a CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária) e a CID 10 (Classificação Internacional de Doenças)⁽⁸⁾.

ORCOP e a CIAP podem ser utilizados por todos os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde. A CIAP é estruturada de forma a priorizar a localização anatômica, o que faz com que seja facilmente implementada e possa ser usada pela equipe multiprofissional que compartilha a responsabilidade nos atendimentos⁽⁹⁾.

Em pesquisa ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, quanto ao uso do CIAP, o mesmo se posiciona favorável ao uso no PARECER COREN-SP 010/2015, Ementa: Uso da Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP) por Enfermeiros que atuam em Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família.

Da Conclusão

Diante do exposto, concluímos que a Classificação Internacional em Atenção Primária (CIAP-2) é um item de preenchimento obrigatório que se encontra no atual Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (e-SUS/SISAB) e poderá ser utilizada como um sistema de classificação de problemas, complementando os demais sistemas de classificação diagnóstica utilizados pelos Enfermeiros, (NANDA-I, CIPE® ou CIPESC®). A CIAP-2 oferece nomenclaturas que contemplam todas as profissões, cabendo ao Enfermeiro utilizar as classificações no âmbito de sua atuação profissional, o que não significa a substituição do diagnóstico de enfermagem. Vale ressaltar que o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) garante campo para utilização das classificações de linguagem de enfermagem, indispensáveis para atender ao

previsto na Resolução COFEN 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

Por tratar-se de um sistema de classificação pouco conhecido por Enfermeiros na Atenção Básica, recomendamos a capacitação dos profissionais para a utilização da CIAP-2⁽¹⁰⁾.

Um dos problemas enfrentados quando se implementa um sistema de classificação é a dificuldade de compreensão e codificação similar pelos diferentes atores envolvidos. O uso de várias terminologias pode dificultar a comparação e a análise dos dados entre serviços, sendo necessário, desta maneira, implementar uma padronização que permitisse maior precisão na obtenção de dados⁽¹¹⁾.

Além da melhora na obtenção de dados, que viabiliza a avaliação dos resultados e intervenções influenciando na qualidade do cuidado prestado, o uso destas classificações e instrumentos contribuem para a assistência, melhorando a comunicação entre a equipe multiprofissional⁽¹¹⁾.

Após extensa pesquisa de revisão bibliográfica, auxiliada por uma bibliotecária, nas bases de dados científicas foi possível observar que diversos países da Europa, Ásia, América, África e Oceania estão utilizando a CIAP.

Os estudos que aparecem nas pesquisas estão relacionados com o uso da codificação dos motivos de consultas e diagnósticos para uma avaliação do perfil de atendimento, porém não foram encontrados estudos que relatassem o conhecimento dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde em relação a CIAP.

Portanto, este estudo pretende responder à seguinte pergunta de pesquisa:

Qual o conhecimento que os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde têm em relação à CIAP?

2 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

2 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

O uso da CIAP ou do CID10 tem sido uma exigência do Ministério da Saúde desde 2013. É um item de preenchimento obrigatório que se encontra no atual Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica, este dado faz parte da ficha de atendimento individual que é utilizada para gerar a produção dos profissionais⁽⁸⁾.

Diante da exigência de se usar uma das Classificações para o preenchimento da Ficha Individual, levando -se em consideração que a CID é de uso exclusivo dos profissionais médicos, e que a mesma não contempla as especificidades da APS, acredita-se que os enfermeiros que atuam na APS estejam fazendo uso da CIAP para realizar o preenchimento dessa ficha.

Embora se tenha adotado a CIAP como uma possível classificação para o Sistema de Informação da Atenção Básica, poucos estudos têm avaliado o conhecimento para sua utilização pelos profissionais envolvidos. Esse conhecimento e a qualidade destes dados são de suma importância para a gestão da clínica, entendendo ser imprescindível realizar diagnósticos e codificações com boa acurácia para propor planos de cuidados adequados aos pacientes. Diante da ausência de estudos, acredita-se ser importante identificar o conhecimento sobre a utilização da CIAP pelos enfermeiros da APS.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar o conhecimento da CIAP pelos enfermeiros que atuam na APS.

4 REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL

4 REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL

4.1 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA (CIAP)

Em 1978, na Conferência Internacional de Alma Ata, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA), entenderam que seria necessário para obter sistemas de cuidados primários adequados, que os profissionais da APS tivessem acesso às informações precisas, por novos sistemas de classificação⁽¹²⁾.

Diante disso, um grupo de trabalho da OMS, inicialmente desenvolveu uma Classificação Internacional que foi chamada de Classificação de Motivos de Consulta (CMC), e que mais tarde seria a base para o desenvolvimento da CIAP ou ICPC, do termo em inglês International Classification in Primary Care⁽¹²⁾.

A WONCA, publicou a primeira edição da CIAP em 1987. Apesar da CIAP-1 fazer mais sentido para APS do que as classificações anteriores, ela não contava com critérios de inclusão para as rubricas ou qualquer tipo de referência cruzada e não estabelecia uma ligação com a 10ª edição da CID-10, então no ano de 1995, foi publicada a segunda edição que permitia essas condições⁽¹²⁾.

Em 2006, o Brasil passou a ter um representante no Comitê Internacional de Classificação da WONCA (WICC), representado na pessoa do Dr. Gustavo Diniz Ferreira Gusso.

Até este momento pesquisadores brasileiros utilizavam a versão de Portugal, porém não era suficiente para o uso sistematizado em prontuários eletrônicos ou para classificar todos os encontros entre profissionais da APS e os pacientes⁽¹²⁾.

O MS assinou então um convênio com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), que viabilizou o pagamento dos royalties para a WONCA e o livre uso da CIAP no Brasil⁽¹²⁾.

Algumas adaptações em relação à versão portuguesa foram decididas, o próprio nome, que em Portugal era Classificação Internacional de Cuidados Primários; na versão brasileira, foi substituído “cuidados” por “atenção”, termo mais utilizado no Brasil⁽¹²⁾.

Foi realizada uma revisão minuciosa dos termos e as adaptações necessárias e duas alterações de rubricas efetivadas; o termo A77 passou a ser “Dengue e outras doenças virais NE” em vez de “Outras doenças virais NE” onde se incluía a dengue e o A78 “Hanseníase e

outras doenças infecciosas NE” em vez de “Outras doenças infecciosas NE” que incluía a hanseníase⁽¹²⁾.

Esta foi uma maneira de dar destaque para estes problemas de saúde que não estavam explicitados na rubrica nas versões inglesa e portuguesa, mas apenas nos critérios de inclusão, considerando a importância dessas doenças no contexto nacional.

A CIAP está estruturada por episódios de cuidado, pensando episódio de cuidado como todo tipo de assistência prestada a um indivíduo que apresente um problema ou uma necessidade de saúde, desde o primeiro encontro até o último encontro com o profissional e por este motivo podendo durar uma consulta ou mais, e podendo nunca se encerrar⁽⁶⁾.

Para cada encontro três elementos são essenciais: os motivos de consulta, o diagnóstico ou problema encontrado e o processo de cuidado (intervenção ou procedimento). Todos esses elementos são codificados pela CIAP⁽¹²⁾.

O motivo da consulta é um elemento importante no registro, ele se dá a partir das informações que o paciente traz, ou seja, o motivo que o fez procurar o serviço de saúde deve ser classificado da forma como o paciente o expressa e deve estar claro tanto para o paciente, como para o profissional, que o registrará com a rubrica mais apropriada na classificação. Quando houver mais de um problema, todos os motivos de consulta deverão ser registrados⁽⁷⁾.

Pode-se encontrar como motivo de encontro uma variedade de situações como, a solicitação de um laudo, uma renovação de uma receita, uma dúvida sobre saúde/doença ou um sintoma. Diante do uso da Classificação de Motivos de Consulta entendeu-se que poderia ser possível e necessário se codificar outros momentos da consulta; o problema e as intervenções⁽⁴⁾.

A CIAP apresenta-se com um código alfanumérico de uma letra e dois numerais. É dividida em dezessete capítulos, por sistemas, incluindo o psicológico, a gravidez e o planejamento familiar, problemas sociais e um capítulo de situações gerais e não específicas⁽¹²⁾.

Os capítulos estão divididos em sete subseções: queixas e sintomas, procedimentos e diagnósticos preventivos, medicações, tratamentos e terapêutica, resultados de exames, componente administrativo, acompanhamento e outros motivos de consultas e de diagnósticos e doenças, estas divididas em infecciosas, neoplasias, lesões, anomalias congênitas e outras⁽¹²⁾.

Figura 1 - Sumário CIAP

CAPÍTULOS E COMPONENTES DA CIAP*	
A	Geral e não-específico
B	Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos (baço, medula óssea)
D	Aparelho digestivo
F	Olhos
H	Ouvidos
K	Aparelho circulatório
L	Sistema musculoesquelético
N	Sistema nervoso
P	Psicológico
R	Aparelho respiratório
S	Pele
T	Endócrino, metabólico e nutricional
U	Aparelho urinário
W	Gravidez e planejamento familiar
X	Aparelho genital feminino (incluindo mama)
Y	Aparelho genital masculino
Z	Problemas sociais
Componentes (Iguais para todos os capítulos)	
1	Componente de queixas e sintomas
2	Componente de procedimentos diagnósticos e preventivos
3	Componente de medicações, tratamentos e procedimentos terapêuticos
4	Componente de resultados de exames
5	Componente administrativo
6	Componente de acompanhamento e outros motivos de consulta
7	Componente de diagnósticos e doenças, incluindo:
	– doenças infecciosas
	– neoplasias
	– lesões
	– anomalias congênitas
	– outras doenças específicas
* Sempre que possível, foi utilizado um código alfa mnemônico.	

Fonte: Comitê Internacional de Classificação da WONCA⁽¹²⁾.

A CIAP inclui cerca de 200 sintomas/queixas e 300 diagnósticos comuns na APS. Quase todos apresentam uma incidência de pelo menos 1 para cada 1000 pacientes/ano⁽¹²⁾.

A utilização da CIAP-2, conforme já citado anteriormente, é um item da ficha individual de atendimento, de preenchimento obrigatório que se encontra no atual Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica⁽⁸⁾.

4.2 GESTÃO DA CLÍNICA

Segundo Mendes, que utilizou essa expressão pela primeira vez em 2001, a gestão da clínica pode ser definida como a tecnologia de microgestão dos serviços de saúde, tendo a finalidade de assegurar padrões clínicos ótimos, de aumentar a eficiência, de diminuir os riscos para os usuários e para profissionais, de prestar serviços efetivos e de melhorar a qualidade da atenção à saúde⁽¹³⁾.

No Brasil foi instaurada uma tradição de se trabalhar por programas, pois antes da Constituição de 1988 e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) a assistência era realizada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e era de responsabilidade do Ministério da Saúde as ações programáticas. Esta desagregação entre a vigilância à saúde e a assistência foi absorvida nos modelos de atenção, portanto a gestão da clínica pode colaborar para a superação desta lacuna⁽¹⁴⁾.

A APS é o primeiro nível da assistência à saúde, a porta de entrada preferencial para a rede de atenção à saúde e onde deve ser organizado o acesso aos demais níveis do sistema, espera-se nesse nível uma resolubilidade de 85 a 95 % dos problemas de saúde. Os problemas menos frequentes são encaminhados para o nível secundário, enquanto o nível terciário realiza o atendimento de casos mais raros⁽⁵⁾.

Os atributos da APS podem ser divididos em quatro: acesso, longitudinalidade, coordenação e abrangência e é a partir desses atributos que a gestão da prática clínica deve ser organizada⁽³⁾.

Acesso: a demanda de uma população adscrita não será diminuída com o tempo, mas poderá ser organizada⁽¹⁵⁾.

A busca por atendimento de saúde segundo estimativas internacionais (Inglaterra e Estados Unidos) sugerem que a cada mil habitantes, cerca de 250 indivíduos procuram atendimento de saúde no período de um mês⁽¹⁶⁾.

Fatores relacionados ao perfil dos usuários como pouca rede social, baixos níveis socioeconômico e educacional, alto índice de morbidades (maior causa preditora em vários estudos), alto índice de quadros de saúde mental, desemprego, mulheres em torno dos 40 anos, idade acima dos 65 anos, e dinâmicas familiares disfuncionais influenciam significativamente a utilização dos serviços de saúde⁽¹⁵⁾.

Considerando o atributo de primeiro contato, a APS não pode ser considerada somente o lugar da prevenção e do seguimento ambulatorial de quadros crônicos; ela também é lugar de urgências e de quadros agudos⁽¹⁷⁾.

O modelo de agendamento pode reprimir sua real demanda, influenciando de forma direta a utilização do serviço⁽¹⁵⁾. Para exemplificar podemos citar: tempo de espera (tanto de agendamento quanto em sala de espera), distância e condições de transporte até a unidade de saúde, organização do serviço, e relação funcionário – cliente como fatores que podem ser importantes à procura por atendimento.

Em 1971, Hart descreveu a lei dos cuidados inversos, que diz que a melhor assistência médica está disponível para a população que menos precisa dela, fazendo-se necessário redistribuir o cuidado para a população que mais se beneficiaria do mesmo⁽¹⁸⁾.

Não é incomum identificar na APS serviços que oferecem assistência de forma que os grupos entendidos como prioridades ocupam grande parte da carga assistencial. À essa população é ofertado um excesso de consultas e de procedimentos, enquanto as pessoas com queixas agudas ou que não se enquadram nas definidas prioridades precisam procurar outras instâncias do serviço de saúde^(13,17).

Um serviço de APS de qualidade deveria oferecer o acesso mais ampliado possível às pessoas; para que elas procurassem a unidade quando sentissem necessidade; deveria indicar a periodicidade dos retornos de forma criteriosa, e a pessoa escolheria voltar no dia que fosse mais interessante para ela própria; pensando também na corresponsabilidade do cuidado e na diminuição da taxa de absenteísmo; identificar indivíduos com alta vulnerabilidade e alto risco, e pouca autonomia fazendo a vigilância do cuidado e facilitando o contato dos mesmos com o serviço, de forma a buscar equidade⁽¹⁷⁾.

Longitudinalidade: A longitudinalidade pode ocorrer através do conhecimento do território e população pelo profissional que está atuando ou por registros. Quando este atributo se faz presente, o tempo de consulta tende a diminuir e os atendimentos se tornam mais eficientes, possibilitando ofertar mais encontros à mesma pessoa durante o ano⁽¹⁷⁾.

Pode-se verificar que muitas vezes o termo “continuidade do cuidado” é utilizado com significado semelhante ao de longitudinalidade.

Em um estudo de revisão bibliográfica realizado para definir o termo longitudinalidade e continuidade do cuidado, a autora faz uma discussão onde podemos verificar que não existe um consenso entre os autores. No presente trabalho vamos adotar os termos como similares⁽¹⁹⁾.

Coordenação do cuidado: a coordenação do cuidado baseia-se numa relação equilibrada entre diversos profissionais e serviços com o objetivo de obter-se uma atenção integral e de qualidade ao usuário. Para alcançar-se uma coordenação do cuidado resolutive alguns pontos são importantes: a informação, a clínica e a administração/organização⁽²⁰⁾.

Ter informações sobre o usuário é fundamental para dar continuidade e integrar os profissionais no seu acompanhamento. A clínica é a ferramenta que permite que os profissionais da APS possam dar seguimento ao cuidado e organizem o acesso e as informações dos outros níveis de atenção. As questões administrativas são importantes para a organização e integração da rede de atenção, definindo processos de trabalho, entre os níveis do sistema de saúde⁽²⁰⁾.

A coordenação do cuidado deve ser compartilhada entre os membros da equipe. Usando o trabalho em equipe, entre médico e enfermeiro numa ESF, é possível aumentar a eficiência no manejo dos casos, e distribuir a carga de trabalho entre os diferentes profissionais⁽¹⁷⁾.

Os agentes comunitários de saúde e os auxiliares de enfermagem também podem ter um papel diferente e mais dinâmico na coordenação dos casos com uma escuta acolhedora, continência, e vigilância sobre casos selecionados⁽¹⁷⁾.

Para a organização da clínica que visa um cuidado de qualidade é necessário entender a demanda, tanto de forma quantitativa, como de forma qualitativa⁽¹⁵⁾.

A gestão da demanda deve ser pensada visando a redistribuição e racionalização das atividades de modo que as respostas possam ser atendidas pelo profissional mais eficiente e capacitado para resolver o problema⁽¹⁷⁾.

Uma das formas quantitativas de se avaliar a demanda é o binômio pressão assistencial-frequência, que nos permite avaliar as possibilidades e limitações dos serviços para uma possível reorganização.

Usualmente, essas são as medidas para análise quantitativa da demanda, normalmente calculadas para o período de um ano.

Figura 2 - Cálculo pressão assistencial

PRESSÃO ASSISTENCIAL :	NÚMERO DE VISITAS
	<hr/>
	NÚMERO DE DIAS TRABALHADOS

Fonte: Casajuana e Bellón⁽¹⁵⁾.

Figura 3 - Cálculo frequência

FREQUENTÇÃO:	NÚMERO DE VISITAS
	POPULAÇÃO ADSCRITA

Fonte: Casajuana e Bellón⁽¹⁵⁾.

Internacionalmente, sugere-se como adequadas uma pressão assistencial média de 25 atendimentos por dia, e uma frequentção entre 3 e 4 consultas por habitante por ano⁽¹⁵⁾.

Para aprimorar a avaliação da demanda, realizar uma análise qualitativa é de grande importância.

As demandas podem ser: assistenciais ou administrativas; previsíveis ou imprevisíveis.

As atividades administrativas previsíveis (laudos, renovação de receitas de crônicos, impressos para programas como auto-monitoramento glicêmico, benefícios, entre outros) correspondem a cerca de 40% da demanda de um serviço de APS⁽²¹⁾.

As necessidades assistenciais previsíveis (seguimento de crônicos estáveis, resultados de exames, rotina de “saúdáveis” como pré-natal e puericultura) são o segundo grupo mais prevalente de demandas na APS⁽¹⁷⁾.

O papel de protagonismo do enfermeiro nas necessidades assistenciais previsíveis tem grande coerência, quando se considera que uma gestão adequada da demanda, prioriza que a resposta seja dada pelo profissional com mais disponibilidade para tal, esta reposta a um problema pode estar na área de intersecção de conhecimentos e habilidades de mais de uma categoria profissional⁽²²⁾.

Para contemplar as demandas imprevisíveis pelo serviço de saúde é necessário organizar as agendas de forma que essas demandas interfiram o mínimo possível nas atividades programadas, sem que haja a necessidade de criar vias paralelas para suprir essa demanda⁽¹⁷⁾.

Integralidade ou Abrangência: Para realizar-se um cuidado integral a equipe de saúde deve estar preparada para lidar com a diversidade de necessidades em saúde dos indivíduos, da família ou das comunidades seja resolvendo-os, o que pode ocorrer em 85% das situações, ou referindo-os a outros pontos de atenção à saúde, que podem ser aos cuidados secundários, terciários, ou a setores como a educação, assistência social e habitação entre outros⁽³⁾.

Este conceito parte do entendimento ampliado da saúde, levando em conta necessidades biológicas, psicológicas e sociais, reconhecendo também aspectos culturais e subjetividades do

indivíduo, seu grupo de suporte primário e todo seu contexto comunitário, ainda integrando promoção, prevenção e tratamento à prática clínica e comunitária⁽²³⁾.

O trabalho com a equipe interdisciplinar é de grande importância na APS para que se contemple a integralidade, devido a diversidade e complexidade da assistência, necessitando de intervenções de forma coordenada com diversas especialidades.

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, exploratória, descritiva, transversal, realizada por meio da aplicação de um questionário eletrônico.

De acordo com Minayo⁽²⁴⁾, os métodos quantitativos têm o objetivo de mostrar dados, indicadores e tendências observáveis, ou produzir modelos teóricos abstratos com elevada aplicabilidade prática. Suas investigações evidenciam a regularidade dos fenômenos⁽²⁴⁾.

A pesquisa quantitativa, que se apoia no positivismo lógico, tem uma tendência a evidenciar o raciocínio dedutivo, os princípios da lógica e as características mensuráveis da vivência humana⁽²⁵⁾.

As pesquisas exploratórias são aquelas realizadas em áreas e sobre problemas sem informação do tema em que se deseja conhecer o fenômeno, proporcionando maiores informações sobre o assunto que vai ser investigado⁽²⁶⁾.

Estudos exploratórios possibilitam ao pesquisador aproximar-se de um objeto de pesquisa ainda pouco conhecido, com o objetivo de explorar seus significados e o contextos da investigação, buscando aprofundar o conhecimento em torno da realidade⁽²⁷⁾.

Este tipo de estudo exploratório pretende explorar e busca a descoberta de um fenômeno, o estudo descritivo retrata ou descreve as características de indivíduos, de situações ou de grupos, mostrando a frequência com que ocorrem determinados fenômenos e o estabelecimento das relações entre as variáveis identificadas⁽²⁵⁾.

O Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde busca colaborar com a elucidação das ações das práticas em saúde, podendo promover prováveis problemas de pesquisa e contribuindo para possíveis soluções.

5.2 CENÁRIO

Os dados foram coletados no Estado de São Paulo, em uma parceria com o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) para o envio do questionário eletrônico aos enfermeiros do Estado de São Paulo.

O Estado de São Paulo é o mais populoso do Brasil.

De acordo com as estimativas populacionais da Fundação SEADE (novembro de 2018), o estado de São Paulo possui 43.993.159 habitantes, distribuídos em 645 municípios espalhados por uma área territorial de 248.209,3 km²(28).

As mulheres constituem a maior parte da população paulista. Estima-se que a população feminina é de 22.583.800 habitantes, e a masculina é de 21.409.359 habitantes(28).

São Paulo é o Estado com a maior concentração de indústrias e com grande diversidade de atividades produtivas, sendo assim, economicamente o mais rico do país. O PIB é constituído (46%) pelas atividades industriais, (47%) pelo setor de comércio e serviços e (7%) por uma atividade agropecuárias(28).

Em 2009 haviam 14 215 estabelecimentos hospitalares, com 95.585 leitos.

Em 2013, 98,76% da população paulista tinha acesso à rede de água, 94,87% tinha acesso à rede de esgoto sanitário e 99,89% tinha serviço de coleta de lixo(28).

Dados de uma pesquisa realizada pelo IBGE em 2008, revelam que 81,3% da população paulista avalia sua saúde como boa ou muito boa; 72,7% da população realiza consulta médica periodicamente; 45,2% dos habitantes consultam o dentista regularmente e 6,5% da população esteve internado em leito hospitalar nos últimos doze meses. 33,7% dos habitantes declararam ter alguma doença crônica e apenas 40,1% tinham plano de saúde. Outro dado significativo é o fato de 28,9% dos habitantes declararem necessitar sempre do Programa Unidade de Saúde da Família – PUSF(28).

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

O Estado de São Paulo conta com 135.486 enfermeiros inscritos no COREN-SP até a data de 01/02/2020. Dentre estes profissionais a maioria é do sexo feminino, totalizando (87,14%), e do sexo masculino (12,86%). A faixa etária predominante é de 30 a 39 anos com 41,2%(29).

Quadro 1 - Distribuição dos Enfermeiros de São Paulo por faixa etária

Faixa Etária	%
70 e mais	0,7
60 a 69	4,2
50 a 59	12,3
40 a 49	29,9
30 a 39	41,2
20 a 29	11,4

Fonte: Coren - SP⁽²⁹⁾.

Em 2013 foi realizado pela Cofen/Fiocruz uma pesquisa para traçar o perfil dos Enfermeiros no Brasil⁽³⁰⁾.

Neste estudo foram entrevistados 105.438 Enfermeiros no Estado de São Paulo, elucidando dados importantes para o conhecimento da amostra estudada⁽³⁰⁾.

Alguns dados serão apresentados a seguir.

Quadro 2 - Distribuição dos Enfermeiros de São Paulo quanto ao sexo

Sexo	%
Masculino	12,8
Feminino	86,6

Fonte: Cofen/Fiocruz⁽³⁰⁾.

Quadro 3 - Distribuição dos enfermeiros de São Paulo quanto a faixa etária

Faixa etária	%
Até 25 anos	5,4
26-30 anos	17,9
31-35 anos	22,4
36-40 anos	16,6
41-45 anos	11,4
46-50 anos	11,5
51-55 anos	8,4
56-60 anos	3,9
61-65 anos	1,6
66-69 anos	0,3
70 anos e mais	0,1
NR	0,5
Aposentadoria (Mais de 61 anos)	2

Fonte: Cofen/Fiocruz⁽³⁰⁾.

Quadro 4 - Distribuição dos enfermeiros de São Paulo quanto a nacionalidade

Nacionalidade	%
Brasileira	98,7
Estrangeira	0,5

Fonte: Cofen/Fiocruz⁽³⁰⁾.

Quadro 5 - Distribuição dos enfermeiros de São Paulo quanto a natureza da instituição formadora

Instituição	%
Pública	24,8
Privada	68
Filantrópica	4,9
Outra	0,1
NR	2,3

Fonte: Cofen/Fiocruz⁽³⁰⁾.

Quadro 6 - Distribuição dos enfermeiros de São Paulo quanto a realização de pós-graduação

Pós-Graduação	%
Sim	80,8
Não	16,8
NR	2,3

Fonte: Cofen/Fiocruz⁽³⁰⁾.

Quadro 7 - Distribuição dos enfermeiros de São Paulo que realizaram pós-graduação por modalidade

Modalidade	%
Residência	5,4
Especialização	73,2
Mestrado Profissional	3,5
Mestrado Acadêmico	11,3
Doutorado	5,9
Pós-doutorado	0,7

Fonte: Cofen/Fiocruz⁽³⁰⁾.

Para esse estudo serão considerados os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Inclusão:

- Estar cadastrado no COREN-SP até 01/02/2020
- Ter e-mail ativo no COREN-SP
- Realizar o aceite do TCLE

Exclusão:

- Aqueles que não aceitaram o TCLE
- Os respondentes que não atuassem na APS

5.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.4.1 Elaboração do questionário

Os procedimentos adotados se iniciaram com a elaboração de um questionário (APÊNDICE A).

O questionário foi desenvolvido pela pesquisadora com base em pesquisas bibliográficas sobre a CIAP. Outras contribuições importantes para a construção do questionário foram a experiência da própria autora em sua prática assistencial e sugestões dos doutores na área durante o exame de qualificação.

O questionário foi composto por 3 fases:

Primeira fase: triagem dos profissionais, se atuavam na APS;

Segunda fase: Caracterização dos participantes,

Terceira fase: Elucidação do conhecimento e uso do CIAP pelos Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde do Estado de São Paulo.

5.4.2 Coleta de dados

A pesquisa foi realizada por meio de um questionário eletrônico, através da ferramenta Google Forms.

A pesquisadora realizou uma reunião com um conselheiro do COREN-SP, afim de apresentar o projeto de pesquisa e solicitar seu envio a partir da lista de cadastro do órgão.

Após aprovação do COREN-SP, os participantes receberam por e-mail, enviado pelo COREN-SP, um convite explicativo para participação da pesquisa nos meses de fevereiro a março de 2020 (ANEXO C).

Figura 4 - Infográfico

Fonte: Autoria própria

A participação se iniciava por meio de um link de acesso ao questionário eletrônico onde a primeira ação foi a solicitação de leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (ANEXO D).

Os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa, na primeira tela indicaram obrigatoriamente que realizaram a leitura do TCLE e assinalaram que concordam em participar

da pesquisa. Desta forma não foi necessário a assinatura do TCLE e envio posterior para o pesquisador pelos participantes.

Ao consentir o sujeito foi direcionado a uma nova etapa onde respondeu se era um profissional que atuava na APS, a fim de restringir a amostra aos profissionais que não atuavam na APS.

Caso o enfermeiro não atuasse, foi enviada uma mensagem agradecendo a participação e o preenchimento do questionário eletrônica era encerrado.

A primeira parte do questionário era composta por perguntas para a caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao sexo, idade, tempo de graduação, titulação e instituição onde atuava.

Posteriormente as questões eram direcionadas para a elucidação do conhecimento da CIAP dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde do Estado de São Paulo.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e foi aprovado em 17/10/2019. Foram observados todos os preceitos éticos que envolvem pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 466/2012.

Os profissionais responderam um questionário online, antes de iniciar o preenchimento do mesmo anuíram em sua participação através do TCLE Online, sendo que a indicação de aceite foi realizada no próprio formulário online e foi condição obrigatória para que o participante tivesse acesso ao formulário.

6 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada de forma quantitativa.

A análise de dados tem como finalidade elucidar os dados coletados tendo em vista os aspectos sociais, históricos e filosóficos no período da coleta e anteriores à ela e procura ampliar o conhecimento adquirido sobre o tema estudado⁽²⁴⁾.

O método quantitativo tem como objetivo demonstrar dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática⁽²⁴⁾.

Como ferramenta para a análise de dados quantitativos foi utilizada a estatística descritiva.

Um banco de dados foi construído e analisado pelo Microsoft Excel 2010, utilizando-se a distribuição absoluta e relativa das respostas relacionadas às variáveis estudadas.

Para melhor visualização e compreensão dos dados foram apresentados por meio de ilustração com gráficos.

Para a presente pesquisa foi realizado um levantamento do quantitativo de profissionais de enfermagem do Estado de São Paulo, inscritos no COREN-SP, e com e-mail ativo.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro e março de 2020. A população do estudo foi constituída por 133.414 enfermeiros do Estado de São Paulo, que estavam inscritos no COREN- SP até o dia 01/02/2020 e com e-mail válido. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: estar inscrito no COREN-SP até 01 fevereiro de 2020 e ter um e mail válido cadastrado no COREN-SP.

Após discussão com profissional estatístico, para a determinação da amostra, foi realizado o cálculo para estimativa do tamanho amostral, considerando a fórmula para população infinita, e sem reposição dos indivíduos investigados, com 95% de confiança e erro de 5%, considerando estimativa da proporção igual a 50%. Foi obtido tamanho de amostra igual a 384 para atender ao requisito estatístico de validade. Nesse sentido, fizeram parte da amostra 572 enfermeiros do Estado de São Paulo.

$$\text{Tamanho da amostra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)} \quad (1)$$

N = tamanho da população • e = margem de erro (porcentagem no formato decimal) • z = escore z

Do total de 133.414 enfermeiros do Estado de São Paulo cadastrados no COREN-SP e com e-mail ativo elegíveis, acessaram a pesquisa 1.319 enfermeiros, foram excluídos 734 por não serem enfermeiros que atuam na APS, 10 por não aceitarem as condições do termo de consentimento e 3 por não terem terminado a graduação.

Dessa forma, participaram deste estudo 572 enfermeiros do Estado de São Paulo.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Do total de 1319 enfermeiros respondentes, 734 atuavam em outras áreas, não sendo elegíveis para a presente pesquisa, 10 não aceitaram o termo de consentimento e 3 foram excluídos por não terem concluído a graduação, portanto 572 enfermeiros atuavam na APS podendo colaborar com a pesquisa.

Aos que confirmaram que atuavam na APS, foi dada continuidade ao preenchimento do questionário, iniciando com a caracterização dos participantes e após as perguntas sobre o conhecimento e uso da CIAP.

Na primeira parte do questionário constam perguntas para a caracterização do profissional entre elas: características sociodemográficas e de formação, como: Idade, Sexo, Instituição e ano de Graduação, Instituição e ano de Pós-Graduação, local onde atua.

A partir dos dados sociodemográficos, observou-se que os participantes desse estudo eram predominantemente do sexo feminino.

Dentre os 572 enfermeiros do Estado de São Paulo respondentes, encontrou-se 90,1% de pessoas do sexo feminino e 9,9% do sexo masculino.

No que se refere à predominância do sexo feminino, o estudo corrobora para a feminilização da profissão, primeiro por historicamente as profissões de cuidado estarem relacionadas às mulheres e também pelo aumento da inserção de mulheres em Cursos de Nível Superior⁽³¹⁾.

Em pesquisa realizada pela FioCruz para caracterização profissional, podemos observar que (87,14%) dos enfermeiros eram do sexo feminino e (12,86%) do sexo masculino, convergindo com os dados encontrados nesta pesquisa⁽³⁰⁾.

A faixa etária predominante é de 30 a 39 anos com 41,2%⁽²⁹⁾.

De forma global, estudos internacionais destacam a crescente inserção das pessoas do sexo feminino com menos de 30 anos no mundo do trabalho, com destaque para a Enfermagem na área de saúde⁽³²⁾.

Quanto à distribuição por idade, tem-se observado uma distribuição linear entre 31 e 45 anos, uma idade relativamente jovem, no entanto considerando o envelhecimento do perfil populacional brasileiro, que vem crescendo de forma exponencial, vale um alerta para a importância de cuidados e formação dessa categoria profissional⁽³³⁾.

Gráfico 1 - Distribuição dos enfermeiros quanto à idade

Fonte: Pesquisa realizada on-line com o envio pelo COREN –SP para verificar o conhecimento dos enfermeiros paulistas sobre o uso do CIAP, São Paulo, 2020. (Apêndice A).

Observa-se uma concentração maior de formandos a partir do ano 2001, com acentuação nos anos de 2006 a 2010.

Há um crescimento significativo de alunos que cursaram Universidades Privadas entre 2006 e 2010.

Dos enfermeiros respondentes, 76,88% haviam cursado uma Universidade Privada e 23,12% uma Universidade Pública.

Gráfico 2 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao ano de conclusão da graduação e tipo de Universidade

Fonte: Pesquisa realizada on-line com o envio pelo COREN –SP para verificar o conhecimento dos enfermeiros paulistas sobre o uso do CIAP, São Paulo, 2020. (Apêndice A).

Após um estudo para construir um panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil, que aconteceu no período 2001 a 2011, observou-se mediante os dados do Censo da Educação Superior, um crescimento no número de cursos de 393% nas instituições privadas e de 122% em relação ao número de cursos públicos⁽³⁴⁾.

Este aumento é uma consequência do aumento no número de cursos/vagas em instituições públicas e privadas e da ampliação do acesso populacional à educação superior no país. A privatização do ensino de graduação em enfermagem é uma marca da década de 2000⁽³⁴⁾

Em um outro estudo, que avaliou o aumento dos cursos de graduação de enfermagem no Brasil, foi identificado como determinantes o aumento da oferta de trabalho após o Sistema Único de Saúde (SUS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), mudanças na Lei de Diretrizes e Bases da Educação, a privatização do ensino com a autonomia dada às universidades e a flexibilização dos currículos⁽³⁵⁾.

Dos respondentes 85,5% haviam realizado um curso ou mais de especialização, 59,42% realizaram o curso em Universidades Privadas e 40,58% em Universidades Públicas.

Obtiveram título de mestrado 11,8% e 2,8% de doutorado, o que vem de encontro a um estudo realizado em 2013 no Estado de São Paulo pela FIOCRUZ/COFEN que demonstra uma inserção em cursos de Especialização de 73,2%, Mestrado 14,8% e Doutorado 5,9%.

Cursos de mestrado e doutorado em enfermagem, estão em constante expansão, no entanto os números de profissionais com essa formação podem ser considerados baixos, por diversos motivos, como a necessidade de inserção rápida no mercado de trabalho, dificuldades na obtenção de bolsas de estudo e a desvalorização da ciência no país⁽³⁶⁾.

Gráfico 3 - Distribuição dos enfermeiros por ano de conclusão da Pós Graduação e tipo de Universidade

Fonte: Pesquisa realizada on-line com o envio pelo COREN –SP para verificar o conhecimento dos enfermeiros paulistas sobre o uso do CIAP, São Paulo, 2020. (Apêndice A).

7.2 ANÁLISE DO CONHECIMENTO E USO DA CIAP

Na segunda parte do questionário foram realizadas perguntas fechadas buscando explorar o entendimento dos enfermeiros quanto ao conhecimento, uso e treinamento para a CIAP.

Quando perguntado aos enfermeiros se eles conheciam e utilizavam a CIAP, 87,2% disseram que sim e 78,2% diziam utilizar a CIAP.

Dentre os profissionais que utilizavam a CIAP foi possível perceber que a maioria utiliza a CIAP a menos de seis anos, conforme distribuição do gráfico abaixo.

Gráfico 4 - Distribuição quanto ao tempo de uso da CIAP

Fonte: Pesquisa realizada on-line com o envio pelo COREN –SP para verificar o conhecimento dos enfermeiros paulistas sobre o uso do CIAP, São Paulo, 2020. (Apêndice A).

A obrigatoriedade de os profissionais classificarem seus atendimentos com a CIAP e preencherem a Ficha de Produção Individual com os dados obtidos nos atendimentos se deu pelo Ministério da Saúde a partir de 2013.

Porém quando questionados se hoje utilizam a CIAP na Ficha de Produção, 70,6% afirmam que sim e 29,4% dizem não utilizar.

Quanto aos momentos em que os enfermeiros utilizavam a CIAP a maioria respondeu que a utilizava para classificar o Motivo de Consulta.

Gráfico 5 - Distribuição quanto aos momentos em que os Enfermeiros utilizavam a CIAP

Fonte: Pesquisa realizada on-line com o envio pelo COREN –SP para verificar o conhecimento dos enfermeiros paulistas sobre o uso do CIAP, São Paulo, 2020. (Apêndice A).

O motivo de consulta é a razão que leva o indivíduo a buscar um serviço de saúde e é a partir dele que o profissional desenvolve um raciocínio clínico em busca do problema e de ações a serem destinadas para a pessoa⁽⁴⁾

Foi a partir do desenvolvimento da Classificação de Motivos de Consulta que se percebeu que era possível e importante codificar os outros momentos da consulta - o problema detectado e o processo de cuidado, que englobam os procedimentos e condutas adotadas⁽³⁷⁾.

Em uma pesquisa realizada em Portugal com base nos atendimentos realizados por dois médicos que eram orientadores do internato da Medicina de Família e Comunidade, em 2014, onde se observava as anotações nos campos do SOAP, entendendo o uso obrigatório da CIAP em cada consulta, mostrou que os profissionais classificavam no Subjetivo 98,7%, no Objetivo 66,0%, na Avaliação 97,8% e no Plano 96,5% das consultas⁽³⁸⁾.

Outra pesquisa realizada para caracterizar a utilização mundial da CIAP, em 52 países respondentes, apenas 5% diz utilizar a CIAP para classificar todos os momentos da consulta, o mais habitual é a utilização no Motivo de Consulta⁽³⁹⁾.

Observar os dados obtidos através das classificações realizadas nos momentos dos atendimentos pode colaborar para a Gestão da Clínica.

Quando analisado o motivo de consulta e a avaliação dos atendimentos realizados, é possível traçar um perfil dos frequentadores, ou seja, determinar os motivos que levam as pessoas procurarem aquele serviço de saúde, proporcionando um ajuste de agenda, capacitação dos profissionais, e necessidades específicas, como atividades coletivas.

Outro dado que pode ser avaliado é a relação entre o motivo de consulta e a avaliação realizada pelos profissionais, isto pode mostrar qual a possibilidade de por exemplo uma pessoa que vem ao serviço se queixando de tosse ter uma pneumonia.

Para a coordenação do cuidado, que acontece em uma equipe transdisciplinar a linguagem única é um facilitador para a comunicação entre os profissionais.

Quando questionado se os enfermeiros haviam sido treinados para o uso da CIAP, observou-se que 80,1% não haviam recebido treinamento, vale ressaltar que 70,6% dos enfermeiros disseram estar utilizando a CIAP para o preenchimento da Ficha de Produção Individual exigida pelo Ministério da Saúde, contrariando então uma das recomendações do COREN- SP, no Parecer COREN_SP 010/2015⁽¹⁰⁾.

Quando interrogados sobre a necessidade de um treinamento para a utilização da CIAP, 93,6% entendem ser necessário.

Em uma pesquisa avaliou-se a confiabilidade de estudantes de medicina para utilizar a CIAP codificando os atendimentos no motivo de consulta e na avaliação, foi verificado que após treinamentos havia uma confiabilidade de moderada a substancial (AC1 0,805; IC 95% 0,767–0,843) e validade substancial (AC1 0,864; IC 95% 0,833–0,891)⁽⁴⁰⁾.

E por fim foi indagada de que forma os enfermeiros gostariam de ser treinados e 39,32% responderam que gostariam de receber o treinamento de forma presencial e 44,34% por aulas on-line.

Em um trabalho de revisão sistemática realizado em 2014, que teve como tema a Capacitação em Saúde na Educação a Distância (EaD), percebeu-se a utilização de diferentes métodos para a capacitação em Educação a Distância, demonstrando a efetividade da modalidade, o que torna a formação e a informação em saúde favorável aos profissionais, portanto constituindo um recurso que favorece o processo de ensino-aprendizagem, no qual se desenvolvem estratégias de acesso a ambientes virtuais de aprendizagem que permite capacitação continuada em saúde possibilitando e potencializando a aprendizagem dos profissionais que atuam na área da saúde⁽⁴¹⁾.

Gráfico 6 - Distribuição da preferência de modelo de treinamento no CIAP

Fonte: Pesquisa realizada on-line com o envio pelo COREN –SP para verificar o conhecimento dos enfermeiros paulistas sobre o uso do CIAP, São Paulo, 2020. (Apêndice A).

7.3 PRODUTO DESENVOLVIDO A PARTIR DA PESQUISA – LINHAS GERAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DE UM CURSO EAD SOBRE CIAP PARA ENFERMEIROS.

A partir dos resultados encontrados nessa pesquisa e diante da necessidade de se contar com profissionais capacitados para melhores resultados no cuidado das pessoas, delineou-se um planejamento de um Curso EAD para enfermeiros com interesse em se instrumentalizar para utilizar a CIAP de forma adequada e podendo usar as informações geradas a partir da clínica para a gestão dos processos de trabalho.

As aulas serão oferecidas por EAD e estarão distribuídas em 3 módulos, divididos por tópicos centrais, a saber:

- Evolução histórica da CIAP;
- Estrutura da CIAP e forma de utilização;
- Casos clínicos para o desenvolvimento da prática; que são essenciais para a compreensão do tema proposto visando que ao fim dessa capacitação os profissionais consigam realizar as classificações em CIAP de forma adequada e utilizem estes dados para a Gestão da sua Clínica.

Objetivo: oferecer ao aluno um conteúdo que lhe proporcione conhecer a evolução histórica da CIAP, entender o porquê de utilizar a classificação, compreender a estrutura,

conhecer e desenvolver a habilidade de manusear o livro e seu sumário, reconhecer os momentos que é possível classificar (SOAP), avaliar as relações entre os momentos avaliados e como utilizar os dados para a gestão da clínica (ANEXO E).

8 CONCLUSÃO

O principal motivador para esta pesquisa foi elucidar o conhecimento dos Enfermeiros do Estado de São Paulo quanto a CIAP.

Os resultados trouxeram contribuições para esta elucidação, suas potencialidades e limitações, além de fortalecer reflexões sobre a proposta de treinamentos.

Observa-se que um número expressivo de enfermeiros está utilizando a CIAP, porém sem um conhecimento aprofundado da sua aplicabilidade e estrutura.

Os dados encontrados no presente estudo, foram semelhantes a outros estudos, quanto ao perfil dos enfermeiros.

A CIAP é uma importante codificação para a APS é focada na pessoa e pode ser utilizada para classificar o problema de saúde em vários momentos da consulta quando utilizado o registro em SOAP colaborando com a padronização dos dados coletados, estruturando o atendimento clínico, facilitando a coleta de dados para a pesquisa e gestão da clínica.

Este registro permite avaliar os episódios de cuidado dos clientes ao longo da sua jornada (vida), garantindo a longitudinalidade do cuidado, pesquisas e a gestão da clínica.

Esse é o primeiro estudo que busca elucidar o conhecimento da CIAP pelos enfermeiros do Estado de São Paulo que atuam na APS. É necessário que novos estudos se aprofundem no seu uso, avaliando a acurácia dos dados e sua aplicabilidade para pesquisas e gestão.

Acredita-se que após treinamento os profissionais terão potencial para realizar codificações com um grau de acurácia confiável, podendo então esses dados serem utilizados para pesquisas e gestão da clínica, proporcionando aos profissionais de saúde subsídios para prestar um cuidado baseado na integralidade e singularidade, influenciar a adoção de novas práticas em saúde, embasar ações, fortalecer políticas públicas e fomentar novas discussões acadêmicas.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR [Internet]. Geneve: WHO; 1978 [cited 2020 Jan 20]. Available from: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 [cited 2019 Jan 20]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- 3 Starfield B. Is primary care essential? Lancet [Internet]. 1994 [cited 2020 Jan 20];344(8930):1129-33. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673694906343>. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3).
- 4 Santos KPB, Ribeiro MTAM. Motivos de consulta mais comuns das pessoas atendidas por uma equipe de saúde da família em Fortaleza - CE. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2015 [cited 2020 Jan 20];10(37):1-11. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/831>. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)831](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(37)831).
- 5 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília: UNESCO; 2002 [cited 2020 Jan 20]. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
- 6 Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª ed. (CIAP-2) [dissertação] [Internet]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009 [cited Jan 20]. Available from: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5159/tde-08032010-164025/publico/GustavoGusso.pdf>
- 7 Lebrão ML. Classificação internacional de motivos de consulta para assistênciaprimária: teste em algumas áreas brasileiras. Rev Saude Publica [Internet]. 1985 [cited 2020 Jan 20];19(1):69-78. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v19n1/08.pdf>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101985000100008>.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. e-SUS atenção básica: sistema com coleta de dados simplificada - CDS: manual do digitador [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 [cited 2019 Jan 20]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_digitador.pdf
- 9 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. Cien Saude Colet [Internet]. 2012 [cited 2020 Jan 20];17(11):1-8. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a18.pdf>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100019>.
- 10 Conselho Regional de Enfermagem (SP). Parecer COREN-SP 010/2015 – CT Processo nº 3851/2015. Uso da Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP) por enfermeiros que atuam em Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família [Internet]. São Paulo: Coren;

2015 [cited 2019 Jan 20]. Available from: https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/010.2015CIAP-2_Aprovada%20na%20ROP.pdf

11 Mata LRF, Souza CC, Chianca TCM, Carvalho EC. Elaboração de diagnósticos e intervenções à luz de diferentes sistemas de classificações de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2020 Jan 20];46(6):1512-8. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v19n1/08.pdf>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101985000100008>.

12 Comitê Internacional de Classificação da WONCA. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP2) [Internet]. 2ª ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009 [cited 2020 Jan 20]. Available from: http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf

13 Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [cited 2019 Jan 20]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965

14 Gusso GDF, Poli Neto P. Gestão da clínica. In: Gusso GDF, Lopes JMC, editores. Tratado de medicina de família e comunidade. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 159-65.

15 Casajuana J, Bellón J. La gestión de la consulta en atención primaria. In: Martín Zurro A, Cano-Pérez J, editores. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2003. p. 84-109.

16 White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med [Internet]. 1961 [cited 2019 Jan 20];265:885-92. Available from: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM196111022651805>. DOI: 10.1056/NEJM196111022651805.

17 Araújo LN, Figueira MD. Gestão da clínica. In: Valladão Júnior JBR, Gusso G, Olmos RD, editores. Medicina de família e comunidade. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p. 3-22.

18 Hart JT. The inverse care law. Lancet [Internet]. 1971 [cited 2019 Jan 20];297(7696):405-12. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067367192410X>. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X).

19 Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: Identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Cien Saude Colet [Internet]. 2011 [cited 2020 Jan 20];16 Supl 1:1029-42. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a36v16s1.pdf>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>

20 Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. Cien Saude Colet [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 20];22(4): 1141-54. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1141.pdf>. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>.

- 21 Orozco Beltrán D, Pedrera Carbonell V, Gil Guillén V, Prieto Erades I, Ribera Montés MC, P. Martínez Cánovas. Gestión clínica de la consulta: Previsibilidad y contenido clínico (Estudio SyN-PC). Aten Primaria [Internet]. 2004 [cited 2019 Jan 20];33(2):69-77. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-gestion-clinica-consulta-previsibilidad-contenido-13057254>
- 22 Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Medidas concretas para la desburocratización de las consultas de Atención Primaria [Internet]. Barcelona: semFYC; 2008 [cited 2020 Jan 20]. Available from: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/04/2008.-DOCU-25-DESBURUOCRATIZACI%C3%93N.pdf>
- 23 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde [Internet]. Brasília: CONASS; 2015 [cited 2019 Jan 20]. Available from: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L03_ATENCAO-PRIMARIA-A-SAUDE_jun2015.pdf
- 24 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
- 25 Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- 26 Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3ª ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas; 1999.
- 27 Trivinos ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
- 28 Governo do Estado de São Paulo. São Paulo: população do estado [Internet]. São Paulo: Fundação SEADE; 2018 [cited 2020 Jun 28]. Disponível em: <<http://www.bibliotecavirtual.sp.gov.br/temas/sao-paulo/sao-paulo-populacao-do-estado.php>>. Acesso em: 17 out. 2019.
- 29 São Paulo. Conselho Regional de Enfermagem. Enfermagem em números [Internet]. São Paulo: Coren; 2020 [cited 2020 Jun 28]. Available from: <https://portal.coren-sp.gov.br/enfermagem-numeros-dados.php>
- 30 Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Pesquisa perfil da enfermagem [Internet] Brasília: Cofen/Fiocruz; 2013 [cited 2019 Jan 20]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html#:~:text=A%20pesquisa%20traz%20o%20perfil,campo%20da%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil.&text=A%20pesquisa%20foi%20realizada%20pela,da%20profiss%C3%A3o%20e%20propor%20mudan%C3%A7as.>
- 31 Lino TR, Mayorga C. As mulheres como sujeitos da ciência: uma análise da participação das mulheres na Ciência Moderna. Saude Transform Social [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 20];7(3):96-107. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4239/4651>
- 32 Barbosa ACS, Luiz FS, Friedrich DBC, Püschel VAA, Farah BF, Carbogim FC. Profile of nursing graduates: competencies and professional insertion. Rev Latinoam Enferm [Internet].

2019 [cited 2019 Jan 20];27:e3205. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/0104-1169-rlae-27-e3205.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3222.3205>.

33 Miguel B, Durães M. Gestão do envelhecimento no trabalho de médicos e enfermeiros: estratégias para o prolongamento da sua vida ativa [dissertação] [Internet]. Porto: Faculdade de Educação e Psicologia, Universidade Católica Portuguesa; 2019 [cited 2019 Oct 19]. Available from:

https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/29939/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Bruno%20Dur%C3%A3es.pdf

34 Teixeira E, Fernandes JD, Andrade AC, Silva KL, Rocha MEMO, Lima RJO. Panorama dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil na década das diretrizes curriculares nacionais. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013 [cited 2020 Jan 20];66(N. esp.):102-10. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea14.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700014>.

35 Silva EM, Baragatti DY, Figueira MCS, Lima RS, Silva TC. O aumento dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil nos últimos 15 anos: determinações e sustentabilidade [Internet]. In: Anais do 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2009 dez.7-10; Fortaleza. Fortaleza: ABEn; 2009 [cited 2020 Jan 20]. p. 2345-51. Available from: https://www.researchgate.net/publication/298215722_O_AUMENTO_DOS_CURSOS_DE_GRADUACAO_EM_ENFERMAGEM_NO_BRASIL_NOS_ULTIMOS_15_ANOS

36 Carvalho SR. A decadência ideológica da burguesia e a desvalorização da produção científica nacional. Cad GPOSSHE [Internet]. 2020 [cited 2019 Jan 20];3(1):130-43. Available from: <https://revistas.uece.br/index.php/CadernosdoGPOSSHE/article/view/2780>. DOI: <https://doi.org/10.33241/cadernosdogposshe.v3i1.2780>.

37 Soler J, Okkes I, Wood M, Lamberts H. The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care. Fam Pract [Internet]. 2008 [cited 2020 Jan 20];25(4):312-7. Available from: <https://academic.oup.com/fampra/article/25/4/312/604241>. DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn028>.

38 Santiago LM, Carvalho R, Botas P, Miranda P, Matias C, Simões AR, et al. A informação na consulta presencial em Medicina Geral e Familiar: classificações segundo a ICPC-2 e anotações livres para a memória futura no SOAP. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 30º de setembro de 2015 [cited 2020 Jan 20];10(36). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/840>. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)840](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(36)840).

39 Basílio N, Ramos C, Figueira S, Pinto D. Worldwide usage of International Classification of Primary Care. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2016 [cited 2020 Jan 20];11(38):1-9. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1225/769>. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1225](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1225).

40 Fontenelle LF, Zamprognio AD, Rodrigues AFL, Sirtoli LC, Checon NJC, Vetis MS, et al. Reliability and validity of ICPC-2-R encoding by medical students. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 20];13(40):1-6. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1655/905>. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1655](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1655).

41 Quaglia I, Oliveira A, Velho APM. Capacitação em saúde na educação a distância (EaD): uma análise sistemática do conteúdo. Saúde e Pesq [Internet]. 2015 [cited 2020 Jan 20];8(N. esp.):103-12, 2015. Available from:
<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3767/2516>

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

Idade:

Sexo:

Instituição da graduação:

Ano de conclusão da graduação:

Pós-graduação:

Instituição da pós-graduação:

Ano de conclusão:

Instituição onde atua:

- 1- Você conhece a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP)?
Sim () Não ()
- 2- Você utiliza a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP)?
Sim () Não ()
- 3- Há quanto tempo você utiliza a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP)?
menos de 6 meses ()
6 meses a um ano ()
Um ano a três anos ()
Três anos a cinco anos ()
Mais de 5 anos ()
- 4- Você utiliza a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) para codificar o motivo de consulta?
Sim () Não ()
- 5- Você utiliza a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) para codificar a avaliação ou problema (diagnóstico)?
Sim () Não ()
- 6- Você utiliza a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) para codificar o plano?
Sim () Não ()
- 7- Você utiliza a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) no preenchimento da Ficha de Atendimento Individual (ficha de produção)?
Sim () Não ()
- 8- Você teve algum treinamento para o uso do Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP)?
Sim () Não ()

9- Você acha que seria necessário um treinamento?

Sim () Não ()

10- De que forma você gostaria que fosse realizado o seu treinamento para o uso da CIAP?

Aula presencial

Aula on line

Grupo focal

Workshop

Link da Pesquisa

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdhzCqJEtmRlGwqnmRiiszlZtC0xzVU1Xs07JOXVsJDi-ZDQg/closedform>

ANEXO A – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

CIAP-2 Classificação Internacional de Atenção Primária – 2ª Edição Comitê Internacional Classificações Wonca (WICC)			
PROCEDIMENTOS			
-30 Exame médico/avaliação de saúde - completo -31 Exame médico/avaliação de saúde - parcial -32 Teste de sensibilidade -33 Exame microbiológico/imunológico -34 Análise de sangue -35 Análise de urina -36 Análise de fezes -37 Citologia esfoliativa/histologia -38 Outras análises laboratoriais NE -39 Teste de função física -40 Endoscopia diagnóstica -41 Radiologia diagnóstica -42 Eletrocardiograma -43 Outros procedimentos diagnósticos -44 Vacinação/medicação preventiva -45 Educação em saúde/aconselhamento/dieta -46 Consulta com profissional de APS -47 Consulta com especialista -48 Esclarecimento/discussão do motivo da consulta -49 Outros procedimentos preventivos -50 Medicação/prescrição/renovação/injeção -51 Incisão/drenagem/aspiração/remoção -52 Excisão/biopsia/remoção/debridamento/cauterização -53 Cateterização/intubação -54 Reparação/sutura/gesso/prótese -55 Injeção local/infiltração -56 Ligadura/compressa/amponamento -57 Medicina física/reabilitação -58 Aconselhamento/escuta terapêutica -59 Outros procedimentos terapêuticos/pequena cirurgia NE -60 Resultados de análises/procedimentos -61 Contra referência de outro prestador - resultado de exames/teste/ análise -62 Procedimento administrativo -63 Consulta de seguimento não especificada -64 Episódio / problema iniciado pelo prestador -65 Episódio / problema iniciado por outro NE -66 Referenciado a outro prestador/enfermeiro/assistente social/terapeuta -67 Referenciado para médico/especialista/ clínica/hospital -68 Outras referências NE -69 Outro motivo de consulta NE			
GERAL E INESPECÍFICO			
A01 Dor generalizada / múltipla A02 Arrepios/ calafrios A03 Febre A04 Debilidade/cansaço geral/fadiga A05 Sentir-se doente A06 Desmaio/síncope A07 Coma A08 Inchaço A09 Problemas de sudorese A10 Sangramento/Hemorragia NE A11 Dores torácicas NE A12 Receio/medo do tratamento A13 Criança irritável A14 Preocupação com aparência A15 Pedido/discussão eutanásia A16 Fator de risco de malignidade A17 Fator de risco NE A18 Medo de morrer/medo da morte A19 Medo de câncer NE A20 Medo de outra doença NE A21 Limitação funcional/incapacidade NE A22 Outros sinais/sintomas gerais A23 Tuberculose A24 Sarampo A25 Varicela A26 Malária A27 Rubéola A28 Mononucleose infecciosa A29 Outro exantema viral A30 Dengue e outras doenças virais NE A31 Hanseníase e outras doenças infecciosas NE A32 Carcinomatose (localização primária desconhecida) A33 Lesão traumática/acidente NE A34 Politraumatismos/ferimentos múltiplos A35 Efeito secundário de lesão traumática A36 Intoxicação por medicamento A37 Efeito adverso de fármaco dose correta A38 Efeito tóxico de substância não medicinal A39 Complicações de tratamento médico A40 Efeito adverso de fator físico A41 Efeito da prótese A42 Malformação congênita NE/múltiplas A43 Investigação com resultado anormal NE A44 Alergia/reação alérgica NE A45 Recém nascido prematuro			
A94 Morbidade perinatal, outra A95 Mortalidade perinatal A96 Morte A97 Sem doença A98 Medicina preventiva/manutenção da saúde A99 Outras doenças gerais NE			
SANGUE, SISTEMA HEMATOPOIÉTICO, LINFÁTICO E BAÇO			
B02 Gânglio linfático aumentado/doloroso B04 Sinais/sintomas sangue B25 Medo de VIH/ HIV/SIDA/ AIDS B26 Medo de câncer no sangue/linfático B27 Medo de outras doenças do sangue / vasos linfáticos B28 Limitação funcional/incapacidade B29 Outros sinais/ sintomas do sangue/ sistema linfático/ baço NE B70 Linfadenite aguda B71 Linfadenite crônica NE B72 Doença de Hodgkin/linfomas B73 Leucemia B74 Outra neoplasia maligna no sangue B75 Neoplasia benigna NE B76 Rotura traumática do baço B77 Outras lesões traumáticas do sangue/linfa/baço B78 Anemia hemolítica hereditária B79 Outra malformação congênita do sangue/ linfática B80 Anemia por deficiência ferro B81 Anemia perniciosa/deficiência de folatos B82 Outras anemias NE B83 Púrpura/defeitos de coagulação B84 Glóbulos brancos anormais B87 Esplenomegalia B90 Infecção por VIH/ HIV/SIDA/ AIDS B99 Outra doença do sangue/linfáticos/baço			
PROCEDIMENTOS			
SINAIS/SINTOMAS			
INFECÇÕES			
NEOPLASIAS			
TRAUMATISMOS			
ANOMALIAS CONGÊNITAS			
OUTROS DIAGNÓSTICOS			
DIGESTIVO			
D01 Dor abdominal generalizada/cólicas D02 Dores abdominais, epigástricas D03 Azia/ Queimação D04 Dor anal/retal D05 Irritação perianal D06 Outras dores abdominais localizadas D07 Dispepsia/indigestão D08 Flatulência / gases/eructações D09 Náusea D10 Vômito D11 Diarreia D12 Obstipação D13 Icterícia D14 Hematêmese/vômito sangue D15 Melena D16 Hemorragia retal D17 Incontinência fecal D18 Alterações nas fezes/mov. intestinais D19 Sinais/sintomas dos dentes/gengivas D20 Sinais/sintomas da boca/língua/lábios D21 Problemas de deglutição D22 Hepatomegalia D23 Massa abdominal NE D24 Distensão abdominal D25 Medo de câncer no aparelho digestivo D26 Medo de outras doenças aparelho digestivo D27 Limitação funcional/incapacidade D28 Outros sinais/sintomas digestivos D29 Infecção gastrointestinal D71 Caxumba/parotidite epidêmica D72 Hepatite viral D73 Gastroenterite, presumível infecção D74 Neoplasia maligna do estômago D75 Neoplasia maligna do cólon/recto D76 Neoplasia maligna do pâncreas D77 Neoplasia maligna do aparelho digestivo NE D78 Neoplasia benigna do aparelho digestivo/incerta D79 Corpo estranho no aparelho digestivo D80 Outras lesões traumáticas D81 Malformações congênitas do aparelho digestivo D82 Doença dos dentes/gengivas D83 Doença da boca/língua/lábios D84 Doença do esôfago D85 Úlcera do duodeno D86 Úlcera péptica, outra D87 Alterações funcionais estômago D88 Apendicite D89 Hérnia inguinal D90 Hérnia de hiato / diafragmática D91 Hérnia abdominal, outras D92 Doença diverticular intestinal D93 Síndrome do cólon irritável D94 Enterite crônica / colite ulcerosa D95 Fissura anal / abscesso perianal D96 Lombrigas / outros parasitas D97 Doenças do fígado / NE			
D98 Colecistite, colelitíase D99 Outra doença do aparelho digestivo			
OLHO			
F01 Dor no olho F02 Olho vermelho F03 Secreção ocular F04 Moscas volantes/pontos luminosos/escotomas/ manchas F05 Outras perturbações visuais F13 Sensações oculares anormais F14 Movimentos oculares anormais F15 Aparência anormal nos olhos F16 Sinais/sintomas das pálpebras F17 Sinais/sintomas relacionados a óculos F18 Sinais/sintomas relacionados a lentes de contato F27 Medo de doença ocular F28 Limitação funcional/incapacidade F29 Outros sinais/sintomas oculares F70 Conjuntivite infecciosa F71 Conjuntivite alérgica F72 Blefarite/hordéolo/calázio F73 Outras infecções/inflamações oculares F74 Neoplasia do olho/anexos F75 Contusão/hemorragia ocular F76 Corpo estranho ocular F79 Outras lesões traumáticas oculares F80 Obstrução canal lacrimal da criança F81 Outras malformações congênitas do olho F82 Descolamento da retina F83 Retinopatia F84 Degeneração macular F85 Úlcera da córnea F86 Tracoma F91 Erro de refração F92 Catarata F93 Glaucoma F94 Cegueira F95 Estrabismo F99 Outra doença ocular/anexos			
OUVIDO			
H01 Dor de ouvidos H02 Problemas de audição H03 Acufeno, zumbidos, ruído, assobios H04 Secreção no ouvido H05 Hemorragia no ouvido H13 Sensação de ouvido tapado H15 Preocupação com a aparência das orelhas H27 Medo de doença do ouvido H28 Limitação funcional/incapacidade H29 Outros sinais/sintomas ouvido H70 Otite externa H71 Otite média aguda/miringite H72 Otite média serosa H73 Infecção da Trompa de Eustáquio H74 Otite média crônica H75 Neoplasia do ouvido H76 Corpo estranho do ouvido H77 Perfuração do tímpano H78 Traumatismo superficial do ouvido H79 Outros traumatismos do ouvido H80 Malformações congênitas do ouvido H81 Cerúmen no ouvido em excesso H82 Síndrome vertiginosa H83 Otosclerose H84 Presbiacusia H85 Lesão acústica H86 Surdez H99 Outra doença do ouvido/mastóide			
CIRCULATÓRIO			
K01 Dor atribuída ao coração K02 Sensação de pressão/aperto atribuída ao coração K03 Dores atribuídas ao aparelho circulatório NE K04 Palpitações/percepção dos batimentos cardíacos K05 Outras irregularidades dos batimentos cardíacos K06 Velas proeminentes K07 Tomozelos inchados/edema K22 Fator de risco para doença cardiovascular K24 Medo de doença cardíaca K25 Medo de hipertensão K27 Medo de outra doença cardiovascular K28 Limitação funcional/incapacidade K29 Outros sinais/sintomas cardiovasculares K70 Doença infecciosa do aparelho circulatório K71 Febre reumática/cardiopatia K72 Neoplasia do aparelho circulatório K73 Malformações congênitas do aparelho circulatório K74 Doença cardíaca isquêmica com angina K75 Infarto ou Enfarte agudo miocárdio K76 Doença cardíaca isquêmica sem angina K77 Insuficiência cardíaca K78 Fibrilação/flutter auricular/ atrial K79 Taquicardia Paroxística K80 Arritmia cardíaca NE K81 Sopros cardíaco/arterial NE K82 Doença cardiopulmonar K83 Doença valvular cardíaca NE K84 Outras doenças cardíacas K85 Pressão arterial elevada K86 Hipertensão sem complicações K87 Hipertensão com complicações			
K88 Hipotensão postural K89 Isquemia/ acidente cerebral transitório(o) K90 Trombose/acidente vascular cerebral K91 Doença vascular cerebral K92 Aterosclerose/doença vascular periférica K93 Embolia pulmonar K94 Flebite/tromboflebite K95 Veias varicosas da perna K96 Hemorroidas K99 Outras doenças do aparelho circulatório			
MÚSCULO-ESQUELÉTICO			
L01 Sinais/sintomas do pescoço L02 Sinais/sintomas da região dorsal L03 Sinais/sintomas da região lombar L04 Sinais/sintomas do tórax L05 Sinais/sintomas da axila L07 Sinais/sintomas da mandíbula L08 Sinais/sintomas dos ombros L09 Sinais/sintomas dos braços L10 Sinais/sintomas dos cotovelos L11 Sinais/sintomas dos punhos L12 Sinais/sintomas das mãos e dedos L13 Sinais/sintomas do quadril L14 Sinais/sintomas da coxa/perna L15 Sinais/sintomas do joelho L16 Sinais/sintomas do tornozelo L17 Sinais/sintomas do pé/dedos pé L18 Dores musculares L19 Sinais/sintomas musculares NE L20 Sinais/sintomas das articulações NE L26 Medo de câncer no aparelho músculo-esquelético L27 Medo de doença no aparelho músculo-esquelético, outro L28 Limitação funcional/incapacidade L29 Outros sinais/sintomas do aparelho músculo-esquelético L70 Infecções do aparelho músculo-esquelético L71 Neoplasia maligna do aparelho músculo-esquelético L72 Fratura: rádio/cúbito L73 Fratura: tibia/perónio/ fíbula L74 Fratura: osso da mão/pé L75 Fratura: fêmur L76 Outras fraturas L77 Entorses e distensões do tornozelo L78 Entorses e distensões do joelho L79 Entorses e distensões das articulações NE L80 Luxação/subluxação L81 Traumatismos do aparelho musculoesquelético NE L82 Malformações congênitas do aparelho músculo-esquelético L83 Doenças ou síndromes da coluna cervical L84 Doenças ou síndromes da coluna sem irradiação de dor L85 Deformação adquirida da coluna L86 Síndrome vertebral com irradiação dor L87 Burstite/teudinite/sinovite NE L88 Artrite reumatóide/seropositiva L89 Osteoartrite do quadril L90 Osteoartrite do joelho L91 Outras osteoartroses L92 Síndrome do ombro doloroso L93 Cotovelo de tenista L94 Osteocondrose L95 Osteoporose L96 Lesão interna aguda do joelho L97 Neoplasia benigna/incertas L98 Malformação adquirida de um membro L99 Outra doença do aparelho músculo-esquelético			
NEUROLÓGICO			
N01 Cefaleia N03 Dores da face N04 Síndrome das pernas inquietas N05 Formigamento/ parestesia nos dedos das mãos/pés N06 Outras alterações da sensibilidade N07 Convulsões/ataques N08 Movimentos involuntários anormais N16 Alterações do olfato/gosto N17 Vertigens/tonturas N18 Paralisia/fraqueza N19 Perturbações da fala N26 Medo de câncer do sistema neurológico N27 Medo de outras doenças neurológicas N28 Limitação funcional/incapacidade N29 Sinais/sintomas do sistema neurológico, outros N70 Poliomielite N71 Meningite/encefalite N72 Tétano N73 Outra infecção neurológica N74 Neoplasia maligna do sistema neurológico N75 Neoplasia benigna do sistema neurológico N76 Neoplasia do sistema neurológico de natureza incerta N79 Concussão N80 Outras lesões cranianas N81 Outra lesão do sistema neurológico N85 Malformações congênitas N86 Esclerose múltipla N87 Parkinsonismo N88 Epilepsia N89 Enxaqueca			

N90 Cefaleia de cluster	S03 Verrugas	U29 Sinais/sintomas aparelho urinário, outros	X81 Neoplasia genital feminina, outra/NE
N91 Paralisia facial/paralisia de Bell	S04 Tumor/inchaço localizado	U70 Pielonefrite	X82 Lesão traumática genital feminina
N92 Nevralgia do trigêmeo	S05 Tumores/inchaços generalizados	U71 Cistite/outra infecção urinária	X83 Malformações congênitas genitais
N93 Síndrome do túnel do carpo/ Síndrome do canal carpo	S06 Erupção cutânea localizada	U72 Uretrite	X84 Vaginite/vulvite NE
N94 Neurite/ Nevrite/neuropatia periférica	S07 Erupção cutânea generalizada	U75 Neoplasia maligna do rim	X85 Doença do colo NE
N95 Cefaleia tensional	S08 Alterações da cor da pele	U76 Neoplasia benigna do rim	X86 Esfregaço de Papanicolaou/colpocitologia oncológica anormal
N99 Outras doenças do sistema neurológico	S09 Infecção dos dedos das mãos/pés	U77 Neoplasia maligna do aparelho urinário, outra	X87 Prolapso utero-vaginal
	S10 Furúnculo/carbúnculo	U78 Neoplasia benigna do aparelho urinário	X88 Doença fibrocística da mama
	S11 Infecção pós-traumática da pele	U79 Neoplasia do aparelho urinário NE	X89 Síndrome da tensão pré-menstrual
PSICOLÓGICO	P	U80 Lesões traumáticas do aparelho urinário	X90 Herpes genital feminino
P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão	S12 Picada ou mordedura de inseto	U85 Malformação congênita do aparelho urinário	X91 Condiloma acuminado feminino
P02 Reação aguda ao estresse	S13 Mordedura animal/humana	U88 Glomerulonefrite/ síndrome nefrótica	X92 Infecção por clamídia
P03 Tristeza/ Sensação de depressão	S14 Queimadura/escaldão	U90 Albuminúria/proteinúria ortostática	X99 Doença genital feminina, outra
P04 Sentir/comportar-se de forma irritável/zangada	S15 Corpo estranho na pele	U95 Cálculo urinário	GENITAL MASCULINO
P05 Sensação/comportamento senil	S16 Traumatismo/contusão	U98 Análise de urina anormal NE	Y
P06 Perturbação do sono	S17 Abrasão/arranhão/bolhas	U99 Outras doenças urinárias	
P07 Diminuição do desejo sexual	S18 Laceração/corte		
P08 Diminuição da satisfação sexual	S19 Outra lesão cutânea	GRAVIDEZ, PARTO E PLANEJAMENTO FAMILIAR	W
P09 Preocupação com a preferência sexual	S20 Calos/calosidades	W01 Questão sobre gravidez	W02 Medo de estar grávida
P10 Gaguejar/balbuciar/tiques	S21 Sinais/sintomas da textura da pele	W03 Hemorragia antes do parto	W05 Vômitos/náuseas durante a gravidez
P11 Problemas de alimentação da criança	S22 Sinais/sintomas das unhas	W10 Contraceção pós-coital	W11 Contraceção oral
P12 Molhar a cama/enurese	S23 Queda de cabelo/calvície	W12 Contraceção intra-uterina/ Dispositivo intrauterino/ DIU	W13 Esterilização
P13 Encoprese/outras problemas de incontinência fecal	S24 Sinais/sintomas do cabelo/couro cabeludo	W14 Contraceção/outras	W15 Infertilidade/subfertilidade
P15 Abuso crônico de álcool	S26 Medo de câncer de pele	W17 Hemorragia pós-parto	W18 Sinais/sintomas pós-parto
P16 Abuso agudo de álcool	S27 Medo de outra doença da pele	W19 Sinais/sintomas da mama/lactação	W21 Preocupação com a imagem corporal na gravidez
P17 Abuso do tabaco	S28 Limitação funcional/incapacidade	W22 Medo de complicações na gravidez	W23 Neoplasia benigna/incerta relacionada com a gravidez
P18 Abuso de medicação	S29 Sinais/sintomas da pele, outros	W28 Limitação funcional/incapacidade	W29 Sinais/sintomas da gravidez, outros
P19 Abuso de drogas	S70 Herpes zoster	W70 Sepsis/infecção puerperal	W71 Infecções que complicam a gravidez
P20 Alterações da memória	S71 Herpes simples	W72 Neoplasia maligna relacionada com gravidez	W73 Neoplasia benigna/incerta relacionada com a gravidez
P22 Sinais/sintomas relacionados ao comportamento da criança	S72 Escabiose/outras acariases	W75 Lesões traumáticas que complicam a gravidez	W76 Malformação congênita que complica a gravidez
P23 Sinais/sintomas relacionados ao comportamento do adolescente	S73 Pediculose/outras infecções da pele	W78 Gravidez	W79 Gravidez não desejada
P24 Dificuldades específicas de aprendizagem	S74 Dermatofitose	W80 Gravidez ectópica	W81 Toxemia gravídica/ DHEG
P25 Problemas da fase de vida de adulto	S75 Monilíase oral/candidíase na pele	W82 Aborto espontâneo	W83 Aborto provocado de alto risco
P27 Medo de perturbações mentais	S76 Outras infecções da pele	W84 Gravidez	W85 Diabetes gestacional
P28 Limitação funcional/incapacidade	S77 Neoplasias malignas da pele	W90 Parto sem complicações de nascido vivo	W91 Parto sem complicações de natimorto
P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros	S78 Lipoma	W92 Parto com complicações de nascido vivo	W93 Parto com complicações de natimorto
P70 Demência	S79 Neoplasia cutânea benigna/incerta	W94 Mastite puerperal	W95 Outros problemas da mama durante gravidez/puerpério
P71 Outras psicose orgânicas NE	S80 Ceratose/ Queratose solar/queimadura solar	W96 Outras complicações do puerpério	W99 Outros problemas da gravidez/parto
P72 Esquizofrenia	S81 Hemangioma/linfangioma		
P73 Psicose afetiva	S82 Nevos/sinais da pele	GENITAL FEMININO	X
P74 Distúrbio ansioso/estado de ansiedade	S83 Lesões da pele congênitas, outras	X01 Dor genital	X02 Dores menstruais
P75 Somatização	S84 Impetigo	X03 Dores intermenstruais	X04 Relação sexual dolorosa na mulher
P76 Perturbações depressivas	S85 Cisto pilonidal/fistula	X05 Menstruação escassa/ausente	X06 Menstruação excessiva
P77 Suicídio/tentativa de suicídio	S86 Dermite seborreica	X08 Hemorragia intermenstrual	X09 Sinais/sintomas pré-menstruais
P78 Neurastenia	S87 Dermite/eczema atópico	X10 Desejo de alterar a data menstruação	X11 Sinais/sintomas da menopausa/ climatério
P79 Fobia/perturbação compulsiva	S88 Dermite de contato/alérgica	X12 Hemorragia pós-menopausa	X13 Hemorragia pós-coital
P80 Perturbações de personalidade	S89 Dermite das fraldas	X14 Secreção vaginal	X15 Sinais/sintomas da vagina
P81 Perturbação hipercinética	S90 Píriase rosada	X16 Sinais/sintomas da vulva	X17 Sinais/sintomas da pélvis feminina
P82 Estresse pós traumático	S91 Psoríase	X18 Dor na mama feminina	X19 Tumor ou nódulo na mama feminina
P85 Retardo/ Atraso mental	S92 Doença das glândulas sudoríparas	X20 Sinais/sintomas do mamilo da mulher	X21 Sinais/sintomas da mama feminina, outros
P86 Anorexia nervosa, bulimia	S93 Cisto sebáceo	X22 Preocupação com a aparência da mama feminina	X23 Medo de doença de transmissão sexual
P88 Outras psicose NE	S94 Unha encravada	X24 Medo de disfunção sexual	X25 Medo de câncer genital
P99 Outras perturbações psicológicas	S95 Molusco contagioso	X26 Medo de câncer na mama	X27 Medo de outra doença genital/mama
	S96 A acne	X28 Limitação funcional/incapacidade	X29 Sinais/sintomas do aparelho genital feminino, outra
	S97 Úlcera crônica da pele		
	S98 Urticária		
	S99 Outras doenças da pele		
RESPIRATÓRIO	R	ENDÓCRINO/METABÓLICO E NUTRICIONAL	Y
R01 Dor atribuída ao aparelho respiratório	T01 Sede excessiva		
R02 Dificuldade respiratória, dispnéia	T02 Apetite excessivo		
R03 Respiração ruidosa	T03 Perda de apetite		
R04 Outros problemas respiratórios	T04 Problemas alimentares de lactente/criança		
R05 Tosse	T05 Problemas alimentares do adulto		
R06 Hemorragia nasal/epistaxe	T07 Aumento de peso		
R07 Espirro/congestão nasal	T08 Perda de peso		
R08 Outros sinais/sintomas nasais	T10 Atraso do crescimento		
R09 Sinais/sintomas dos seios paranasais	T11 Desidratação		
R21 Sinais/sintomas da garganta	T26 Medo de câncer do sistema endócrino		
R23 Sinais/sintomas da voz	T27 Medo de outra doença endócrina/metabólica		
R24 Hemoptise	T28 Limitação funcional/incapacidade		
R25 Expectoração/mucosidade anormal	T29 Sinais/sintomas endocrinológicos/metabólicos/nutricionais, outros		
R26 Medo de câncer do aparelho respiratório	T70 Infecção endócrina		
R27 Medo de outras doenças respiratórias	T71 Neoplasia maligna da tireóide		
R28 Limitação funcional/incapacidade	T72 Neoplasia benigna da tireóide		
R29 Sinais/sintomas do aparelho respiratório, outros	T73 Outra neoplasia endócrina NE		
R71 Tosse convulsa/ pertussis	T78 Cisto do canal tiroglossal		
R72 Infecção estreptocócica da orofaringe	T80 Malformação congênita endócrina/metabólica		
R73 Abscesso/furúnculo no nariz	T81 Bócio		
R74 Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	T82 Obesidade		
R75 Sinusite crônica/aguda	T83 Excesso de peso		
R76 Amigdalite aguda	T85 Hipertireoidismo/tireotoxicose		
R77 Laringite/traqueíte aguda	T86 Hipotireoidismo/mixedema		
R78 Bronquite/bronquiolite aguda	T87 Hipoglicemia		
R79 Bronquite crônica	T89 Diabetes insulino-dependente		
R80 Gripe	T90 Diabetes não insulino-dependente		
R81 Pneumonia	T91 Deficiência vitamínica/nutricional		
R82 Pleurite/derrame pleural	T92 Gota		
R83 Outra infecção respiratória	T93 Alteração no metabolismo dos lipídios		
R84 Neoplasia maligna dos brônquios/pulmão	T99 Outras doenças endocrinológica/metabólica/nutricionais		
R85 Outra neoplasia respiratória maligna			
R86 Neoplasia benigna respiratória	URINÁRIO	U	
R87 Corpo estranho nariz/laringe/brônquios	U01 Disúria/micção dolorosa		
R88 Outra lesão respiratória	U02 Micção frequente/urgência urinária/ polaciúria		
R89 Malformação congênita do aparelho respiratório	U04 Incontinência urinária		
R90 Hipertrofia das amígdalas/adenoídes	U05 Outros problemas com a micção		
R92 Neoplasia respiratória NE	U06 Hematúria		
R95 Doença pulmonar obstrutiva crônica	U07 Outros sinais/sintomas urinários		
R96 Asma	U08 Retenção urinária		
R97 Rinite alérgica	U13 Sinais/sintomas da bexiga, outros		
R98 Síndrome de hiperventilação	U14 Sinais/sintomas dos rins		
R99 Outras doenças respiratórias	U26 Medo de câncer no aparelho urinário		
	U27 Medo de outra doença urinária		
	U28 Limitação funcional/incapacidade		
PELE	S		
S01 Dor/sensibilidade dolorosa da pele			
S02 Prurido			

ANEXO B – FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*		M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
Nº PRONTUÁRIO														
CNS DO CIDADÃO														
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
Local de atendimento* (ver legenda)														
Tipo atendimento*	Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado													
	Consulta Agendada													
	Escuta Inicial/Orientação													
	Consulta no Dia													
	Atendimento de Urgência													
Atenção Domiciliar	Modalidade AD 1, 2 ou 3 (ver legenda)	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	
Racionalidade em saúde (ver legenda)														
Avaliação antropométrica	Perímetro cefálico (cm)													
	Peso (kg)													
	Altura (cm)													
Vacinação em dia?		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM
Criança	Alimentação materna (ver legenda)													
	DUM													
Gestante	Gravidez Planejada	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM
	Idade Gestacional (semanas)													
	Gestas Prévia/Partos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Problema/Condição avaliada*	Asma													
	Desnutrição													
	Diabetes													
	DPOC													
	Hipertensão arterial													
	Obesidade													
	Pré-natal													
	Puericultura													
	Puerpério (até 42 dias)													
	Saúde sexual e reprodutiva													
	Tabagismo													
	Usuário de álcool													
	Usuário de outras drogas													
	Saúde mental													
Reabilitação														

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Problema/ Condição avaliada*	Doenças transmissíveis															
	Tuberculose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Hanseníase	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Dengue	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	DST	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Câncer do colo do útero	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Câncer de mama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Risco cardiovascular	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Outros															
	CIAP-2															
CIAP-2																
CID-10																
CID-10																
Exames solicitados (S) e avaliados (A)	Colesterol total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	EAS/EQU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletrocardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletroforese de hemoglobina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Espirometria	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Exame de escarro	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Glicemia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemoglobina glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	LDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia de sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para HIV	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste indireto de aglutinação humana (TIA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste de gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste da orelhinha (EOA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste do olhinho (TRV)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Outros exames (código do SIGTAP)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Ficou em Observação?	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO		
Nasf/polo	Avaliação/Diagnóstico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Procedimentos Clínicos/ Terapêutico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Prescrição terapêutica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Conduta/Desfecho*	Retorno para consulta agendada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Agendamento para grupos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Agendamento p/ NASF	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Alta do episódio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Encaminhamento interno no dia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Encaminhamento p/ serviço especializado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Encaminhamento p/ CAPS	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Encaminhamento p/ internação hospitalar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Encaminhamento p/ urgência	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
Encaminhamento intersetorial	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa Aleitamento materno: 01 - Exclusivo 02 - Predominante 03 - Complementado 04 - Inexistente Racionalidade em saúde: 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia Aplicada à Saúde

Modalidade de AD: destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de Atenção Básica. AD2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. AD3: usuários com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.

*Campo obrigatório

ANEXO C – CONVITE COREN/SP

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

São Paulo, 21 de janeiro de 2020.

Prezado(a) Senhor(a),

Atendendo as últimas diretrizes do Tribunal de Contas da União (TCU), da Procuradoria Geral da União e do Ministério Público (MPF) pertinente ao escopo das Autarquias Federais Fiscalizadoras do exercício profissional, temos a informar que o apoio deste Conselho Regional na trajetória do estudo ocorre da seguinte forma:

O "link" do estudo é divulgado aos profissionais de enfermagem com cadastro atualizado e válido por meio do envio de e-mail marketing **disparado uma única vez** sem garantir o alcance da totalidade esperada.

Há estudos que demonstram que apenas 2% dos destinatários concluem as ações pretendidas nas mensagens.

Identificamos a aprovação do estudo pela Instituição de Ensino, credenciada pela Comissão Nacional de Ensino e Pesquisa (CONEP), mas será obrigatória também a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ante a divulgação da pesquisa.

O profissional Pesquisador deve estar com o registro no COREN ativo, requisito que você já atende, e as recomendações supracitadas devem ser seguidas. Garantiremos o sigilo das informações cadastrais dos profissionais.

O estudo, quando finalizado, deve ser encaminhando aos cuidados do Coren-SP.

Aguardamos seu posicionamento frente ao exposto, para que possamos dar continuidade a sua requisição.

Atenciosamente,

Paulo Cobellis Gomes
Conselheiro Efetivo
COREN - SP 15.838

Juliana Baraldi Ferrareze
Secretária GAB
COREN-SP 14514/13 757

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO - COREN-SP

Alameda Ribeirão Preto, 82 - Bela Vista - São Paulo - SP - 01331-000
Telefone: 11 3225.6300
www.coren-sp.gov.br

Página 1 de 1

ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – QUESTIONÁRIO ONLINE

Convido o Sr(a) a participar da pesquisa intitulada “O conhecimento e o uso da Classificação Internacional da Atenção Primária por Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde” desenvolvida pela Sra. **Isis Arcanjo Colucci da Silva**, responsável pela pesquisa, enfermeira e mestrandanda do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária no Sistema Único de saúde (MPAPS) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Esta pesquisa está sob a orientação da Profa. Dra. Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscheck, do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva dessa mesma Escola.

O objetivo da pesquisa é identificar o conhecimento e uso da Classificação Internacional da Atenção Primária pelos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde.

A técnica utilizada para coleta de dados será por meio de questionário online através da ferramenta Google Forms.

Sua participação nesta pesquisa limitar-se-á a responder a um questionário, com os seguintes aspectos: caracterização pessoal e questões sobre o conhecimento e uso da Classificação Internacional de Atenção Primária. O tempo estimado para a o preenchimento é de 10 minutos. Sua participação nesta pesquisa trará como benefício geral, o maior conhecimento sobre o tema abordado, o reconhecimento da realidade sobre o conhecimento da Classificação Internacional de Atenção Primária, não apresenta benefício direto para você.

O possível risco oferecido com a participação nesta pesquisa é que pode gerar desconforto por ter que se posicionar quanto ao conhecimento e uso da Classificação Internacional da Atenção Primária e para isso será considerado os princípios de privacidade, confiança e respeito. Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa você será indenizado.

A participação é voluntária sem qualquer tipo de custo ou remuneração e você tem a liberdade de desistir em qualquer momento da pesquisa caso deseje, sem qualquer tipo de prejuízo ou sanção. Caso tenha alguma despesa devido a pesquisa será ressarcido pelo próprio pesquisador.

Gostaria de convidá-lo(a) a participar desta pesquisa, destacando a importância de sua colaboração ativa para o aprofundamento da compreensão sobre o tema. Por ocasião de divulgação dos resultados será garantido seu anonimato e o sigilo de seus dados confidenciais. Após a finalização da investigação, se houver interesse, você terá livre acesso a seu conteúdo, podendo discuti-lo com o pesquisador.

A pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Se você concordar em participar, deverá indicar no final do formulário eletrônico que leu o TCLE e que aceita participar desta pesquisa. Após o aceite em participar da pesquisa será solicitado que você preencha seus dados em um formulário sem identificação com algumas informações sobre sua formação acadêmica e atuação profissional.

Caso sinta necessidade de qualquer esclarecimento em qualquer etapa do estudo, poderá entrar em contato com a pesquisadora Sra. Isis Arcanjo Colucci da Silva que pode de ser encontrada no endereço Rua Dr. Hélio Fidélis nº 26 apt. 85 G Bairro Vila São Francisco Cidade: São Paulo- SP. Telefone: (11) 99718-7371 e-mail: isisarcanjo@usp.br.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, ou queira realizar alguma denúncia, entre em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) que são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS Rua General Jardim, 36 – 1º andar Informações/ dúvidas: Fone: 3397-2464 • e-mail: smscep@gmail.com; e Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo- Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 3061-8858 e-mail – cepee@usp.br.

ANEXO E - CAPACITAÇÃO PARA CONHECIMENTO E APLICABILIDADE DO CIAP

A Atenção Primária à Saúde se expandiu e se consolidou nos últimos anos.

Os profissionais capacitados e com determinadas competências são cada vez mais necessários e requisitados para melhores resultados no cuidado das pessoas.

Diante deste cenário, este curso visa instrumentalizar o aluno a utilizar a CIAP de forma adequada podendo usar as informações geradas a partir da clínica para a gestão dos processos de trabalho.

A capacitação será oferecida por EAD, o conteúdo das aulas será disponibilizado, as aulas estarão distribuídas em 3 módulos, divididos por tópicos centrais que são essenciais para a compreensão do tema proposto visando que ao fim desta capacitação, os profissionais envolvidos realizar as classificações em CIAP de forma adequada e utilizem estes dados para a Gestão da sua Clínica.

Objetivos Pedagógicos:

- Conhecer a evolução histórica da CIAP
- Entender o porquê utilizar a classificação em CIAP
- Compreender a estrutura da CIAP
- Conhecer e desenvolver a habilidade de manusear o livro da CIAP e seu resumo
- Reconhecer os momentos que podemos classificar (SOAP)
- Avaliar as relações entre os momentos avaliados

Público Alvo:

Alunos de graduação, residentes e profissionais da saúde com interesse em atenção primária.

Programa:

Módulo 1 - Evolução histórica da CIAP (carga horária: 2 horas)

- Conferência de Alma Ata
- Atenção Primária à Saúde e seus atributos
- Classificação dos Motivos de Consulta
- A CIAP no mundo

Módulo 2 – Estrutura da CIAP e forma de utilização (carga horária 3 horas)

- Sumário da CIAP: forma de organização das informações e aplicabilidade
- Livro CIAP: como realizar consulta para inclusão ou exclusão de determinada classificação
- Legislação

Módulo 3 – Casos clínicos para o desenvolvimento da prática (carga horária 4 horas)

- SOAP

- Método Clínico centrado na pessoa
- Através de casos clínicos realizaremos a Classificação dos momentos da consulta em CIAP
- Gestão da Clínica a partir dos dados gerados em CIAP

Referências que serão utilizadas

Araújo LN, Figueira MD. Gestão da clínica. In: Valladão Júnior JBR, Gusso G, Olmos RD, editores. Medicina de família e comunidade. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p. 3-22.

Basílio N, Ramos C, Figueira S, Pinto D. Worldwide usage of International Classification of Primary Care. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2016 [cited 2020 Jan 20];11(38):1-9. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1225/769>. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1225](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1225).

Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. Cien Saude Colet [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 20];22(4): 1141-54. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1141.pdf>. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde [Internet]. Brasília: CONASS; 2015 [cited 2019 Jan 20]. Available from: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L03_ATENCAO-PRIMARIA-A-SAUDE_jun2015.pdf

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde [Internet]. Brasília: CONASS; 2015 [cited 2019 Jan 20]. Available from: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L03_ATENCAO-PRIMARIA-A-SAUDE_jun2015.pdf

Brasil. Ministério da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. e-SUS atenção básica: sistema com coleta de dados simplificada - CDS: manual do digitador [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 [cited 2019 Jan 20]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_digitador.pdf

Casajuana J, Bellón J. La gestión de la consulta en atención primaria. In: Martin Zurro A, Cano-Pérez J, editores. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2003. p. 84-109.

Comitê Internacional de Classificação da WONCA. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP2) [Internet]. 2ª ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009 [cited 2020 Jan 20]. Available from: http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf

Gusso GDF, Poli Neto P. Gestão da clínica. In: Gusso GDF, Lopes JMC, editores. Tratado de medicina de família e comunidade. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 159-65.

Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª ed. (CIAP-2) [dissertação] [Internet]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009 [cited Jan 20]. Available from: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5159/tde-08032010-164025/publico/GustavoGusso.pdf>

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. Cien Saude Colet [Internet]. 2012 [cited 2020 Jan 20];17(11):1-8. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a18.pdf>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100019>.

Lebrão ML. Classificação internacional de motivos de consulta para assistênciaprimária: teste em algumas áreas brasileiras. Rev Saude Publica [Internet]. 1985 [cited 2020 Jan 20];19(1):69-78. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v19n1/08.pdf>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101985000100008>.

Martin Zurro A, Cano-Pérez J, editores. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2003.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [cited 2019 Jan 20]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965

Orozco Beltrán D, Pedrera Carbonell V, Gil Guillén V, Prieto Erades I, Ribera Montés MC, P. Martínez Cánovas. Gestión clínica de la consulta: Previsibilidad y contenido clínico (Estudio SyN-PC). Aten Primaria [Internet]. 2004 [cited 2019 Jan 20];33(2):69-77. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-gestion-clinica-consulta-previsibilidad-contenido-13057254>

Santiago LM, Carvalho R, Botas P, Miranda P, Matias C, Simões AR, et al. A informação na consulta presencial em Medicina Geral e Familiar: classificações segundo a ICPC-2 e anotações livres para a memória futura no SOAP. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 30º de setembro de 2015 [cited 2020 Jan 20];10(36). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/840>. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)840](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(36)840).

Santos KPB, Ribeiro MTAM. Motivos de consulta mais comuns das pessoas atendidas por uma equipe de saúde da família em Fortaleza - CE. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 30º de dezembro de 2015 [cited 2020 Jan 20];10(37):1-11. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/831>. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)831](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(37)831).

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Medidas concretas para la desburocratización de las consultas de Atención Primaria [Internet]. Barcelona: semFYC; 2008 [cited 2020 Jan 20]. Available from: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/04/2008.-DOCU-25-DESBURUOCRATIZACI%C3%93N.pdf>

Soler J, Okkes I, Wood M, Lamberts H. The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care. Fam Pract [Internet]. 2008 [cited 2020 Jan 20];25(4):312-7. Available from:

<https://academic.oup.com/fampra/article/25/4/312/604241>. DOI:
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmn028>.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília: UNESCO; 2002 [cited 2020 Jan 20]. Available from:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>

Starfield B. Is primary care essential? Lancet [Internet]. 1994 [cited 2020 Jan 20];344(8930):1129-33. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673694906343>. DOI:
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3).