



**PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

**Secretaria Municipal de Saúde**

**Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde**

**Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade**

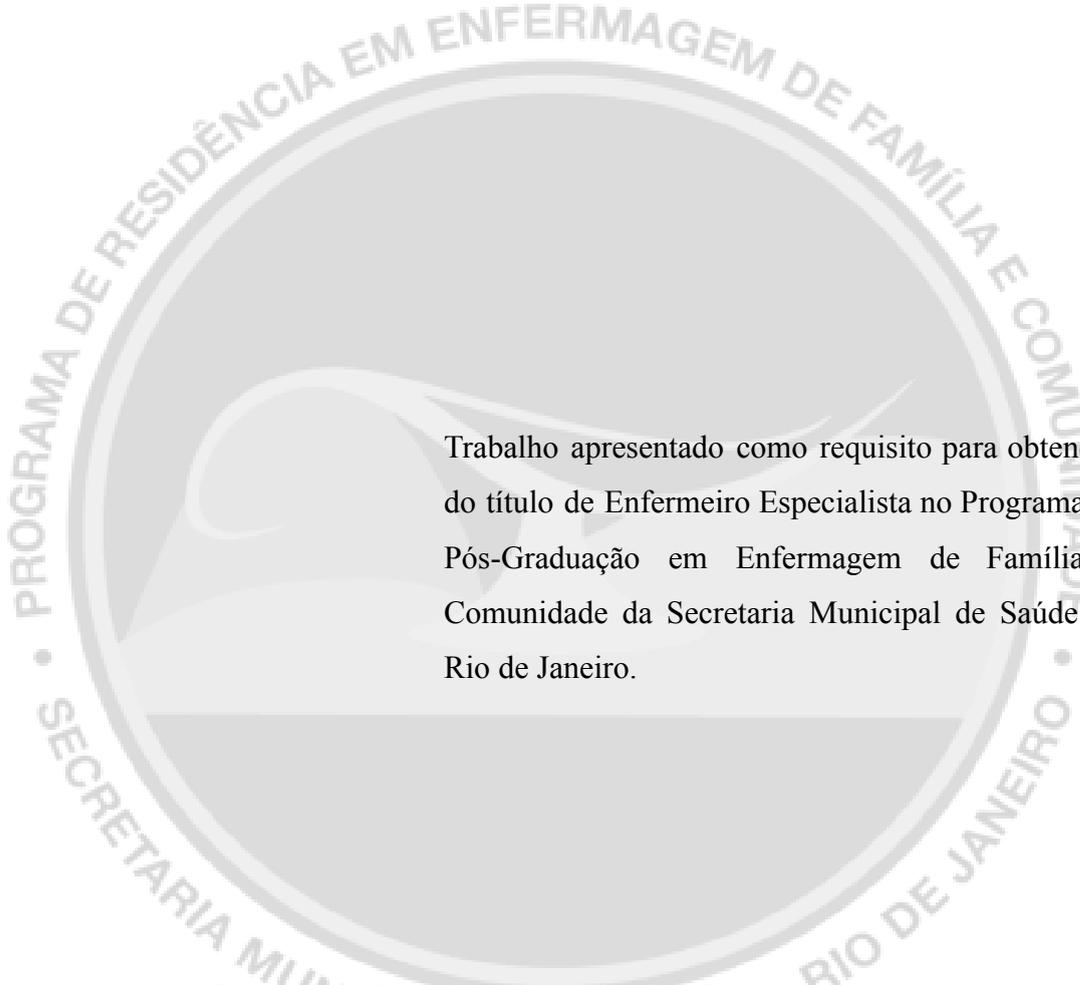
Letícia de Oliveira Souza Cuciniello

**A reunião de equipe como instrumento de coordenação do cuidado:  
elaboração de um produto no contexto da residência de Enfermagem de  
Família e Comunidade**

**Rio de Janeiro**

**2025**

**A reunião de equipe como instrumento de coordenação do cuidado: elaboração de um produto no contexto da residência de Enfermagem de Família e Comunidade**



Trabalho apresentado como requisito para obtenção do título de Enfermeiro Especialista no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Orientadora: Leticia Barboza da Silva Rapparini

Coorientadora: Thaynara Oliveira de Souza

Rio de Janeiro

2025

Dedico este trabalho àquelas que estiveram comigo nessa jornada que é fazer a Saúde da Família acontecer. Que essa equipe de mulheres fortes e resilientes siga mostrando como a dedicação e a força de vontade podem sim mudar a realidade.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a mim, por não ter desistido e por sempre ter dado o meu melhor durante essa jornada. Tenho certeza de que vou colher os frutos desse esforço.

Agradeço também à minha família, que, mesmo diante das dificuldades, me incentivaram a seguir esse sonho. Se hoje estou aqui, também é por vocês.

Ao Luiz, meu parceiro de vida, aquele que sempre segura a minha mão e me incentiva a ser melhor, agradeço todo o apoio nesse período. Por esses e outros inúmeros momentos, muito obrigada! Que a nossa parceria siga abrindo nossos caminhos para novos desafios.

Às minhas companheiras de jornada, minhas R irmãs, agradeço cada gesto, incentivo, choro, abraço e momento compartilhado. A residência me deu um presente inestimável: amigas que vou levar para a vida.

Às minhas preceptoras, Bruna, Samara e Ana Beatriz, agradeço pela paciência, dedicação e esforço para me guiar nessa jornada. Tenho certeza que onde quer que eu esteja, vou levar um pouco de vocês comigo.

À equipe Reservatório, agradeço infinitamente por todo o aprendizado. Hoje entendo que não poderia estar em uma equipe melhor para viver esse processo. Com vocês, me vi como enfermeira pela primeira vez. Vocês estarão sempre no meu coração!

Às minhas orientadoras, Letícia e Thaynara, que, apesar dos atravessamentos diários, fizeram o possível para me orientar na confecção deste trabalho. Que outros profissionais possam desfrutar dos nossos esforços em compartilhar conhecimentos.

## RESUMO

CUCINIELLO, Leticia de Oliveira Souza. **A reunião de equipe como instrumento de coordenação do cuidado:** elaboração de um produto no contexto da residência de Enfermagem de Família e Comunidade. 2025. 33 f. Monografia em Enfermagem de Família e Comunidade – Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

O Sistema Único de Saúde se destaca por suas ações de promoção e promoção à saúde, vigilância, pesquisa e formação de recursos humanos em saúde. O município do Rio de Janeiro atua desde 2009 para a expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família como modelo da Atenção Primária à Saúde. Com isso, foi criado em 2015 o Programa de Residência de Enfermagem de Família e Comunidade, com o objetivo de formar enfermeiros qualificados e resolutivos. Nesse cenário, o enfermeiro possui atribuições gerenciais e assistenciais, sendo necessário o domínio de protocolos e diretrizes terapêuticas, bem como habilidades gerenciais de organização de fluxos de trabalho e integração multiprofissional. Como estratégia de organização do trabalho, as reuniões de equipe são espaços garantidos aos profissionais para que ocorra a identificação de necessidades dos territórios, o planejamento de ações e a construção de uma prática colaborativa. A atuação como Residente de Enfermagem de Família e Comunidade na APS carioca permitiu a reflexão sobre o papel do enfermeiro na coordenação do cuidado e na vigilância em saúde, bem como a análise das barreiras que perpassam o processo de trabalho e dificultam a atuação do enfermeiro no gerenciamento das equipes de saúde da família. É necessário que se reflita sobre a qualidade e o objetivo dos serviços ofertados. Desta forma, a reunião de equipe é tida como um espaço de extrema importância para o planejamento e avaliação das ações executadas, bem como a discussão e reflexão sobre a assistência prestada aos usuários. O estudo tem como objetivo desenvolver um instrumento para subsidiar a sistematização das reuniões de equipe na Atenção Primária à Saúde, a fim de qualificar o processo de trabalho e a coordenação do cuidado, contribuindo para o conhecimento acerca da coordenação do cuidado e vigilância na Estratégia Saúde da Família. Como metodologia, foi utilizado o Projeto de Intervenção, que se caracteriza como uma proposta estruturada para resolver, de forma adequada, um problema ou parte dele. Para isso, foi considerado o Produto Técnico-Tecnológico como proposta de intervenção, que consiste na aplicação de novos conhecimentos desenvolvidos no âmbito da pesquisa, a fim de criar práticas transformadoras. Como resultado, percebeu-se que ao integrar melhor os profissionais das equipes é possível melhorar o clima de trabalho, o que garante a participação ativa dos membros nas tomadas de decisões. Por isso, investir na educação permanente é um passo importante para alcançar a integralidade do cuidado e o trabalho em rede, pelo fato de que equipes colaborativas são mais propensas a favorecerem a participação do usuário, da família e da comunidade nos processos. Espera-se que, com a sistematização das reuniões, as equipes tenham uma melhora do relacionamento interpessoal, valorização do saber profissional de todas as categorias, que haja uma melhor gestão dos processos de trabalho e que a prática colaborativa e a educação permanente estejam mais presentes na Atenção Primária, de forma a reduzir a fragmentação do cuidado e realizar um cuidado efetivo na redução das iniquidades sociais.

Palavras-chave: Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios para a definição de um Produto Tecnológico.....	22
Quadro 2 - Justificativas dos critérios de definição de um Produto Tecnológico no presente estudo.....	23
Quadro 3 - Matriz SWOT.....	24
Quadro 4 - Exemplo de uma Matriz SWOT aplicada em uma eSF.....	25
Quadro 5 - Domínios a serem abordados durante a reunião de equipe.....	26
Quadro 6 - Pautas da reunião de equipe divididas por tempo.....	27

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CaSAPS	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DSS	Diagnóstico Situacional em Saúde
eMulti	Equipe Multiprofissional
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
eSB	Equipe de Saúde Bucal
MRJ	Município do Rio de Janeiro
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PI	Projeto de Intervenção
PIC	Prática Integrada do Cuidado
PREFC	Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade
PSF	Programa Saúde da Família
PTT	Produto Técnico Tecnológico
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SMS-Rio	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAP	Unidade de Atenção Primária

## LISTA DE SÍMBOLOS

% Por cento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>12</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>3.1 Objetivo geral.....</b>	<b>13</b>
<b>3.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>13</b>
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
<b>4.1 Processo de trabalho na APS.....</b>	<b>14</b>
<b>4.1.1 Processo de Trabalho na APS e a Enfermagem.....</b>	<b>16</b>
<b>4.2 Coordenação do cuidado e seus diversos significados.....</b>	<b>18</b>
<b>4.3 Reunião de Equipe na APS.....</b>	<b>19</b>
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>21</b>
<b>5.1 Cenário de Pesquisa.....</b>	<b>23</b>
<b>6 PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>24</b>
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>
<b>APÊNDICE A - Roteiro para aplicação em Reunião de equipe.....</b>	<b>37</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido como um dos melhores modelos de saúde pública do mundo (Hasegawa, 2023). Ao longo desses 34 anos de existência, o SUS, ao contrário de sistemas de saúde majoritariamente privados, destaca-se principalmente pela diminuição das desigualdades históricas e estruturais no Brasil, proporcionando atendimento universal e gratuito (Giovanella et al., 2019). Desta forma, o SUS se torna promotor da justiça social e garante o direito à saúde assegurado pela Constituição Federal de 1988 como um direito humano fundamental (Brasil, 1988).

O sistema também destaca-se por suas ações de promoção e prevenção à saúde, por seu sistema de vigilância em saúde e o investimento na pesquisa e no desenvolvimento científico-tecnológico de equipamentos e insumos para a saúde, bem como pela ordenação da formação de recursos humanos em saúde (Brasil, 1988; Hasegawa, 2023).

A Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, estabelece as diretrizes para o funcionamento do SUS. Entre suas disposições, o artigo 27 é especialmente relevante ao abordar a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. A saber:

"Art. 27. A ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde será feita em articulação com o sistema educacional, cabendo ao SUS, através de seus serviços, promover, junto aos órgãos competentes do sistema educacional, a adequada formação, em seus diversos níveis, dos profissionais de saúde necessários ao funcionamento do Sistema."

O artigo ressalta, portanto, que o SUS tem um papel ativo na formação e desenvolvimento dos seus trabalhadores e essa ação é feita em conjunto com as instituições de ensino.

Seguindo essa lógica, há 19 anos foi criado o primeiro Programa de Residência Multiprofissional no Brasil, que tinha como principal cenário a Atenção Primária à Saúde (APS). O programa foi instituído como parte do Programa Nacional de Inclusão de Jovens, detalhado na lei n.º 11.129/2005, representando um marco importante para o início das formações em serviço e estabelecimento da APS no SUS (Rosa; Lopes, 2009).

A Residência caracteriza-se como um modelo de pós-graduação *lato sensu*, constituindo a formação em serviço e articulação entre as áreas acadêmica e assistencial, sendo reconhecida como uma formação de excelência para profissionais da saúde (Silva et al., 2015). No campo da enfermagem, pesquisas mostram que muitos profissionais buscam a

residência como forma de preencher as lacunas deixadas pela graduação e também para inserção no mercado de trabalho (Silva et al., 2015).

Nesse sentido, a proposta de formação nos moldes de residência é dinâmica e permite a criação de conhecimento por meio de vivências, ao observar e problematizar realidades distintas e permitir a reflexão e a crítica necessárias na atuação profissional. Dessa forma, permite-se que os profissionais ampliem seus olhares acerca da obtenção de novos saberes e a renovação dos fazeres em saúde (Miotto et al., 2015)

Em 2006, com a formulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a APS é reconhecida como ordenadora do cuidado e porta de entrada do sistema de saúde, e então a Estratégia Saúde da Família (ESF) é determinada como modelo de APS no Brasil, substituindo o Programa Saúde da Família (PSF) (Pinto; Giovanella, 2018).

No âmbito do Município do Rio de Janeiro (MRJ), a expansão e consolidação da ESF como modelo da APS iniciou-se em 2009. De 2009 a 2016, com o investimento crescente na APS, a cobertura da ESF no MRJ passou de 70% (Costa et al., 2021). De 2017 a 2020, houve um período de desinvestimento e diminuição de equipes e do quadro de funcionários no município. Nesse período, a cobertura chegou a 45,9%. É importante ressaltar que em 2020 o mundo viveu a pandemia de Covid-19 (Fernandes; Ortega, 2020). Atualmente, após o retorno dos investimentos na APS e o fim da pandemia, segundo dados do MS, a cobertura da ESF no MRJ atinge em torno de 79,2%, com 1.256 equipes (Brasil, 2024).

Diante desse cenário no MRJ, foi preciso pensar na formação profissional em serviço e para o serviço, a fim de qualificar a assistência prestada. Foi criado então, em 2015, o Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC) com o objetivo de formar enfermeiros altamente qualificados e resolutivos na prática clínica na APS, no que compete ao seu exercício profissional. Esse processo foi pautado no compromisso ético e político com a construção do SUS e com a prática integral, longitudinal, em equipes multiprofissionais, inseridas nas comunidades, tendo o processo de trabalho como eixo norteador da formação (Rio de Janeiro, 2022).

A criação do programa representa um importante marco na formação de Enfermeiros de Família e Comunidade no Rio e em todo o Brasil, permitindo a expansão do campo de atuação e da autonomia profissional da enfermagem (Rio de Janeiro, 2022). Além de fortalecer a assistência na APS, o PREFC contribui para a formação de profissionais preparados para enfrentar os desafios do território, garantindo um cuidado qualificado e alinhado às necessidades da população. A prática desses enfermeiros não se restringe à

assistência individual, mas abrange um conjunto de ações que englobam o cuidado coletivo, a gestão do serviço e a educação permanente da equipe de saúde (Rio de Janeiro, 2022)

De acordo com uma análise da literatura realizada pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) em 2020, a atuação dos enfermeiros na APS abrange atividades assistenciais, como atividades coletivas, visitas domiciliares e consulta de enfermagem; e atividades gerenciais, como coordenação da equipe, das rotinas administrativas, vigilância em saúde e supervisão dos Técnicos e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além do trabalho voltado para a educação, como a preceptoria. Diante de tamanhas funções, espera-se que o enfermeiro desenvolva competências, habilidades e atitudes que o permitam desempenhar seu trabalho com qualidade e eficiência, considerando as atribuições que permeiam o trabalho na APS. Dessa forma, o enfermeiro precisa desenvolver não somente competências técnicas, como o domínio dos protocolos clínicos e diretrizes do Ministério da Saúde, mas também habilidades gerenciais que permitam a organização dos fluxos de trabalho e a integração da equipe multiprofissional (ABEn, 2020).

Para tanto, a PNAB de 2017 afirma que são atribuições dos profissionais da APS: participar das reuniões de equipe como estratégia de revisão das ações implementadas pela equipe e readequação do processo de trabalho; participar das ações de educação permanente e continuada; e realizar ações de educação em saúde à população adscrita conforme planejamento da equipe, garantindo, portanto, espaço para a realização de reuniões de equipe em todas as Unidades de Atenção Primária do Brasil (Brasil, 2017).

Corroborando com esse fato, a Carteira de Serviços da Atenção Primária (2021) do município do Rio de Janeiro, preconiza que todas as equipes de Saúde da Família (eSF) dediquem um turno de 4 horas semanais para a reunião de equipe, com a presença de todas as categorias profissionais, incluindo a equipe Multiprofissional (eMulti) e equipe de Saúde Bucal (eSB). O documento também destaca que:

Deve-se priorizar nas reuniões: a programação semanal da equipe; a organização e o planejamento das ações rotineiras, buscando a melhoria contínua da qualidade dos processos de trabalho; discussão de casos; vigilância do território, monitoramento da gestão de lista de casos prioritários; organização da lista de problemas e acompanhamento das condições crônicas; atividades de educação continuada e avaliação e monitoramento dos indicadores de saúde, especialmente aqueles estabelecidos pelo Contrato de Gestão vigente na AP (Rio de Janeiro, 2021, p. 31.).

Considerando o cenário da APS no Rio de Janeiro, a implementação dessas práticas reflete o compromisso com a melhoria contínua do processo de trabalho e com a qualificação dos serviços prestados. O planejamento conjunto, com a participação de toda a equipe, é um

dos pilares para a coordenação do cuidado e para a integração das diferentes áreas de atuação, promovendo um cuidado integral e multidisciplinar (Rio de Janeiro, 2022). Isso está alinhado aos princípios da APS, que visa à promoção da saúde, à prevenção de doenças e ao fortalecimento do cuidado longitudinal, com base no acompanhamento contínuo e na proximidade com a população adscrita (Brasil, 2017).

Nesse contexto, a efetividade da APS depende não apenas da qualificação individual dos profissionais, mas também da capacidade da equipe de atuar de forma integrada e coordenada. As reuniões de equipe são um espaço essencial para esse alinhamento, pois permitem a troca de informações, a definição de estratégias de cuidado e a avaliação contínua das ações desenvolvidas. Além disso, esses encontros possibilitam a identificação de desafios e a construção coletiva de soluções, fortalecendo a gestão do cuidado e aprimorando a resolutividade dos serviços oferecidos à população (Granado; Dall'agnol, 2010).

Diante o exposto, a pesquisa se desenvolve a partir da seguinte questão: “De que forma a elaboração de um instrumento para subsidiar as reuniões de equipe pode contribuir para uma coordenação eficaz do cuidado na Estratégia Saúde da Família?”. Dessa forma, o estudo tem como objetivo desenvolver um instrumento para subsidiar a sistematização das reuniões de equipe na APS, a fim de qualificar o processo de trabalho, contribuindo para o conhecimento acerca da coordenação do cuidado e vigilância na ESF.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Atuar como Residente de Enfermagem de Família e Comunidade na APS carioca permitiu a reflexão sobre o papel do enfermeiro na coordenação do cuidado e na vigilância em saúde, assim como analisar as barreiras que perpassam o processo de trabalho e dificultam a atuação do enfermeiro no gerenciamento das equipes de saúde da família.

No decorrer da residência, ao participar das reuniões de equipe de forma ativa e reflexiva, foi possível observar a importância do trabalho multiprofissional e da educação permanente na APS, e como essas ações fortalecem os vínculos entre os integrantes e a valorização das diferentes categorias profissionais que compõem as equipes.

A falta de conhecimento dos profissionais acerca da prática colaborativa contribui para que haja lacunas no cuidado e uma articulação frágil com os demais serviços da rede. Além disso, a falta de planejamento e avaliação das ações executadas por parte dos profissionais assistenciais e gestores faz com que os profissionais tenham condutas independentes e fragmentadas, tornando a longitudinalidade do cuidado ineficaz. Esse cenário

ressalta a necessidade de estratégias que promovam a integração da equipe e fortaleçam a comunicação entre os diferentes atores envolvidos no cuidado aos usuários das Unidades de Atenção Primária (UAP).

Neste sentido, é necessário que se reflita sobre a qualidade e o objetivo dos serviços ofertados. Para isso, é preciso direcionar as ações para a determinação social do processo saúde-doença, considerando os fatores socioeconômicos, políticos, culturais e ambientais presentes nos territórios. A reunião de equipe é tida como um espaço de extrema importância para o planejamento e avaliação das ações executadas, bem como a discussão e reflexão sobre a assistência prestada aos usuários, considerando o ponto de vista e a individualidade de cada profissional componente da equipe. Assim, este estudo visa não apenas analisar os desafios enfrentados pelas equipes, mas também propor estratégias para qualificar as reuniões de equipe como um espaço de planejamento, avaliação e aprimoramento das práticas de cuidado.

Deste modo, este trabalho justifica sua relevância a partir do convite à reflexão e discussão acerca dos processos de trabalho das equipes de saúde da família, sob a ótica do enfermeiro, considerando as especificidades de cada equipe e território, com foco na coordenação do cuidado.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Desenvolver um instrumento para subsidiar a sistematização das reuniões de equipe na Atenção Primária à Saúde, a fim de qualificar o processo de trabalho e a coordenação do cuidado.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Sistematizar o processo de trabalho da reunião de equipe no âmbito da Atenção Primária à Saúde com foco na coordenação do cuidado.

Contribuir para o conhecimento acerca da coordenação do cuidado e vigilância na Estratégia Saúde da Família.

## **4 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **4.1 Processo de trabalho na APS**

O SUS estabelece, por meio da Lei 8.080/90, a integralidade das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, fundamentando-se na determinação social do processo saúde-doença, nas práticas intersubjetivas e na articulação entre os serviços da rede de atenção. A crescente complexidade das necessidades de saúde, em decorrência do envelhecimento populacional e do aumento da prevalência de doenças crônicas, demanda um novo perfil profissional caracterizado pela colaboração interprofissional (Silva; Peduzzi; Leonello, 2015). No contexto do SUS, a APS atua como o ponto central da coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo estruturada no modelo da ESF, que possui como uma de suas diretrizes operacionais o trabalho em equipe (Brasil, 2010).

Seguindo essa lógica, no Brasil, desde 1970 são desenvolvidas propostas de integração entre ensino-serviço e trabalho em equipe. Com isso, em 2001, foram implementadas as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde (DCN), seguindo os princípios e diretrizes do SUS dispostos na Lei 8080/90. As DCN representam um importante marco legal da articulação entre a saúde e a educação, preconizando a formação para o trabalho em equipe e contribuindo para a integralidade e a qualidade da comunicação entre a equipe, os usuários, seus familiares e a comunidade (Silva; Peduzzi; Leonello, 2015).

Alguns estudos demonstram que, apesar de as DCN terem como foco o trabalho em equipe, a educação dos trabalhadores da saúde ainda é uniprofissional, caracterizada pela fragmentação do cuidado, corporativismo profissional e reforço da prática biomédica hegemônica (Silva; Peduzzi; Leonello, 2015).

Além disso, a criação do SUS iniciou o debate sobre a qualificação da formação e atuação dos profissionais da para que pudessem abordar o processo saúde-doença de forma ampliada e humanística. Com isso, em 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, por meio da Portaria nº 198/2004, que estabeleceu diretrizes para sua implementação. Em 2007 houve uma reformulação desta política por meio da Portaria nº 1.996/2007, para adaptá-la às diretrizes operacionais e ao Pacto pela Saúde.

Desta forma, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é tida como a estratégia do Ministério da Saúde para o desenvolvimento dos profissionais da saúde e para o fortalecimento do SUS (Brasil, 2007). Trata-se de um conceito pedagógico que visa favorecer as relações entre ensino e serviço, bem como fortalecer a docência e a atenção à saúde,

atuando nos eixos de formação, gestão, desenvolvimento e controle social. Nesse processo, os trabalhadores são tidos como protagonistas do cotidiano dos serviços de saúde e na construção e desconstrução de saberes (Silva; Matos; França, 2017).

De acordo com a literatura científica, existem distinções entre a educação continuada e a EPS, sendo a educação continuada focada na atualização de conhecimentos específicos de cada profissional, e a EPS direcionada para a transformação dos processos em saúde e na orientação dos modos de pensar e fazer os processos educativos nos serviços de saúde. Portanto, a EPS é entendida como um dispositivo que permite a problematização e discussão do processo de trabalho, partindo da mudança, transformação e superação de uma situação existente (Chagas, 2014).

Como diretriz fundamental das práticas da ESF, o trabalho em equipe tem como objetivo atender às necessidades de saúde dos usuários dos serviços da APS. Na ESF, o acompanhamento da saúde do usuário é realizado pela equipe de profissionais, e não por um único profissional específico. As equipes são compostas por grupos de profissionais cujas habilidades são complementares e interdependentes, trabalhando de forma colaborativa para estabelecer objetivos comuns e adotar uma abordagem compartilhada na atenção à saúde. A efetividade das equipes é crucial para que, por meio da Prática Integrada de Cuidado (PIC), seja possível cumprir um dos princípios basilares do SUS: a integralidade do cuidado (Agreli, 2017).

A PIC foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um princípio fundamental para a efetividade dos cuidados na APS, além de constituir uma estratégia inovadora para enfrentar os desafios decorrentes da crescente complexidade do cuidado (OMS, 2010).

Em 2006, com a implementação do Pacto pela Saúde, foram determinadas as responsabilidades aos entes públicos, estruturadas de maneira contínua, articulada, integrada e cooperativa entre os três níveis federados (Brasil, 2006). Um dos objetivos desse pacto, no que diz respeito ao eixo de Gestão do SUS, foi facilitar a implementação de ações através de compromissos estabelecidos e auxiliar na criação de métodos e estratégias eficientes para a obtenção de resultados positivos (Brasil, 2006).

Figueiredo et al. (2020) apontam que os profissionais de saúde que atuam na assistência e na gestão necessitam aprimorar suas práticas, visando o fortalecimento do planejamento estratégico na saúde, a fim de possibilitar mudanças transformadoras como a integração multiprofissional, por meio da comunicação, valorização social, flexibilização da

divisão do trabalho e autonomia técnica, capazes de favorecerem a tomada de decisões e a aplicação do planejamento como instrumento de gestão.

Esse processo coletivo também facilita a tomada de decisões e a aplicação do planejamento como um instrumento de gestão eficiente, alinhado às diretrizes do SUS (Brasil, 1990). Ao fortalecer a gestão do cuidado e garantir a articulação das ações, as reuniões de equipe na ESF são fundamentais para que os resultados positivos almejados pelo Pacto pela Saúde se concretizem no cotidiano das unidades de saúde, promovendo uma atenção integral e de qualidade à população (Brasil, 2006).

#### **4.1.1 Processo de Trabalho na APS e a Enfermagem**

A enfermagem, a partir da década de 70, passou a ser reconhecida como parte do processo de produção em saúde, não só como uma prática técnica, mas também como uma prática social. Isso se deve pelo fato de que a prática da enfermagem não ocorre de forma isolada dos outros trabalhos da saúde, e sim complementando e sendo interdependente dos demais processos de trabalho, no campo individual e na saúde coletiva (Almeida et al, 1989). Portanto, entende-se a enfermagem como uma profissão diretamente influenciada pelas determinações sociais, econômicas, políticas e também pelo modo de organização dos processos de produção em saúde (Almeida et al, 1989).

Rocha e Almeida (2000) destacam que a essência do trabalho na enfermagem é o cuidado ao ser humano como indivíduo, em sua família e na comunidade na qual está inserido. Esse trabalho ocorre por meio de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação, e geralmente em equipes. Dessa forma, a enfermagem tem responsabilidade pelo cuidado, conforto, acolhimento e de promover o autocuidado, seja prestando o cuidado direto, ou coordenando esse cuidado por meio de cargos gerenciais (Rocha; Almeida, 2000).

Para Sanna (2007) existem cinco processos de trabalho na enfermagem, sendo eles: Assistir, Administrar, Ensinar, Pesquisar e Participar Politicamente. Sendo assim, o trabalho na enfermagem envolve a sinergia, ou seja, a correlação de todos esses processos, já que eles podem ocorrer de forma simultânea e interdependente, permitindo que haja efetividade, eficiência e eficácia em todos os processos.

Além disso, a autora acredita que o quinto processo, o Participar Politicamente, é um processo que permeia todos os outros, e que muitas vezes está presente na atuação do profissional da enfermagem, mesmo que de forma inconsciente. Portanto, participar

politicamente não significa estar filiado a um partido político, e sim atuar no julgamento e na tomada de decisão que cabe ao enfermeiro, respeitando os princípios éticos da profissão (Sanna, 2007).

Dentro do campo da enfermagem, os processos de trabalho Administrar e Pesquisar são os únicos que podem ser desempenhados pelo enfermeiro. Isso se dá devido à necessidade de planejamento, tomada de decisão, julgamento crítico e reflexão que somente a graduação e o ensino da metodologia em pesquisa proporcionam, respectivamente (Sanna, 2007).

Ao longo do tempo, foi-se percebendo que além dos princípios da administração aplicados à enfermagem, também se faz necessário ter sensibilidade, criatividade, iniciativa, visão estratégica e liderança para desempenhar o papel do enfermeiro como um referencial humanístico na administração dos serviços em saúde (Erdmann, et al, 1994).

De acordo com as DCN, a formação do enfermeiro envolve o desenvolvimento de competências gerais, como: tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente. O enfermeiro também precisa desenvolver competências e habilidades específicas, que o torna capaz de compreender a natureza humana em suas dimensões, reconhecer a saúde como direito fundamental e atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, sempre assegurando a integralidade e a qualidade do atendimento (Brasil, 2001).

No que tange a atuação do enfermeiro na APS, seu papel tem se consolidado como um agente de transformação nas práticas de saúde (Santos et al., 2024). A Lei 7.498/1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da enfermagem, estabelece que o planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde compõem a prática da enfermagem. Dessa forma, o enfermeiro tem incorporado em seu processo de trabalho as dimensões assistenciais e gerenciais (Santos et al., 2024).

A PNAB (2017) destaca como funções do enfermeiro a supervisão e coordenação das práticas dos ACS e técnicos de enfermagem, bem como o planejamento de ações, a assistência aos usuários e ações voltadas para o serviço como um todo, e não somente como membro da eSF. Portanto, sua atuação envolve o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que contribuem com a gerência das equipes e com a garantia da organização e do planejamento em saúde (Kron; Gray, 1994; Metelski, 2022).

Além disso, a PNAB (2017) estabelece que o enfermeiro na APS realiza consulta de enfermagem, procedimentos, solicita exames e prescreve medicamentos conforme protocolos e diretrizes terapêuticas. Também realiza atenção à saúde de indivíduos e suas famílias, vinculados à eSF, na unidade de saúde, no domicílio e no território, a depender da necessidade

dos usuários, considerando todos os ciclos de vida. A atenção do enfermeiro sempre considera a escuta qualificada e a estratificação de risco, além de planos de cuidado para pessoas que possuem condições crônicas (Brasil, 2017). O enfermeiro também possui autonomia para encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme os fluxos estabelecidos pela rede local (Brasil, 2017).

#### **4.2 Coordenação do cuidado e seus diversos significados**

A coordenação do cuidado é uma das diretrizes da APS. De acordo com a PNAB (2017), essa diretriz consiste na elaboração, acompanhamento e organização do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAS, atuando como centro de comunicação, assumindo responsabilidade pelo cuidado dos usuários de forma contínua, integrada, visando a gestão compartilhada da atenção integral.

Diante disso, a APS é considerada a principal estratégia de reorientação do modelo assistencial, atuando como porta de entrada do serviço, coordenadora de fluxos e contrafluxos, considerando as determinações sociais, sendo capaz de assumir a coordenação do cuidado como forma de organizar o sistema de saúde, promovendo acesso, qualidade, continuidade da atenção e a equidade (Ribeiro; Cavalcanti, 2020).

Para Starfield (2002), coordenar o cuidado significa articular as ações de saúde visando o alcance dos objetivos propostos, independente do local em que se realizam; é garantir a continuidade da atenção nos diversos pontos da rede, compreendendo as dimensões verticais, entre a APS e os demais níveis, e a horizontal, ou seja, na própria equipe de saúde, dentro da unidade atuante e articulando com os equipamentos sociais.

Considera-se que, dessa forma, é possível adequar as necessidades e as expectativas dos usuários acerca do cuidado, de forma contínua, sustentando uma rede de comunicação que possui como essência o reconhecimento de uma história de vida, de todo um itinerário terapêutico e que estar podem estar associadas às necessidades presentes (Starfield, 2002).

O fortalecimento da APS por meio do cumprimento dos seus atributos é entendido como ideal para coordenar o itinerário terapêutico do usuário (Starfield, 2002; Peduzzi; Agreli, 2018). A resolubilidade garante uma APS forte e capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde em tempo oportuno, com acessibilidade, equidade e longitudinalidade (Peduzzi; Agreli, 2018). Para tal, é preciso dispor de apoio, recursos políticos, humanos e financeiros (Starfield, 2002; Peduzzi; Agreli, 2018).

Para Ribeiro e Cavalcanti (2020), além dos recursos citados acima, também se faz necessário ter profissionais qualificados e engajados nos processos, que sejam capazes de se comunicar efetivamente. Requer o fortalecimento do trabalho em equipe e a mudança da prática da perspectiva autoritária, fragmentada e individualista para uma prática democrática, integrada, coletiva e efetiva (Ribeiro; Cavalcanti, 2020).

Bodenheimer (2008) destaca ainda que a coordenação do cuidado não envolve somente a integração entre os diferentes níveis de atenção; ela inclui os usuários, seus familiares e a comunidade nesse processo. Portanto, o usuário se torna corresponsável pela coordenação do seu próprio cuidado.

Há um debate amplo na literatura sobre o significado de coordenação do cuidado, evidenciando diferentes significados para diferentes autores e que não há uma definição mais apropriada que a outra. Existe um dissenso até mesmo em relação a sua nomenclatura, considerando os termos ‘coordenação entre níveis assistenciais’ ou ‘coordenação dos cuidados’ (Bousquat et al., 2017). Autores também apontam o uso dos termos continuidade, coordenação e integração de forma equivocada, que se reflete nas diversas formas de nomear tal atributo (Haggery, 2003; Almeida et al., 2010).

### **4.3 Reunião de Equipe na APS**

Existem alguns documentos e legislações que fundamentam a prática profissional na APS e abordam a reunião de equipe e o processo de trabalho. Entretanto, após a leitura exaustiva dos mesmos, percebe-se que esses documentos não discorrem com tantos detalhes sobre o momento da reunião de equipe, ficando a cargo de cada profissional decidir como conduzi-las.

A primeira PNAB (2006) não cita a reunião de equipe diretamente, embora traga atribuições dos profissionais que deveriam ser discutidas durante esse momento. O documento afirma que as atribuições específicas dos profissionais da APS são de responsabilidade dos municípios e do Distrito Federal, conforme as prioridades definidas pela respectiva gestão (Brasil, 2006, p. 19).

O termo só surge no documento a partir da sua segunda versão, em 2011, e se mantém na versão de 2017. Entretanto, a PNAB de 2017 cita a reunião de equipe apenas em um trecho onde traz a participação na mesma como uma das atribuições de todos os profissionais da APS, como uma estratégia de revisão das ações implementadas pela equipe e readequação do processo de trabalho (Brasil, 2011; Brasil, 2017).

A Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) é um documento criado pelo Ministério da Saúde que visa nortear as ações de saúde na APS brasileira com forte reconhecimento da clínica multiprofissional. É um documento orientador para todos os serviços de APS no Brasil. No documento, destaca-se que o gestor municipal possui autonomia para adequar os serviços à realidade do município em questão, considerando suas especificidades. Entretanto, encontra-se apenas uma lista dos serviços ofertados, não sendo citados os processos de trabalho existentes na APS, a abordagem multiprofissional e nem a reunião de equipe.

No âmbito do Rio de Janeiro, a Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV) elaborou a Carteira de Serviços da Atenção Primária com o intuito de guiar os profissionais da rede sobre as atribuições, processos de trabalho e especificidades da APS no âmbito do MRJ. Sua versão de 2011 traz uma breve descrição em menos de uma página sobre a reunião de equipe. No documento, consta que deve-se dedicar, no mínimo, de 2 a 4 horas semanais para a reunião de equipe. Além disso, o documento aponta brevemente alguns tópicos que devem ser priorizados durante as reuniões, entre eles a avaliação e o monitoramento dos indicadores de saúde, frisando seguir os contratos de gestão vigentes na AP em questão. A seguir, um trecho do documento:

Deve-se priorizar nas reuniões: a programação semanal da equipe; a organização e o planejamento das ações rotineiras, buscando a melhoria contínua da qualidade dos processos de trabalho; discussão de casos; vigilância do território, monitoramento da gestão de lista de casos prioritários; organização da lista de problemas e acompanhamento das condições crônicas; atividades de educação continuada e avaliação e monitoramento dos indicadores de saúde, especialmente aqueles estabelecidos pelo Contrato de Gestão vigente na AP (Rio de Janeiro, 2021, p. 31.).

Na literatura científica, a reunião de equipe é tida por muitos autores como uma das principais atividades realizadas na APS, configurando-se como espaços importantes para a organização e estruturação dos processos de trabalho, troca de saberes e tomadas de decisão. São momentos que favorecem o planejamento de ações por meio da atribuição de responsabilidades aos profissionais presentes, proporcionando uma prática de cuidado multiprofissional e integrada (Peduzzi; Agreli, 2018; Voltolini et al., 2019).

Além disso, as reuniões de equipe podem ser espaços para a reflexão crítica acerca dos processos que permeiam o trabalho conjunto, o que possibilita às equipes construir e desconstruir saberes e vislumbrar novos modos de agir e de fazer saúde (Grando, 2007). Os espaços de reunião, portanto, proporcionam uma oportunidade de revisão e ajustes nas práticas, permitindo que as equipes se adaptem de maneira mais ágil às necessidades da

população e ao contexto em que atuam. Elas favorecem também o alinhamento das ações e estratégias, assegurando que todos os membros da equipe estejam cientes das prioridades de saúde, das metas estabelecidas e dos protocolos a serem seguidos (Voltolini et al., 2019).

Ademais, as reuniões de equipe, quando realizadas de forma sistematizada, se constituem como instrumentos poderosos de monitoramento e avaliação contínua da qualidade do cuidado (Voltolini et al., 2019). A troca de saberes e experiências entre profissionais de diferentes áreas também contribui para o aprimoramento do cuidado prestado, promovendo um cuidado mais integral, equitativo e humanizado (Agreli, 2017). Dessa forma, a reunião de equipe não só reforça o caráter multiprofissional da APS, mas também se configura como um espaço de fortalecimento da gestão e da qualidade do serviço oferecido à população (Agreli, 2017).

## **5 METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de um Projeto de Intervenção (PI), com o objetivo de subsidiar a sistematização das reuniões de equipe na Atenção Primária à Saúde, promovendo a qualificação do processo de trabalho e a coordenação do cuidado. Cabe destacar que o PI se caracteriza como uma proposta estruturada para resolver, de forma adequada e oportuna, um problema ou parte dele, por meio da criação de um produto, seja ele um bem de consumo, equipamento, aplicativo, serviço, metodologia, informações ou orientações acerca de uma temática específica (Lassance, 2023).

O PI fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação, que envolve a presença efetiva da ação por parte das pessoas ou grupos implicados no problema proposto como alvo de intervenção (Thiollent, 2005). Segundo o autor, nesse tipo de pesquisa, os pesquisadores desempenham um papel ativo na resolução dos problemas identificados, no acompanhamento e na avaliação das ações desenvolvidas para sua realização (Thiollent, 2005).

Desta forma, foi considerado o Produto Técnico-Tecnológico (PTT) como proposta para intervir no problema identificado. O PTT consiste na aplicação de novos conhecimentos científicos, técnicas e expertises desenvolvidas no âmbito de uma pesquisa, usados diretamente na solução de problemas de empresas produtoras de bens ou na prestação de serviços à população, visando o bem estar social (Brasil, 2019). Nesse contexto, entende-se o Produto Tecnológico como um objetivo tangível, com alto grau de novidade, resultado da aplicação de conhecimentos científicos, técnicas e expertises usados para criar soluções transformadoras, na forma de produtos, processos ou serviços (Brasil, 2019).

A diferenciação entre um produto técnico e tecnológico ocorre a partir da análise de 4 critérios: Impacto, Aplicabilidade, Inovação e Complexidade. Um produto que atenda os 4 critérios é classificado como Tecnológico. Caso atenda menos de 4 critérios, permanece sendo um produto técnico.

A seguir, um quadro com os critérios de definição de um Produto Tecnológico:

**Quadro 1 - Critérios para a definição de um Produto Tecnológico.**

Critérios	Definição/ Classificação	
Impacto	Relacionado com as mudanças causadas pela introdução do Produto no ambiente social.	
Aplicabilidade	Se refere à facilidade com que se pode empregar o Produto e a possibilidade de replicabilidade em diferentes ambientes e grupos sociais.	
Inovação	Entendida como a intensidade do uso de conhecimento inédito utilizado para a criação do Produto. Um produto derivado da adaptação de conhecimento existente será considerado um Produto técnico e não tecnológico.	Produção com alto teor inovativo: desenvolvimento com base em conhecimento inédito.
		Produção com médio teor inovativo: combinação de conhecimentos pré estabelecidos.
		Produção com baixo teor inovativo: adaptação de conhecimento existente.
		Produção sem inovação aparente: Produção técnica.
Complexidade	Representa o grau de interação entre atores, relações e conhecimentos necessários à elaboração e ao desenvolvimento do Produto.	Produção com alta complexidade: desenvolvimento com sinergia ou associação de diferentes tipos de conhecimento e interação de múltiplos atores, identificável nas etapas/passos e nas soluções geradas associadas ao produto, bem como demanda a resolução de conflitos cognitivos entre os atores participantes.
		Produção com média complexidade: Resulta da combinação de conhecimentos pré-estabelecidos e estáveis nos diferentes atores.
		Produção com baixa complexidade: Resulta de desenvolvimento baseado em alteração/adaptação de conhecimento existente e estabelecido sem, necessariamente, a participação de diferentes atores.

Fonte: Brasil (2019, p.22).

Nesta lógica, o presente estudo apresenta-se como um Produto Tecnológico, e apresenta as seguintes justificativas para cada critério:

**Quadro 2 - Justificativas dos critérios de definição de um Produto Tecnológico no presente estudo.**

Critérios	Justificativas
Impacto	Melhorias no processo de trabalho das reuniões de equipe visando uma coordenação do cuidado eficaz.
Aplicabilidade	Aplicável nos diversos cenários da APS, pois considera a individualidade das equipes e dos territórios e atua como documento instrutivo que explora os processos que envolvem a reunião de equipe de forma reflexiva.
Inovação	Produção com médio teor inovativo: conta com o conhecimento pré-estabelecido dos diversos profissionais integrantes das equipes, considerando as especificidades de cada profissão e também a individualidade dos territórios e unidades para a construção de um documento instrutivo de uso coletivo.
Complexidade	Produção com alta complexidade: sinergia entre os integrantes das equipes, a unidade e a comunidade a partir de conhecimentos acadêmicos e empíricos advindos da prática profissional e considerando a competência cultural.

Fonte: autora, 2024.

### 5.1 Cenário de Pesquisa

A pesquisa ocorreu em uma Clínica da Família no município do Rio de Janeiro, durante o período de 2023-2024. A unidade encontra-se na Zona Norte do município, em um território marcado pela desigualdade social e vulnerabilidade socioeconômica, ambiental e que, apesar da ausência do Estado, possui serviços de saúde que se fazem muito presentes na região. A unidade em questão oferta os serviços dispostos na Carteira de Serviços da APS e lida com diversas barreiras de acesso, incluindo as que não estão sob seu controle (segurança pública e barreiras estruturais do território). A unidade possui residência de enfermagem, medicina e multiprofissional em saúde da família e comunidade.

A pesquisa se iniciou a partir de um estudo observacional das reuniões semanais de uma das equipes da unidade, que ocorria conforme determinação da SMS-Rio, com duração de 4 horas (um turno). As reuniões ocorriam no consultório da equipe, na própria unidade de saúde e contava com a participação de todos os membros, sendo eles: preceptores e residentes de enfermagem e medicina, agentes comunitários de saúde (ACS) e eMulti, com frequência constante. Eventualmente, contava com a presença da eSB, Agentes de Combate às Endemias e com os técnicos de enfermagem.

Inicialmente, foi criado um Grupo de Trabalho composto pela preceptora e residentes do primeiro e segundo ano de enfermagem. As discussões se iniciaram a partir da realização da análise do perfil sociodemográfico do território adscrito, com o objetivo de conhecer melhor o território e entender suas características sociais, demográficas, políticas e culturais, além das características físicas e estruturais, entendendo as facilidades e dificuldades de acesso e as repercussões desses fatores na saúde da população.

Após traçar o perfil sociodemográfico, realiza-se uma análise do trabalho em equipe a partir da aplicação da matriz SWOT. Essa é uma ferramenta de gestão utilizada como forma de planejamento estratégico, a fim de determinar as forças (S), fraquezas (W), oportunidades (O) e ameaças (T) de uma instituição ou grupo. (Hofrichter, 2017).

**Quadro 3 - Matriz SWOT**

	Origem interna (organização)		
Positivas	Forças	Fraquezas	Negativas ou potencialmente negativas
	Oportunidades	Ameaças	
	Origem externa (ambiente)		

Fonte: Hofrichter, 2017

Por fim, após a realização das etapas acima, parte-se para a categorização dos tópicos a serem abordados nas reuniões e então, a criação de um documento instrutivo para guiar as reuniões de equipe.

## 6 PLANO DE AÇÃO

### 6.1 Diagnóstico Situacional em Saúde

O Diagnóstico Situacional em Saúde (DSS) tem como objetivo conhecer e identificar as necessidades em saúde de um território, compreendendo os contextos e relações sociais que permeiam o local em questão. Faz-se necessário entender as práticas cotidianas da população, as regras sociais e as condições de vida, como o quantitativo de habitantes, as

condições de moradia, saneamento, alimentação, saúde, emprego, segurança, o acesso aos serviços de saúde, entre outros. Para isso, é realizado o mapeamento da área adscrita (Silva; Koopmans; Daher, 2016).

O mapeamento do território é uma estratégia que permite ter uma visão da realidade no âmbito sócio-político-econômico, bem como o cultural, ou seja, não se detém somente ao espaço geográfico, mas busca compreender como é o modo de viver da comunidade, como as pessoas se relacionam e o que permeia pelo seu cotidiano (Silva; Koopmans; Daher, 2016). O mapeamento consiste em uma ferramenta que pode auxiliar no processo de territorialização, pois ultrapassa a lógica de identificar somente demandas emergentes em grupos prioritários; permite a identificação de grupos estigmatizados, que sofram exclusão social e que tenham barreiras de acesso (Camargos; Oliver, 2019). Dessa forma, é possível realizar articulações intersetoriais entre saúde, educação, justiça, serviço social e cultura, ou seja, é possível se fazer saúde de acordo com seu conceito ampliado (Camargos; Oliver, 2019). Destaca-se que esse mapeamento deve ser complementado com frequência, considerando que o território é vivo e passa por mudanças constantes (Brasil, 2017).

## 6.2 Aplicação da Matriz SWOT

Esta etapa tem como objetivo gerar reflexão nos membros da equipe acerca dos processos de trabalho e do papel de cada profissional na composição da eSF. A escolha da ferramenta se deu devido sua facilidade de aplicação e a possibilidade de uma construção coletiva e envolvimento de todos os profissionais que compõem as equipes.

A seguir, um exemplo de Matriz SWOT aplicada no contexto de uma eSF:

**Quadro 4 - Exemplo de uma Matriz SWOT aplicada em uma eSF.**

Matriz SWOT		
Origem interna (organização)	Forças (pontos a serem mantidos)	Fraquezas (pontos a serem modificados)
	Liderança na equipe, recursos disponíveis, equipe completa, domínio do processo de trabalho, conhecimento do território e população adscrita.	Falta de liderança na equipe, escassez de recursos, equipe incompleta, desconhecimento do processo de trabalho, desconhecimento do território e população adscrita.
Origem externa (ambiente)	Oportunidades (pontos positivos para serem considerados futuramente)	Ameaças (pontos negativos que devem ser considerados no futuro)

	Acesso da população à unidade, acesso dos profissionais ao território, segurança, competência cultural.	Condições ruins de acesso da população à unidade, falta de acesso dos profissionais ao território, segurança frágil, competência cultural.
--	---	--

Fonte: Adaptação de Hofrichter (2017).

### 6.3 Categorização das necessidades

A partir da identificação das potencialidades e fragilidades das eSF, inicia-se a categorização das necessidades. Nesta etapa, pretende-se elencar os tópicos considerados relevantes para serem abordados nas reuniões. Para melhor planejamento e compreensão, os tópicos foram divididos em domínios fundamentados a partir da compreensão de três processos de trabalho em enfermagem segundo Sanna (2007): gerência, assistência e educação.

Entende-se como domínios gerenciais as atribuições administrativas, bem como as de liderança, organização, planejamento e coordenação que permeiam a atuação profissional do enfermeiro. Além disso, considera-se a comunicação como parte importante do gerenciamento (Sanna, 2007).

Os domínios assistenciais, por sua vez, têm como objeto o cuidado, seja ele individual ou coletivo, com o intuito de promover, manter ou recuperar a saúde. Para isso, deve-se ter domínio dos instrumentos e processos de trabalho (Sanna, 2007).

Os domínios educacionais consistem na aplicação de teorias, métodos e recursos de ensino-aprendizagem, como instrumentos que possibilitam atender as necessidades de saúde dos usuários (Sanna, 2007).

É importante ressaltar que esses processos são interdependentes, podendo ocorrer de forma simultânea (Sanna, 2007). Ao considerar e adaptar esses domínios para o processo de trabalho de uma eSF, obteve-se o quadro abaixo:

#### **Quadro 5 - Domínios a serem abordados durante a reunião de equipe.**

Eixo 1 - Domínios gerenciais
Comunicados e informes
Organização da agenda e escalas

Monitoramento dos indicadores
<b>Eixo 2 - Domínios assistenciais</b>
Vigilância das linhas de cuidado
Discussão de casos específicos
Discussão sobre acolhimento e demanda espontânea
Organização de visitas domiciliares
Planejamento de grupos
<b>Eixo 3 - Domínios educacionais</b>
Momento de Educação Permanente
Avaliação de registro em prontuário
Avaliação das ações implementadas anteriormente

Fonte: autora, 2024.

#### 6.4 Aplicação do documento instrutivo em reunião de equipe

Após a etapa anterior, utiliza-se o quadro abaixo como base para definir o tempo estipulado para cada assunto, de acordo com a necessidade de cada equipe:

**Quadro 6 - Pautas da reunião de equipe divididas por tempo.**

Eixos	Pauta/ Assunto	Tempo
Domínios gerenciais	Informes gerais	5 min
	Agenda e escalas	15 min
	Indicadores	20 min
Domínios assistenciais	Vigilância das linhas de cuidado	30 min
	Discussão de casos específicos	60 min
	Discussão sobre acolhimento e demanda espontânea	20 min
	Organização de visitas domiciliares	20 min
	Planejamento de grupos	30 min
Domínios educacionais	Educação Permanente	20 min

	Avaliação de registro em prontuário	20 min
	Avaliação das ações implementadas	20 min

Fonte: autora, 2024.

Além disso, ocorre a determinação de profissionais responsáveis por coordenar cada reunião, bem como realizar o registro em ata, como uma forma de envolver todos no processo e garantir o respaldo profissional. Entretanto, espera-se que todos os profissionais se envolvam nas discussões no momento da reunião, de forma a horizontalizar o processo.

Por fim, sugere-se a utilização do roteiro para reunião de equipe disponível no Apêndice A ao fim deste documento.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com as recomendações da Carteira de Serviços da APS Carioca (Rio de Janeiro, 2021), deve ser reservado um turno semanal para a realização das reuniões de equipe, de preferência à tarde. Cada unidade de saúde e equipe tem autonomia para definir o dia dessas reuniões. Isso permite que as características específicas de cada território, bem como as necessidades de acesso dos usuários, sejam levadas em consideração na escolha do momento mais adequado para a reunião.

As reuniões de equipe desempenham um papel fundamental na APS, pois são momentos estratégicos para o planejamento e organização do processo de trabalho. Durante essas reuniões, as equipes podem discutir casos, avaliar indicadores, planejar ações de saúde no território e alinhar condutas de acordo com as demandas locais (Voltolini et al., 2019). Além disso, elas fortalecem a comunicação e a integração entre os profissionais, promovendo um trabalho mais coeso e eficaz no cuidado aos usuários (Agreli, 2017).

Entretanto, a ausência de uma sistematização adequada para essas reuniões pode contribuir para a desorganização do processo de trabalho, comprometendo a eficiência e a qualidade da assistência. Sem uma pauta definida, objetivos claros e vigilância, as reuniões podem se tornar desestruturadas, dificultando a resolução de problemas e o acompanhamento das ações planejadas (Voltolini et al., 2019). A falta de planejamento e organização pode ainda gerar um descompasso entre os profissionais, impactando negativamente na coordenação do cuidado e na continuidade das ações no território (Voltolini et al., 2019).

Essa desorganização no processo de trabalho pode ter repercussões diretas na capacidade das equipes de enfrentar os desafios de saúde no território. Neste sentido, espera-se que a reunião considere as especificidades de cada local, sendo o DSS uma ferramenta de gestão que pode ser utilizada pelas equipes, pois está para além de apenas conhecer o território adscrito, como também orientar as intervenções nos problemas de saúde que se fazem urgentes. Conhecer o território de atuação possibilita refletir e entender quais problemas de saúde existem e elencar as prioridades, tornando a promoção, prevenção e intervenção em saúde mais eficazes (Silva; Koopmans; Daher, 2016), principalmente diante do cenário atual da APS carioca (Rio de Janeiro, 2021).

Por ser a principal porta de entrada do sistema de saúde, a APS desempenha um papel essencial na organização do cuidado, atendendo a uma ampla variedade de demandas da população (Brasil, 2017). Desde a promoção da saúde e prevenção de doenças até o manejo de condições agudas e crônicas, a APS é responsável por ações que vão desde a vacinação e o rastreamento de doenças até a assistência a condições complexas, como doenças crônicas não transmissíveis e questões de saúde mental (Brasil, 2017).

No MRJ, a Atenção Primária é fundamental na resposta a emergências epidemiológicas e no enfrentamento de doenças transmissíveis, como HIV, sífilis, tuberculose e dengue; e doenças com alto potencial endêmico, como Influenza e Covid-19 (Rio de Janeiro, 2021). Além disso, o município apresenta alta taxa de prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e violência interpessoal e autoprovocada, agravos que fazem parte do escopo de atuação da APS (Rio de Janeiro, 2021).

Diante desse cenário, entende-se que existe uma sobrecarga de demandas na APS que por vezes atrapalha o andamento dos serviços, e que prejudica o caráter preventivo de promoção de saúde, que é o principal problema enfrentado hoje pelas unidades. Com o atual cenário epidemiológico do MRJ, as equipes possuem mais dificuldade de organizar os processos de trabalho, as agendas, de realizar grupos educativos e outras atividades que não sejam consultas individuais (Rio de Janeiro, 2021).

Para enfrentar esses desafios, as ações de promoção, prevenção e educação em saúde podem ser potencializadas por meio de grupos operativos, uma modalidade de cuidado coletivo, devido à sua amplitude de cobertura na educação em saúde, promotor de qualidade de vida nas comunidades, ainda promovendo o acesso, o acolhimento e parcerias entre a comunidade e os profissionais de saúde (Silva, 2020). Desta forma, é possível alcançar um maior número de pessoas em um menor período de tempo, sendo possível manejar a demanda dos usuários e retomar a educação em saúde na APS.

Outro fator que influencia diretamente no trabalho das equipes é o uso de indicadores como ferramenta de gestão para analisar os dados dos serviços ofertados nas unidades. Sabe-se que o financiamento da APS ocorre por meio do alcance de metas de indicadores, o que causa uma preocupação dos profissionais em relação ao alcance dessas metas (Brasil, 2019). Diante disso, é preciso utilizar os indicadores de forma crítica e responsável, e não apenas visando o alcance das metas. Quando utilizados de forma efetiva, os indicadores são ferramentas que auxiliam na gestão de listas de usuários que precisam de cuidados, e na identificação de casos prioritários, garantindo a equidade do cuidado (Paes et al., 2015).

Devido à relevância do monitoramento dos indicadores, acredita-se que determinar um período da reunião para abordar esses dados em conjunto é uma forma de avaliar e refletir sobre os cuidados prestados. As reuniões de equipe são espaços propícios para garantir a equidade e longitudinalidade do cuidado, pois podem ser espaços utilizados para identificar as necessidades de saúde do território e, a partir disso, planejar as ações, definir os objetivos e, posteriormente, avaliar as medidas implementadas, garantindo assim a continuidade do cuidado (Brasil, 2017). Segundo Starfield (2002), essas ações podem ser compreendidas como uma forma de coordenação do cuidado.

Para que ocorra a coordenação do cuidado, é necessário que haja a liderança e coordenação da eSF, que geralmente é uma função executada pelo enfermeiro, cuja prática profissional permeia os campos gerenciais e assistenciais. O enfermeiro é reconhecido como líder de equipe e mediador das relações interpessoais, tanto dos profissionais, quanto com a população assistida (Mattos; Balsanelli, 2019). Dessa forma, é capaz de desenvolver um bom relacionamento com a equipe, promover a ética no ambiente de trabalho e atuar nas mudanças que ocorrem nos processos de trabalho, representando um determinante para o melhor alcance de metas e resultados das ações em saúde dentro dos serviços (Mattos; Balsanelli, 2019).

A atuação do enfermeiro na APS é a garantia da organização e planejamento em saúde, já que o enfermeiro é tido como principal agente transformador das práticas de saúde (Santos et al., 2024). Para que esse planejamento ocorra, a Vigilância em Saúde é tida como essencial, pois é por meio dela que se torna possível identificar a rede de causalidades que exercem a determinação social do processo saúde-doença, para então planejar as ações de intervenção (Rio de Janeiro, 2024).

Considerando a relevância da vigilância na atuação do enfermeiro na APS, o PREFC determina que todo residente possui em sua semana padrão um turno para realizar as atividades de vigilância da equipe (Rio de Janeiro, 2024). Dessa forma, se garante que os futuros enfermeiros especialistas terão uma prática de cuidado integral e de qualidade.

Entretanto, sabe-se que a Carteira de Serviços (Rio de Janeiro, 2021) não especifica os turnos dos profissionais da APS, ficando a cargo da gestão local permitir um turno de vigilância ou não. Isso tem relação direta com a compreensão do gestor sobre o impacto da vigilância no processo de trabalho e com fragilidades dos serviços, como equipes com vacância de profissionais. Quando não há turno designado para essas atividades, a vigilância é realizada de forma irregular e sem horário fixo, sendo diretamente impactada pela demanda do serviço. Dessa forma, a reunião de equipe, por ser um espaço garantido, permite com que essa vigilância ocorra e que envolva os demais profissionais, não ficando centrada no enfermeiro. Ao envolver os demais profissionais nesse processo, é possível realizar a prática colaborativa interprofissional e melhorar a qualidade das ações e serviços ofertados (Peduzzi; Agreli, 2018).

Corresponsabilizar os demais membros das eSF acerca da vigilância pode contribuir positivamente para melhoria das relações entre ensino e serviço. As residências em saúde oferecem benefícios aos serviços ao inserir profissionais críticos e reflexivos acerca das práticas em saúde. Dessa forma, espera-se que a vivência desses profissionais nas equipes com um processo de trabalho horizontalizado e colaborativo tenha um impacto positivo na formação, contribuindo para o fortalecimento do SUS (Brasil, 2007).

Ao integrar melhor os profissionais das equipes é possível melhorar o clima de trabalho, o que garante a participação ativa dos membros nas tomadas de decisões. Por isso, investir na educação permanente é um passo importante para alcançar a integralidade do cuidado e o trabalho em rede, justamente pelo fato de que equipes colaborativas são mais propensas a favorecerem a participação do usuário, da família e da comunidade nos processos (Agreli, 2017).

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conclui-se que ao refletir criticamente sobre os processos de trabalho que permeiam as reuniões de uma eSF, foi possível a elaboração de um documento instrutivo que contribui para a organização dos processos de trabalho, reforça a prática colaborativa, o trabalho multiprofissional e fortalece a EPS na APS. Desta forma, buscou-se compreender melhor como as reuniões de equipe podem qualificar a coordenação do cuidado, considerando as especificidades de cada equipe e território, de forma a garantir a autonomia dos profissionais na organização dos processos de trabalho.

Ao estimular a participação dos profissionais nas tomadas de decisão e discussões que envolvem os processos de trabalho, é possível estimular a reflexão acerca dos cuidados prestados e melhorar o planejamento das ações e seus resultados, promovendo a transformação dos processos em saúde e fortalecendo a prática colaborativa. O investimento nessas áreas é fundamental para a construção de uma APS mais qualificada, capaz de garantir a equidade no acesso ao cuidado. Diante disso, se reforça a necessidade da garantia de espaços para a educação permanente nos serviços para além das reuniões de equipe e em conjunto com os usuários, a família e a comunidade.

Espera-se que, com a sistematização das reuniões, as equipes tenham uma melhora do relacionamento interpessoal, valorização do saber profissional de todas as categorias, que haja uma melhor gestão dos processos de trabalho, de forma a reduzir a fragmentação do cuidado e realizar um cuidado efetivo na redução das iniquidades sociais. Além disso, ao garantir uma estrutura organizada e participativa para as reuniões de equipe, espera-se que os profissionais possam atuar de maneira mais proativa na identificação e resolução de problemas, estabelecendo uma coordenação eficaz das ações de saúde.

As limitações deste estudo se caracterizam pelo fato de ser desenvolvido a partir da realidade do MRJ. Essa limitação evidencia a necessidade de novos estudos desenvolvidos a partir das experiências de outros municípios, reforçando a importância da troca de saberes para a criação de novas estratégias de cuidado.

Destaca-se a potencialidade do enfermeiro como líder de equipe e principal agente promotor de saúde na APS, devido suas competências, habilidades e atitudes que o preparam para uma atuação assistencial, social e política, sobretudo no campo da Saúde Pública.

Ademais, o estudo convida trabalhadores, gestores e pesquisadores da saúde para o debate acerca da importância do fortalecimento das relações entre ensino e serviço, de modo a promover mudanças transformadoras e melhorias para a ESF e para todo o Sistema de Saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F. et al.. **Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos.** Cadernos de Saúde Pública, v. 26, n. 2, p. 286–298, fev. 2010.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - SEÇÃO RS [ABEn]. Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS) da ABEn-Seção RS. **Reflexões sobre o escopo do trabalho da enfermeira na atenção primária à saúde: contribuições do grupo de estudo do DAPS-ABEn-RS.** FERREIRA, S.R.S.; MAI, S; PÉRICO, L.A.D; MICHELETTI, V.C.D; ROSA, J.S, organizadores. Porto Alegre, 2020.
- BOUSQUAT, A. et al.. **Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 4, p. 1141–1154, abr. 2017.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidente da República, 1988.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. **Parecer CNE/CES n. 1.133, de 7 de agosto de 2001, sobre as Diretrizes Curriculares da Medicina, Enfermagem e Nutrição.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2001. Seção 1E, p. 131.
- BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). **Relatório de Grupo de Trabalho.** Brasília, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União; 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 22 set. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e dá outras providências. Diário Oficial da União. 28 Mar 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 21 Out 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS):** versão profissionais de saúde e gestores. Brasília, 2020.

CAMARGOS, M. A. de; OLIVER, F. C.. **Uma experiência de uso do georreferenciamento e do mapeamento no processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde.** Saúde em Debate. v. 43, n. 123, pp. 1259-1269, dez. 2019.

CHAGAS, R. C.. **A educação permanente como prática cotidiana do trabalho em saúde.** 2014. 85 f. Dissertação (Mestrado em saúde Coletiva) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

COSTA, N. do R. et al.. **A implantação em larga escala da Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro, Brasil:** evidências e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 6, p. 2075–2082, jun. 2021.

FERNANDES, L.; ORTEGA, F.. **A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 30, n. 3, p. e300309, 2020.

FIGUEIREDO, I. D. T. et al.. **Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde.** Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 27–38, 2020.

GRANDO, M. K.; DALL'AGNOL, C. M.. **Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia saúde da família.** Escola Anna Nery, v. 14, n. 3, p. 504–510, jul. 2010.

GIOVANELLA, L. et al.. **De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental.** Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 3, p. e00012219, 2019.

HAGGERTY J. L. et al.. **Continuity of care: a multidisciplinary review.** BMJ. 2003 Nov 22;327(7425):1219-21.

HASEGAWA, N. M. **SUS 35 anos: contexto e perspectivas.** Boletim do Instituto de Saúde - BIS, São Paulo, v. 24, n. Edição especial, p. 85–86, 2023.

HOFRICHTER, M. **Análise SWOT: quando usar e como fazer.** Porto Alegre: Simplíssimo, 2017. 38p. Ebook.

LASSANCE, A. **Como elaborar projetos de intervenção para a implementação de políticas públicas?.** Brasília: Ipea, set. 2023. 55 p.

LOPES, R. D.. **Planejamento Estratégico Situacional (PES) como ferramenta para implementação de uma política de saúde única: experiência de um município em região de fronteira trinacional.** Paraná, 2024.

MAGALHÃES, M. C., CINTRA, K. M. S.. **Planificação da Atenção Primária à Saúde: Relato de experiência.** Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás “Candido Santiago”. 2020; 6 (1):139-150.

MATTOS, J. C. O.; BALSANELLI, A. P. **A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa.** *Enfermagem em foco*, v. 10, n. 4, 2019.

MIOTO, R. C. T.; ALVES, F. L.; CAETANO, P. da S.; DAL PRÁ, K. R.. **As residências multiprofissionais em saúde: a experiência da Universidade Federal de Santa Catarina.** *Serviço Social e Saúde*, Campinas, SP, v. 11, n. 2, p. 185–208, 2015.

OLIVEIRA, C. M. C. S.; OLIVEIRA, M. A.. **Projeto de Intervenção associado à Árvore de Problemas: Metodologia para elaboração do Projeto de Intervenção (PI).** UNIFESP. São Paulo, 2015.

PAES, L. G.; BELLATO, T. M. da S.; MACHADO, B. P.; LIMA, S. B. S. de. **O uso de indicadores como ferramenta de gestão na estratégia saúde da família.** *Revista de Enfermagem da UFSM*, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 40–49, 2015.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F.. **Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, p. 1525–1534, 2018.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L.. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1903–1914, jun. 2018.

RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. DE L. T.. **Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 5, p. 1799–1808, maio 2020.

RIO DE JANEIRO. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (APS).** Rio de Janeiro, 2021.

RIO DE JANEIRO. **Guia de bolso Turno de Vigilância: o papel do preceptor sobre os aspectos de Vigilância em Saúde na formação do Enfermeiro de Família e Comunidade.** Rio de Janeiro, 2024.

RIO DE JANEIRO. **Manual do Residente.** Programa de Residência de Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PREFC/SMS-Rio). Rio de Janeiro, 2022.

RIO DE JANEIRO. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2022-2025.** Rio de Janeiro, 2021.

ROCHA, S. M. M.; Almeida, M. C. P.. **O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade.** *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 8(6), 96–101. 2000.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E.. **Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos.** *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 7, n. 3, p. 479–498, nov. 2009.

SANTOS, E. T. et al. **Desafios para a implementação das competências gerenciais do enfermeiro no âmbito da atenção primária à saúde: uma revisão integrativa da literatura.** 2024.

SILVA, J. C. et al.. **Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 28, n. 2, p. 132–138, mar. 2015.

SILVA, K. L.; MATOS, J. A. V.; FRANÇA, B. D.. **The construction of permanent education in the process of health work in the state of Minas Gerais, Brazil.** Escola Anna Nery, v. 21, n. 4, p. e20170060, 2017.

STARFIELD, B.. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/MS; 2002.

SILVA C. S. S. L., KOOPMANS F. F., DAHER, D. V.. **O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária à Saúde.** Revista PróUniverSUS. 2016 Jan./Jun.; 07 (2): 30-33.

SILVA, P. P.. **Importância do diagnóstico situacional para o planejamento de ações em saúde na estratégia saúde da família.** Diamantina, 2020. 166 p.

VOLTOLINI, B. C. et al.. **Reuniões da Estratégia Saúde da Família: um dispositivo indispensável para o planejamento local.** Texto & Contexto - Enfermagem, v. 28, p. e20170477, 2019.

VARGAS, I. et al.. **Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil.** Health policy and planning, 31(6), 736–748. 2016.

VIACAVA, F. et al. **SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos.** Ciência & Saúde Coletiva. 2018, v. 23, n. 6, pp. 1751-1762.

## APÊNDICE A - Roteiro para aplicação em Reunião de equipe.

<b>Roteiro de Reunião de equipe</b>	
<b>1ª Reunião do mês</b>	
Integrantes presentes:	
<b>Pautas fixas</b>	<b>Atividades</b>
Monitoramento	<b>Linhas de cuidado prioritárias: Gestantes, Crianças e Tuberculose;</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Listas de gestantes de baixo e alto risco (consultas, planejamento para DPP próxima e acolhimento família-bebê);</li> <li>● Listas de crianças menores de 01 ano (consultas e grupos);</li> <li>● Verificar o acompanhamento dos pacientes em tratamento para tuberculose e busca ativa dos contatos, bem como organizar a busca ativa dos sintomáticos respiratórios e avaliação dos resultados de baciloscopia.</li> </ul>
	<b>Demais linhas de cuidado:</b> Hipertensão e Diabetes.
	<b>Gestão de indicadores:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Listas da V2 e V3;</li> <li>● GeoVacina e GeoTB;</li> <li>● Demais ferramentas da SUBPAV de acordo com as demandas.</li> </ul>
Acesso e agenda	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Visitas e atendimentos domiciliares da semana (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem), observando os grupos prioritários: acamados, restritos ao domicílio, curativos domiciliares e linhas de cuidado;</li> <li>● Acesso: demandas espontâneas e programadas;</li> <li>● Organização de agendamentos;</li> <li>● Programação de ações no território (PSE).</li> </ul>
Coordenação do Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gestão de SER/SISREG: respostas dos negados e devolvidos da equipe, bem como pendências do SER;</li> <li>● Organizar a busca ativa de altas referenciadas, contrarreferências e internações eletivas;</li> <li>● Lista de usuários com doses de medicamento programadas para a próxima semana.</li> <li>● Busca ativa de usuários faltosos nas consultas/grupos em casos prioritários.</li> </ul>
Educação Permanente	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Qualificação do registro em Prontuário eletrônico;</li> <li>● Avaliação de atividades executadas anteriormente;</li> <li>● Discussão de um tema a escolha da equipe.</li> </ul>
<b>Pautas Pontuais</b>	<b>Atividades</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Informes direcionados;</li> <li>● Discussão de casos específicos, em consonância com a eMulti e eSB;</li> <li>● Alcance de metas de demandas da SMS e da CAP;</li> <li>● Planejamento de ações (internas e externas à unidade) e sala de espera.</li> </ul>
<b>2ª Reunião do mês</b>	
Integrantes presentes:	
<b>Pautas fixas</b>	<b>Atividades</b>

Registro e monitoramento	<p><b>Linhas de cuidado prioritárias: Gestantes, Crianças e Tuberculose;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Listas de gestantes de baixo e alto risco (consultas, planejamento para DPP próxima e acolhimento família-bebê);</li> <li>• Listas de crianças menores de 01 ano (consultas e grupos);</li> <li>• Verificar o acompanhamento dos pacientes em tratamento para tuberculose e busca ativa dos contatos, bem como organizar a busca ativa dos sintomáticos respiratórios e avaliação dos resultados de baciloscopia.</li> </ul>
	<p><b>Demais linhas de cuidado: Violência e Saúde Mental.</b></p>
	<p><b>Gestão de indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Listas da V2 e V3;</li> <li>• GeoVacina e GeoTB;</li> <li>• Demais ferramentas da SUBPAV de acordo com as demandas.</li> </ul>
Acesso e agenda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas e atendimentos domiciliares da semana (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem), observando os grupos prioritários: acamados, restritos ao domicílio, curativos domiciliares e linhas de cuidado;</li> <li>• Acesso: demandas espontâneas e programadas;</li> <li>• Organização de agendamentos;</li> <li>• Programação de ações no território (grupos).</li> </ul>
Coordenação do Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestão de SER/SISREG: respostas dos negados e devolvidos da equipe, bem como pendências do SER;</li> <li>• Organizar a busca ativa de altas referenciadas, contrarreferências e internações eletivas;</li> <li>• Lista de usuários com doses de medicamento programadas para a próxima semana;</li> <li>• Busca ativa de usuários faltosos nas consultas/grupos em casos prioritários.</li> </ul>
Educação Permanente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualificação do registro em Prontuário eletrônico;</li> <li>• Avaliação de atividades executadas anteriormente;</li> <li>• Discussão de um tema a escolha da equipe.</li> </ul>
Pautas Pontuais	<b>Atividades</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes direcionados;</li> <li>• Discussão de casos específicos, em consonância com a eMulti e eSB;</li> <li>• Alcance de metas de demandas da SMS e da CAP;</li> <li>• Planejamento de ações (internas e externas à unidade) e sala de espera;</li> <li>• Bolsa família e Cartão Família Carioca;</li> <li>• Monitoramento de consultas de crianças até 2 anos e bebês de alto risco;</li> <li>• Acompanhamento e busca ativa de vacinas até 6 anos, de acordo com o cartão espelho;</li> <li>• SSA2 e BPA.</li> </ul>
<b>3ª Reunião do mês</b>	
Integrantes presentes:	
<b>Pautas fixas</b>	<b>Atividades</b>
Registro e monitoramento	<p><b>Linhas de cuidado prioritárias: Gestantes, Crianças e Tuberculose;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Listas de gestantes de baixo e alto risco (consultas, planejamento para DPP próxima e acolhimento família-bebê);</li> <li>• Listas de crianças de 02 a 05 anos (consultas e grupos);</li> <li>• Verificar o acompanhamento dos pacientes em tratamento para</li> </ul>

	<p>tuberculose e busca ativa dos contatos, bem como organizar a busca ativa dos sintomáticos respiratórios e avaliação dos resultados de baciloscopia.</p>
	<p><b>Demais linhas de cuidado:</b> Tabagismo e Álcool e outras drogas.</p>
	<p><b>Gestão de indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Listas da V2 e V3;</li> <li>• GeoVacina e GeoTB;</li> <li>• Demais ferramentas da SUBPAV de acordo com as demandas.</li> </ul>
Acesso e agenda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas e atendimentos domiciliares da semana (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem), observando os grupos prioritários: acamados, restritos ao domicílio, curativos domiciliares e linhas de cuidado;</li> <li>• Acesso: demandas espontâneas e programadas;</li> <li>• Organização de agendamentos;</li> <li>• Programação de ações no território (grupos).</li> </ul>
Coordenação do Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestão de SER/SISREG: respostas dos negados e devolvidos da equipe, bem como pendências do SER;</li> <li>• Organizar a busca ativa de altas referenciadas, contrarreferências e internações eletivas;</li> <li>• Lista de usuários com doses de medicamento programadas para a próxima semana;</li> <li>• Busca ativa de usuários faltosos nas consultas/grupos em casos prioritários.</li> </ul>
Educação Permanente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualificação do registro em Prontuário eletrônico;</li> <li>• Avaliação de atividades executadas anteriormente;</li> <li>• Discussão de um tema a escolha da equipe.</li> </ul>
Pautas Pontuais	<b>Atividades</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes direcionados;</li> <li>• Discussão de casos específicos, em consonância com a eMulti e eSB;</li> <li>• Alcance de metas de demandas da SMS e da CAP;</li> <li>• Planejamento de ações (internas e externas à unidade) e sala de espera;</li> <li>• Bolsa família e Cartão Família Carioca;</li> <li>• Monitoramento de consultas de crianças até 2 anos e bebês de alto risco;</li> <li>• Acompanhamento e busca ativa de vacinas até 6 anos, de acordo com o cartão espelho;</li> <li>• SSA2 e BPA.</li> </ul>
<b>4ª Reunião do mês</b>	
Integrantes presentes:	
<b>Pautas fixas</b>	<b>Atividades</b>
Registro e monitoramento	<p><b>Linhas de cuidado prioritárias: Gestantes, Crianças e Tuberculose;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Listas de gestantes de baixo e alto risco (consultas, planejamento para DPP próxima e acolhimento família-bebê);</li> <li>• Listas de crianças de 02 a 05 anos (consultas e grupos);</li> <li>• Verificar o acompanhamento dos pacientes em tratamento para tuberculose e busca ativa dos contatos, bem como organizar a busca ativa dos sintomáticos respiratórios e avaliação dos resultados de baciloscopia.</li> </ul>
	<p><b>Demais linhas de cuidado:</b> Curativo e IST's</p>

	<p><b>Gestão de indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Listas da V2 e V3;</li> <li>• GeoVacina e GeoTB;</li> <li>• Demais ferramentas da SUBPAV de acordo com as demandas.</li> </ul>
Acesso e agenda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas e atendimentos domiciliares da semana (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem), observando os grupos prioritários: acamados, restritos ao domicílio, curativos domiciliares e linhas de cuidado;</li> <li>• Acesso: demandas espontâneas e programadas;</li> <li>• Organização de agendamentos;</li> <li>• Programação de ações no território (grupos).</li> </ul>
Coordenação do Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestão de SER/SISREG: respostas dos negados e devolvidos da equipe, bem como pendências do SER;</li> <li>• Organizar a busca ativa de altas referenciadas, contrarreferências e internações eletivas;</li> <li>• Lista de usuários com doses de medicamento programadas para a próxima semana;</li> <li>• Busca ativa de usuários faltosos nas consultas/grupos em casos prioritários.</li> </ul>
Educação Permanente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualificação do registro em Prontuário eletrônico;</li> <li>• Avaliação de atividades executadas anteriormente;</li> <li>• Discussão de um tema a escolha da equipe.</li> </ul>
Pautas Pontuais	<b>Atividades</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes direcionados;</li> <li>• Discussão de casos específicos, em consonância com a eMulti e eSB;</li> <li>• Planejamento de ações (internas e externas à unidade) e sala de espera;</li> <li>• Bolsa família e Cartão Família Carioca;</li> <li>• Monitoramento de consultas de crianças até 2 anos e bebês de alto risco;</li> <li>• Acompanhamento e busca ativa de vacinas até 6 anos, de acordo com o cartão espelho;</li> <li>• SSA2 e BPA.</li> </ul>