



Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Educação

Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde

Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde



Leandro Farias Rodrigues

**PROTOCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA TECNOLOGIA PARA
FORTALECIMENTO DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR E
MULTIPROFISSIONAL**

BRASÍLIA

2014

Leandro Farias Rodrigues

**PROCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA TECNOLOGIA PARA
FORTALECIMENTO DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR E
MULTIPROFISSIONAL**

Trabalho de conclusão de Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde – Especialização em Serviço, do núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: MS. Margareth Cristina de Almeida Gomes.

BRASÍLIA

2014

Leandro Farias Rodrigues

**PROCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA TECNOLOGIA PARA
FORTALECIMENTO DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR E
MULTIPROFISSIONAL**

Trabalho de Conclusão de Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde – Especialização em Serviço, do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Ms. Margareth Cristina de Almeida Gomes.

Aprovado em: 31 de julho de 2014.

BANCA EXAMINADORA:

Ms. Margareth Cristina de Almeida Gomes
Orientadora de Pesquisa

Ms. Raquel Vaz Cardoso
Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

**BRASÍLIA
2014**

Dedico esse trabalho a todos meus familiares, amigos, companheiros, mestres e mentores que me acompanham em minha trajetória enquanto trabalhador da saúde.

[Digite texto]

RESUMO

Rodrigues, Leandro Farias. **Protocolos da Atenção Básica**: uma tecnologia para fortalecimento do trabalho interdisciplinar e multiprofissional. 2014.41f. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Saúde Coletiva e Educação em Saúde da Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O presente trabalho versa sobre o processo de construção de protocolos multiprofissionais voltados para a Atenção Básica. O ponto de partida das discussões aqui empreendidas foi a tramitação do Projeto de lei nº 268 de Julho de 2002 (nº 7.703/06 na Câmara dos Deputados), que “dispõe sobre o exercício da Medicina”, as consequências que este traria para as práticas de outras categorias profissionais e os vetos à lei. Neste trabalho, os protocolos foram tomados como *tecnologias de gestão do cuidado* que permitem que todos os profissionais possam exercer o atendimento nos serviços de saúde e tomem decisões clínicas baseadas em conhecimentos e fontes que resguardem juridicamente suas práticas. O objetivo principal desse estudo foi analisar o processo de construção dos “Protocolos da Atenção Básica” pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, Instituto de Ensino e Pesquisa e (I-EP) do Hospital Sírio-Libanês (HSL). Para este propósito foi utilizada a metodologia qualitativa através do método de observação participante por meio do qual, mediante as ações e opiniões reveladas pelos atores durante as oficinas de construção de protocolos, foi possível identificar a problematização de dois temas emergentes: a noção de apoio matricial e as múltiplas compreensões dos termos inter, multi e transdisciplinaridade. Assim, apreendemos que os protocolos foram previstos para promover a qualificação do cuidado, amparando o exercício profissional dos trabalhadores que atuam no *locus* da Atenção Básica, por estímulo ao trabalho interdisciplinar e multiprofissional no alcance da integralidade em saúde.

PALAVRAS-CHAVES: Protocolos, Trabalho Interdisciplinar, Gestão do Cuidado, Atenção Básica.

[Digite texto]

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. OBJETIVOS.....	11
2.1 Objetivo Geral.....	11
2.2 Objetivos Específicos.....	11
3. METODOLOGIA.....	12
4. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA DE PESQUISA.....	14
4.1 Descrição do contexto de construção dos protocolos.....	14
4.1.1 Memória da 1ª Oficina de Protocolos da Atenção Básica.....	14
4.1.2 Memória da 2ª Oficina de Protocolos da Atenção Básica.....	28
5. TEMAS EMERGENTES NAS OFICINAS.....	32
5.1 Sobre a noção de apoio matricial.....	32
5.2 Sobre as compreensões possíveis dos termos inter, multi e transdisciplinaridade.....	34
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho versa sobre o processo de construção de protocolos voltados para a Atenção Básica. Tal construção iniciou-se no segundo semestre de 2013 e se constituiu em um momento de franca articulação entre coordenações dentro do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS).

O ponto de partida das discussões aqui empreendidas foi a tramitação do Projeto de Lei nº 268 de Julho de 2002 (nº 7.703/06 na Câmara dos Deputados), que “Dispõe sobre o exercício da Medicina”, as consequências que este traria para as práticas de outras categorias profissionais e posteriormente os Vetos da Lei nº 268 de 2002, mais conhecida como “Lei do Ato Médico” (BRASIL, 2002).

Tais vetos, sancionados pela Presidenta Dilma na Lei nº 12.842 de (2013), vieram ao encontro do conjunto de mobilizações realizadas ao longo de anos pelos conselhos de classe, associações nacionais de ensino, profissionais, estudantes de área da saúde e, principalmente, junto com a sociedade brasileira. Com as ressalvas de que o Poder Executivo deveria apresentar novas propostas para conceituar os vetos mencionados, bem como para garantir a execução de algumas práticas de outras áreas profissionais não médicas, surgiu a necessidade de se elaborar protocolos voltados para a Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para elaboração dos vetos à Lei do Ato Médico, foram ouvidas as equipes do Ministério da Saúde, com grandes contribuições feitas pelo DAB, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, da Fazenda e a Secretaria-Geral da Presidência da República (BRASIL, 2013).

Neste contexto, a Presidenta Dilma manifestou alguns vetos ao Senado Federal¹. As alterações efetuadas na redação do Art. 4º, evitaram o atrelamento do diagnóstico e qualquer prescrição terapêutica somente à profissão médica como também, manteve a atuação de outros profissionais que usualmente já prescrevem, confeccionam e acompanham o uso de órteses e próteses que, por suas especificidades, não requerem indicação médica. Tal

¹ Os vetos foram manifestados pela presidenta ao Senado Federal através da Mensagem de Lei nº 287 de 10 de julho de 2013.

veto garantiu a possibilidade de atendimento multidisciplinar o protegeu dos interesses de uma só categoria (médica, no caso).

No mesmo Art 4º, se não houvessem sido vetados outros incisos, haveria a caracterização de maneira ampla e imprecisa do que seriam procedimentos invasivos e os condicionaria à prescrição médica, prejudicando um rol extenso de procedimentos, incluindo alguns que já estão consagrados no Sistema Único de Saúde (SUS) e sendo executados por outros profissionais de saúde, baseados em protocolos municipais do SUS e dos estabelecimentos privados.

Por fim, caso não houvesse sido vetado o Art 5º, a direção e chefia de serviços médicos seria somente exercida por profissionais médicos, desconsiderando que todos os serviços de saúde não podem prescindir de uma equipe multidisciplinar.

Os vetos mencionados acima protegeram a autonomia das demais profissões “não-médicas”, assim como a perspectiva da atenção integral à saúde, do trabalho multiprofissional e interdisciplinar no SUS, além de introduzir elevado risco de judicialização e consequências desastrosas para os usuários dos serviços de saúde, por conduzirem a uma maior burocratização das rotinas.

As demandas judiciais relacionadas a procedimentos e insumos de saúde contra entes públicos no Brasil cresceu exponencialmente nos últimos anos. Este fenômeno, denominado “judicialização da saúde”, embora legítimo, compromete os escassos recursos na área, levando à sobreposição dos direitos individuais em relação aos direitos coletivos e conflitando com os princípios e diretrizes do SUS, agravando as iniquidades de acesso à saúde (VENTURA, 2010).

Hoje as demandas sociais exigem cada vez mais que a Atenção Básica cumpra suas diretrizes, principalmente no que diz respeito à orientação comunitária, atuação em redes e ordenação do cuidado. Os profissionais devem atuar no sentido da corresponsabilidade dos saberes presentes na produção da clínica, abarcando outras dimensões do cuidado para além daquelas biológicas e individualizantes. Deve-se também inserir o médico como trabalhador em saúde junto aos outros profissionais, a fim de garantir o trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Diante disso, a gestão atual do DAB investiu primeiramente na proposta de construção de protocolos de enfermagem ampliando, ao longo do processo, o escopo de conteúdo para ações de outros núcleos profissionais que mais incidem na Atenção Básica (Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia e Psicologia). Para viabilizar tal construção, estabeleceu parceria no segundo semestre de 2013 com o Instituto de Ensino e Pesquisa (I-EP) do Hospital Sírio-Libanês (HSL), reunindo diversos atores para compor e diversificar os olhares acerca dos produtos esperados.

Neste trabalho, os protocolos foram entendidos como *tecnologias de gestão do cuidado*² que permitem que todos os profissionais possam exercer o atendimento nos serviços de saúde e efetuem decisões clínicas baseadas em conhecimentos e normativas legais que resguardem juridicamente suas práticas, inspirado pelas construções do próprio DAB em torno da justificativa de elaboração dos protocolos (BRASIL, 2013).

Desta forma, os protocolos promoveriam a qualificação do cuidado, amparando o exercício profissional dos trabalhadores que atuam no *locus* da Atenção Básica. Funcionariam como ferramentas para fortalecer as políticas e programas desenvolvidos no SUS, por estímulo ao trabalho interdisciplinar e multiprofissional em prol do alcance da integralidade. Também serviriam para lidar com a complexidade das tecnologias de cuidado produtoras de saúde e promotoras de autonomia das pessoas e coletividades, conforme previsto pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011).

Alguns autores, como Mendes (2012), destacam o uso de protocolos clínicos como *tecnologias de gestão da clínica* no auxílio dos profissionais de saúde na tomada de decisões baseadas em evidências, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços dos quais necessitam.

Para produção do *trabalho vivo em ato*, os trabalhadores lançam mão de diferentes tecnologias conforme as situações em que se deparam na produção do cuidado em saúde (MERHY, 1997; MERHY, 2002). Dentre estas tecnologias, existem os protocolos, que apoiam o trabalho em saúde e que permeiam a relação entre os sujeitos envolvidos no cuidar. Vale lembrar que o

² Esta expressão é uma fusão das expressões “ferramentas tecnológicas do trabalho em saúde” (MERHY & FEUERWERKER, 2002) e “tecnologias de gestão da clínica” (MENDES, 2011), conforme consta no documento de programação da segunda oficina de protocolos de enfermagem promovida pelo DAB e que explico nos parágrafos subsequentes.

modo como se darão os arranjos tecnológicos e relacionais entre trabalhadores de diferentes formações e entre trabalhador e usuário será sempre atravessada por disputas pelos sentidos e significações do cuidado. Tais disputas se devem à variabilidade de saberes de núcleo, concepções de modelo de saúde e cuidado que compõem e marcam o campo da Saúde Coletiva (CAMPOS, 2000).

Pensadas como *tecnologias de gestão da clínica* (MENDES, 2011) ou como *ferramentas tecnológicas do trabalho em saúde* (MERHY & FEUERWERKER, 2002), as *tecnologias de gestão do cuidado* poderiam colaborar na redução da fragmentação das ações e serviços de saúde, já que promoveriam a organização nos processos de trabalho nos territórios sob responsabilidade das equipes.

Com base no exposto, este trabalho propõe realizar a descrição do processo de construção dos Protocolos da Atenção Básica e apresentar as principais discussões que surgiram sobre a noção de apoio matricial e as compreensões possíveis dos termos inter, multi e transdisciplinaridade no contexto das oficinas de elaboração dos Protocolos, tendo como pano de fundo os limites e possibilidades do uso de Protocolos como tecnologias em prol do trabalho interdisciplinar e multiprofissional na Atenção Básica no SUS.

2. OBJETIVOS

[Digite texto]

2.1 Objetivo Geral

Apresentar o processo de construção dos “Protocolos da Atenção Básica” pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde e o Instituto de Ensino e Pesquisa (I-EP) do Hospital Sírio-Libanês (HSL).

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever as oficinas de construção dos protocolos envolvendo os núcleos profissionais mais incidentes na Atenção Básica, realizadas nos meses de janeiro e fevereiro de 2014;
- Identificar os elementos presentes no processo de construção de protocolos da Atenção Básica que dizem respeito ao trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

3. METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como pesquisa qualitativa do tipo observação participante. Para a literatura internacional, este cunho de pesquisa

[Digite texto]

tem sido utilizado quando o objetivo do investigador é verificar como as pessoas avaliam uma experiência, ideia ou evento; como definem um problema e quais opiniões, sentimentos e significados encontram-se associados a determinados fenômenos (LERVOLINO, 2001).

Para Minayo (2007), a pesquisa qualitativa envolve além da subjetividade, relações humanas e sociais. Busca um entendimento mais profundo de uma determinada realidade envolvendo as relações interpessoais, sentimentos e emoções, sendo o objeto da pesquisa social, um acontecimento histórico. Assim, tanto os indivíduos e grupos investigados, como os pesquisadores “são dialeticamente autores e frutos de seu tempo histórico” (MINAYO, 2010, p. 55). Neste sentido, as próprias narrativas aqui elaboradas permanecem como registro do processo acompanhado.

Quando o objeto é qualitativo, a tarefa do investigador é apreender a complexidade da realidade social além do visível, sendo capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, “sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (MINAYO, 2010, p. 55).

Através das ações e opiniões reveladas pelos atores durante as Oficinas de Protocolos da Atenção Básica no Hospital Sírio Libanês (HSL) em São Paulo, foi possível identificar quais foram os nós críticos e férteis possibilidades deste processo.

A partir da observação participante e registros em diário de campo, durante minha participação em duas oficinas que aconteceram respectivamente nos dias 12 de janeiro de 2014 e 03 de fevereiro de 2014, realizei conversas informais com os diversos atores que participaram deste processo, além da mediação das discussões dos núcleos profissionais envolvidos nos protocolos.

A potência da observação participante se constitui no lugar ocupado pelo pesquisador na realização da pesquisa. Ao desempenhar concomitantemente os papéis de trabalhador em formação e pesquisador, o autor participa de maneira direta no processo de construção do fenômeno observado. Desta forma e na situação proposta nesta pesquisa, me mantive presente numa situação social com a finalidade de realizar minha investigação científica e, ao

mesmo tempo, com a finalidade de colaborar do processo como técnico do DAB. Acredito que os olhares de produção do trabalho vivo, típico do trabalhador em saúde, e de produção de conhecimento, típico do pesquisador, se fundem e podem colaborar com a riqueza de perspectiva da pesquisa, pois o sujeito afeta e é afetado pela dinâmica de trabalho.

Pude realizar durante as oficinas, mediações de grupo no lugar de técnico do DAB e conversas nos momentos de intervalos das oficinas com os atores que estavam no processo. Esse duplo papel colaborou para a riqueza de detalhes a serem registrados em meu diário de campo e para minha implicação no processo de trabalho de construção dos Protocolos.

Meu diário de campo conteve todas as informações acerca das interações. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, instituições, gestos e expressões que diziam respeito ao tema da pesquisa. Falas, comportamentos, hábitos, usos, costumes, celebrações e instituições compõem o quadro das representações sociais e são fundamentais à pesquisa qualitativa (MINAYO, 2007).

Foram elaboradas duas narrativas dos momentos de oficina, que apresentarei a seguir e a partir das quais elegi as categorias de análise, com vistas a elucidar as questões atinentes ao trabalho interdisciplinar e multiprofissional enunciadas pelos atores em meio às tensões entre a lógica clínico-assistencial e técnico-pedagógica, implicadas na produção destes documentos.

4. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA DE PESQUISA

4.1 Descrição do contexto de construção dos protocolos

A seguir apresentarei a narrativa das oficinas de construção dos protocolos e a partir destas tecer a análise de três categorias que emergiram durante este processo.

[Digite texto]

Tradicionalmente, a produção dos materiais publicados pelo DAB do MS é realizada com a colaboração de atores externos com expertise em determinados temas. É realizada uma “encomenda” de um produto específico para estes atores com prazo determinado de entrega e que posteriormente passa por uma revisão feita pelos trabalhadores do Departamento. Caso necessário, são solicitadas algumas adequações ou alterações a quem está produzindo o material.

Para a elaboração dos Protocolos da Atenção Básica foi feita a opção de realização de oficinas presenciais realizadas no auditório do Hospital Sírio-Libanês, com base em metodologias ativas de ensino-aprendizagem³. Estas contaram com a participação de atores de diversas instituições e formações, e foram um momento de apresentação da proposta e de ensino do uso da plataforma interativa do I-EP/HSL através da criação de Fóruns para mapeamento e discussões do conteúdo dos Protocolos.

4.1.1 Memória da 1ª Oficina de Protocolos da Atenção Básica

No dia 12 de Dezembro de 2013 realizou-se a 1ª Oficina de Protocolos da Atenção Básica no auditório do Hospital Sírio-Libanês em São Paulo, com o objetivo de promover uma reflexão sobre a prática dos profissionais que trabalham na Atenção Básica e construir o perfil que traduz a competência a ser pactuada como diretriz dos Protocolos de Atenção Básica.

Esta primeira oficina contou com a participação de atores de diferentes instituições e formações: 1 (um) fisioterapeuta do NASF/SP; 1 (um) psicólogo, 1 (uma) fonoaudióloga e 1 (um) fisioterapeuta do Hospital Israelita Albert Einstein/SP; 1 (uma) enfermeira da SMS- Curitiba/PR; 1 (um) médico de Manaus/AM; 1 (uma) enfermeira Doutora em Saúde Coletiva da UEL-PR; 3 (três) médicos do I-EP/Hospital Sírio-libanês; 1(uma) enfermeira da SMS- São Mateus/ES; 3 (três) médicos da Fundação Cochrane e 3 (três) enfermeiros do DAB-MS. Este encontro contou com 3 (três) facilitadores, sendo destes 2 (dois) médicos do I-EP e 1 (uma) enfermeira do DAB.

³ As metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, buscando a participação ativa de todos os envolvidos, centrados na transformação da realidade em que estão inseridos (PRADO *et al*, 2012).

Posteriormente, houve a fala de um dos coordenadores e representante do DAB/MS contextualizando como surgiu a necessidade de elaboração de Protocolos na Atenção Básica, relatando que o processo havia iniciado em Brasília/DF, nas discussões de ampliação do campo de atuação do profissional enfermeiro e debate sobre a prática e trabalho da Enfermagem. Posteriormente com os Vetos à Lei do Ato Médico começou-se a pensar em outros núcleos profissionais que mais incidiam na Atenção Básica com o intuito de respaldar e dar segurança jurídica para as práticas destas profissões no SUS.

Foram então apresentados os dados que constam do quadro abaixo, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES):

Quadro 1 – Dados referentes à quantidade de profissionais por cada categoria presentes em equipes de NASF

Profissional	Qtidade.
Fisioterapeuta	3234
Psicólogo	2211
Nutricionista	1901
Assistente social	1578
Fonoaudiólogo	1056
Farmacêutico	970
Terapeuta ocupacional	559
Médico pediatra	370
Médico ginecologista e obstetra	311
Médico psiquiatra	163
Profissional de Educação Física	151
Médico veterinário	30
Educador	17
Médico acupunturista	10
Médico homeopata	9
Médico geriatra	6
Outros	291
Total geral	12867

[Digite texto]

FONTE: CNES, julho/2013.

Através destes dados, foi possível concluir que os profissionais mais incidentes na Atenção Básica, conforme dados relativos à equipe NASF, eram Psicologia, Nutrição, Fonoaudiologia e Fisioterapia. Assim, os Protocolos da Atenção Básica deveriam considerá-los em seu conteúdo.

Dando continuidade às atividades, a oficina foi dividida em dois momentos. O primeiro foi de abertura e explicação dos objetivos do encontro. O segundo, de divisão dos participantes da oficina em dois grupos para responderem algumas perguntas. Como recursos materiais, fidedignos às metodologias ativas de ensino-aprendizagem, foram utilizadas tarjetas, flipchart e papel kraft, para anotações com “canetão”.

No primeiro momento, foi realizada a pactuação dos horários de trabalho e foram lançadas ao grupo as seguintes perguntas: o que são protocolos e o que estes devem conter?

Neste momento, surgiram diversos comentários em relação a estas perguntas. Alguns em torno da importância de pensar o cuidado de Enfermagem; outras sobre a importância das oficinas de construção de protocolo com Grupo de Trabalho da Enfermagem em Brasília. O fato deste grupo ter acontecido na esfera federal informa os esforços que a gestão do DAB teria empreendido para fortalecer a Atenção Básica.

Algumas falas em relação às necessidades de protocolizar práticas na Atenção Básica, colocaram em questão o quanto o uso de materiais voltados à Educação Permanente em Saúde⁴ (EPS), como os protocolos, poderiam engessar ou comprometer a criatividade e qualidade do cuidado. Pensando sobre os formatos, para não ser produzido um material “duro”, emergiram também algumas falas sobre a importância dos protocolos obedecerem à lógica do Manual da Atenção Integral Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Ganhou destaque o debate acerca do nome do material: protocolo clínico e diretriz terapêutica (PCDT) ou linha-guia. Acerca desta dúvida, e de acordo com Brasil (2006), os PCDT tem o objetivo de estabelecer claramente os

⁴ O enfoque da Educação Permanente, ao contrário, representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Visa prática de ensino-aprendizagem no cotidiano do serviço, no contexto de sua realidade, modificando e ampliando as estratégias educativas colocando as pessoas envolvidas no processo como atores reflexivos, problematizando o próprio fazer. Tem como objetivo trabalhar com as equipes, evitando a fragmentação disciplinar (BRASIL, 2004).

critérios de inclusão, diagnóstico de cada doença, o algoritmo de tratamento das doenças mecanismos de regulação, controle e avaliação. Estes devem ser apreciados pela Comissão para Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CONITEC), através de grupos organizados de trabalho que irão deliberar sobre a sua inclusão no âmbito do Sistema Único de Saúde.

As linhas-guia normatizam todo o processo da condição de saúde, ao longo de sua história natural; assim, devem incorporar as ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas relativas à condição de saúde. Uma característica essencial das linhas-guia é que se desenvolvam por graus de risco, o que necessariamente envolve a estratificação dos riscos, como base para organização sistêmica dos serviços. Enquanto as linhas-guia normatizam as ações que se desenvolvem em todos os pontos de atenção de uma Rede de Atenção em Saúde (RAS), os protocolos clínicos vão estabelecer os parâmetros para as condições de saúde, num único ponto de atenção da RAS (MENDES, 2012).

Na oficina, os participantes consensuaram de que o material deveria chamar-se “Protocolo” e que deveria funcionar como fonte de instruções normativas. Não poderia se pautar sumariamente em agravos para não produzir o efeito de deslocar o olhar dos sujeitos (pacientes) para as doenças e deveria levar em conta as melhores evidências disponíveis⁵.

Foi pontuado com ênfase também a importância dos Protocolos fornecerem respaldo jurídico, e que seria fundamental que estes contemplassem experiências loco-regionais, respeitando as particularidades do diversos cenários brasileiros. Por fim, as últimas participações afirmaram que protocolos deveriam ser instruções normativas e não poderiam se pautar em agravos, levando estes em conta evidências clínicas ou em melhor evidências disponíveis.

Já no segundo momento da oficina, passada esta rodada inicial, foi proposto aos participantes que este se dividissem em dois grupos para responderem as seguintes perguntas: O que será o nosso protocolo? Qual o protocolo necessário para Atenção Básica? Qual o efeito esperado do

5 Segundo SACKETT (1996), a chamada “melhor evidência disponível” na tomada de decisões sobre o tratamento do indivíduo designa integrar a experiência clínica individual com a melhor evidência proveniente de estudos clínicos. Para serem ratificadas, as evidências são avaliadas quanto a sua acurácia, relevância e aplicabilidade na situação em questão.

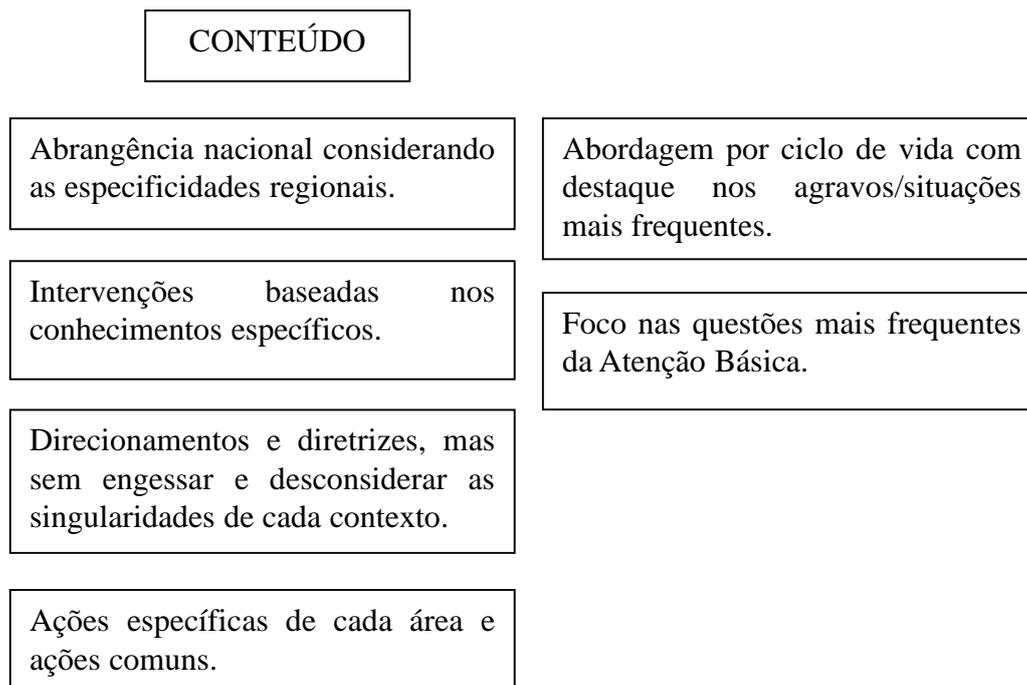
Protocolo na Atenção Básica? Qual metodologia para desenvolver os Protocolos da Atenção Básica?

Deste momento surgiram alguma ideias e percepções destes dois grupos, que foram explicitadas em tarjetas ou comentadas pelos participantes e foram por mim representadas nos seguintes blocos (e eventualmente comentadas⁶):

- Grupo I - Conteúdo dos Protocolos de Atenção Básica; Finalidades e objetivos; Forma; Princípios e diretrizes; Método; Requisitos; Objeto; Práticas da Atenção Básica.
- Grupo II - Requisitos dos Protocolos de Atenção Básica; Objeto dos Protocolos de Atenção Básica; Características dos Protocolos de Atenção Básica; Práticas de Atenção Básica; Diretrizes dos Protocolos.

Figura 1 – Conteúdo dos Protocolos de Atenção Básica (grupo I)

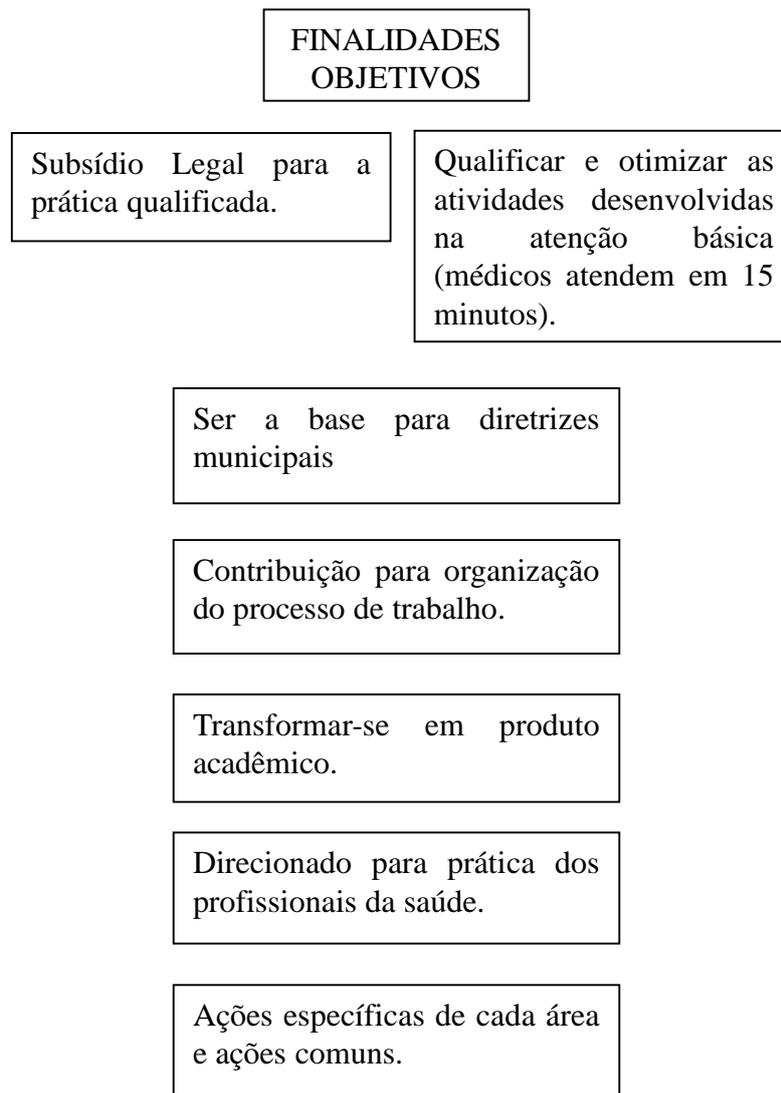
⁶ Optei por comentar aquelas que julguei não serem auto-explicativas, ou que tocam aspectos atinentes ao trabalho interdisciplinar e multiprofissional.



Fonte: Arquivo do autor, 2014.

Neste tópico podemos perceber que foi relatado pelo grupo a importância dos protocolos darem direcionamentos e diretrizes sem engessar o cuidado, contemplando o país inteiro e levando em consideração suas especificidades loco-regionais. E que pudessem ao mesmo tempo, enfatizar as ações comuns e específicas de cada núcleo profissional na abordagem dos ciclos de vida ou agravos e questões mais frequentes na Atenção Básica.

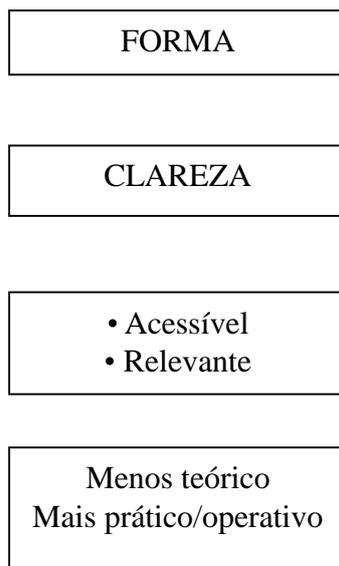
Figura 2 – Finalidades e objetivos dos Protocolos de Atenção Básica (grupo I)



Fonte: Arquivo do autor, 2014.

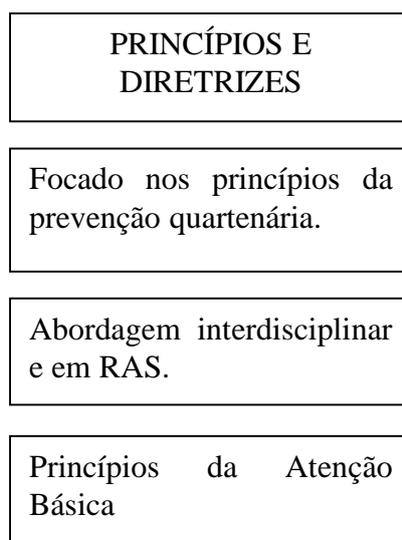
Quanto as Finalidades e Objetivos foi destacado a importância dos protocolos fornecerem diretrizes para os municípios no intuito de qualificarem, otimizarem e direcionarem as práticas dos profissionais da atenção básica e novamente foi reforçada a ideia de conterem ações comuns e específicas de cada núcleo profissional. O grupo também enfatizou a importância dos protocolos contribuírem na organização do processo de trabalho, podendo estes transformarem-se em produto acadêmico, além de fornecerem subsídio legal para as práticas qualificadas dos profissionais.

Figura 3 – Forma dos Protocolos de Atenção Básica (grupo I)



Fonte: Arquivo do autor, 2014.

Figura 4 – Princípios e diretrizes dos Protocolos de Atenção Básica (grupo I)

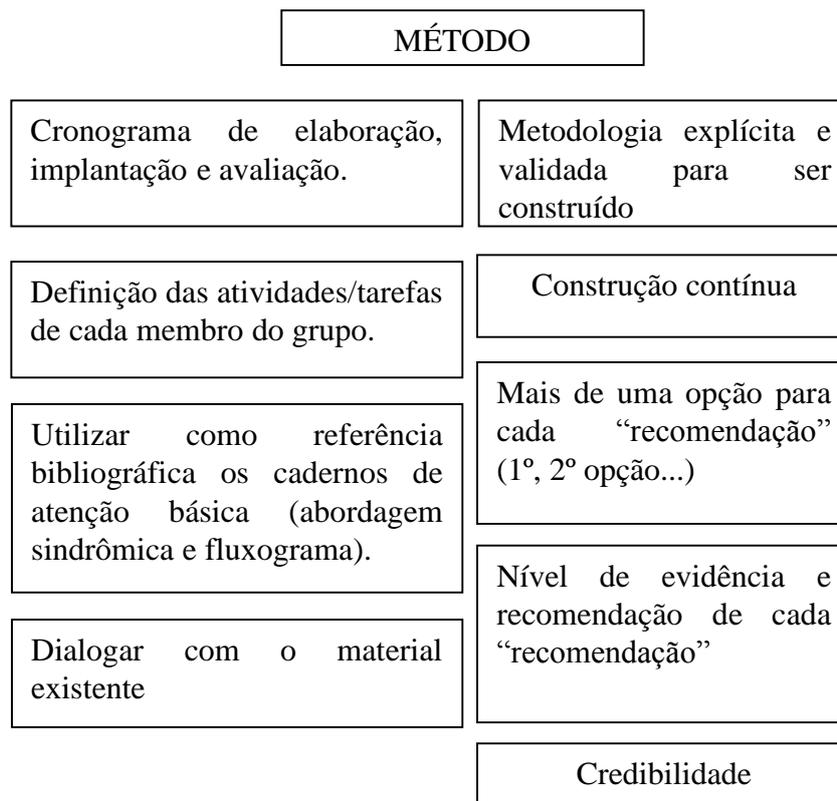


Fonte: Arquivo do autor, 2014.

Em relação aos Princípios e Diretrizes, foi destacado o foco no trabalho interdisciplinar e em RAS, em consonância com os princípios da Atenção Básica e conceito de prevenção quaternária⁷.

⁷ Prevenção quaternária é a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los e a evitação de novas intervenções desnecessárias ou excessivas, sugerindo-lhes alternativas eticamente aceitáveis (BENTZEN, 2003). Segundo Jamouille (), o conceito gera uma interrogação ética sobre os excessos da “demasiada ou demasiadamente pouca medicina”, reflexões em torno da medicalização das práticas e corpos em saúde.

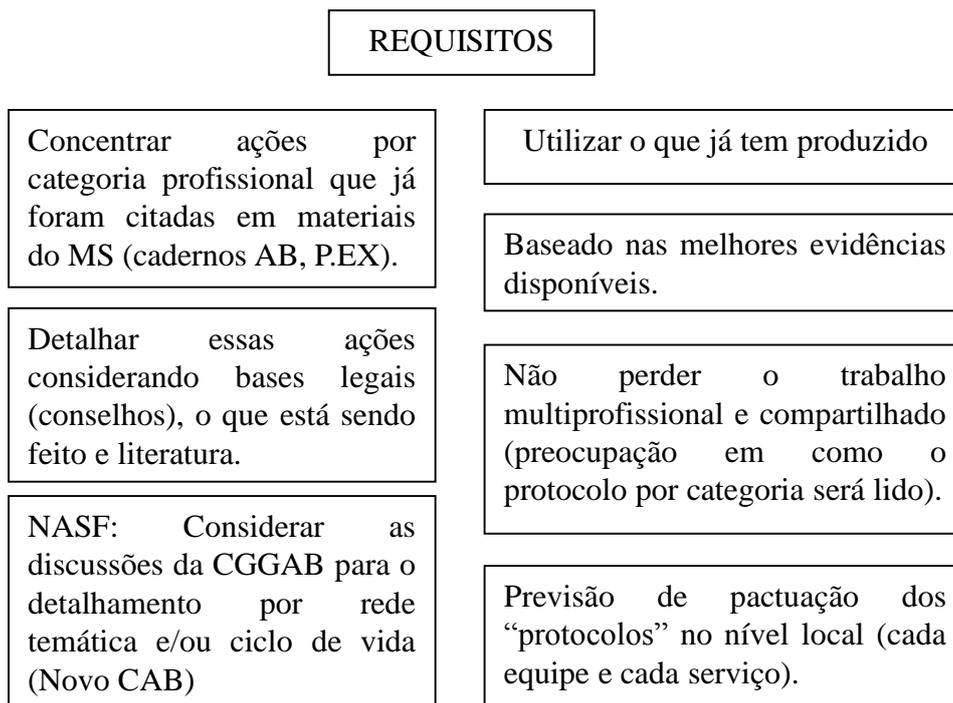
Figura 5 – Métodos dos Protocolos de Atenção Básica (grupo I)



Fonte: Arquivo do autor, 2014.

Na definição do Método para elaboração dos Protocolos, foram mencionados alguns aspectos como a necessidade de um cronograma para elaboração, implantação e avaliação dos materiais produzidos, a importância da construção ser contínua dentro de uma metodologia confiável e validada e que deveriam fornecer mais de uma evidência para cada “recomendação” e como já havia sido mencionado na construção dos Requisitos. Foi reiterada a ideia de dialogarem com materiais já existentes, inserindo evidências nas práticas apontadas pelos protocolos. Por último, foi exposta a necessidade de terem credibilidade – criando estratégias adequadas para isso – e que fossem definidas as tarefas de cada ator envolvido no processo de elaboração dos protocolos.

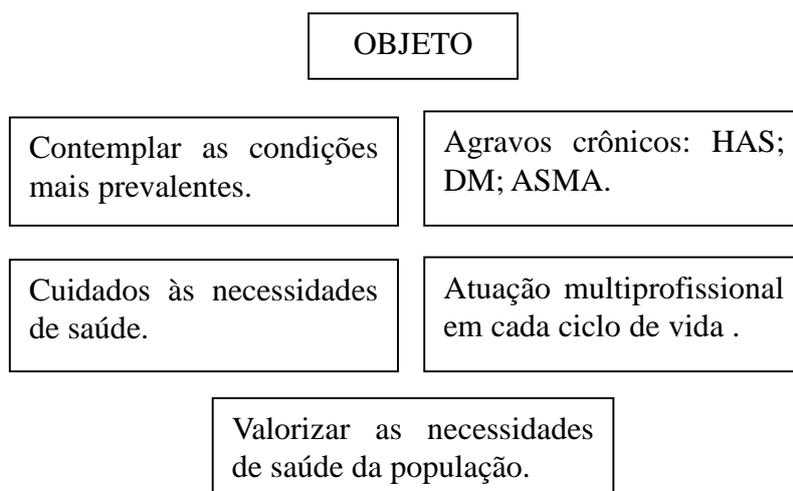
Figura 6 – Requisitos dos Protocolos de Atenção Básica (grupo II)



Fonte: Arquivo do autor, 2014.

Sobre os Requisitos que deveriam conter os protocolos, o grupo mencionou a importância da utilização de materiais já produzidos para sua elaboração, que estes não poderiam perder o foco do trabalho multiprofissional e dialogado. Também foi apontada a necessidade de pactuação dos “protocolos em nível local”; da necessidade destes serem baseados nas melhores evidências disponíveis e por fim, como já havia sido citado na descrição de “Finalidades e Objetivos”, foi destacada a relevância de concentrarem ações por categorias profissionais.

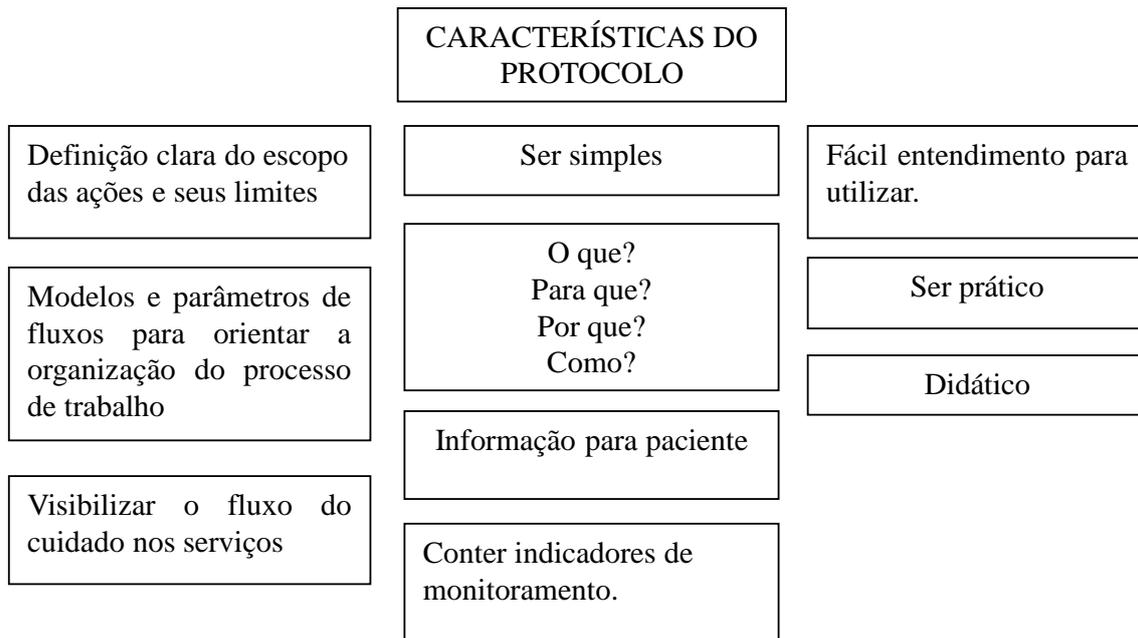
Figura 7 – Objeto dos Protocolos de Atenção Básica (grupo II)



Fonte: Arquivo do autor, 2014.

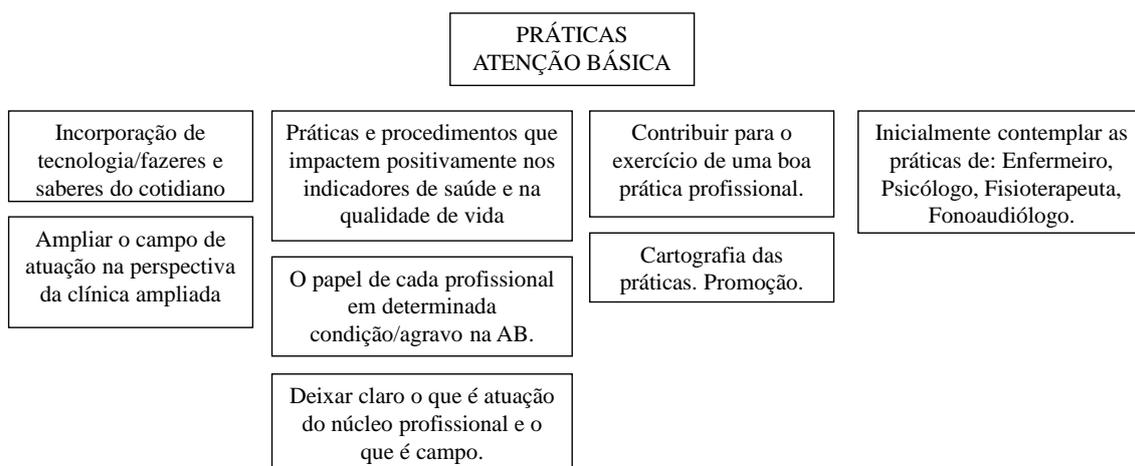
Conforme a figura mostra, o grupo apontou como objeto dos protocolos a abordagem das condições e agravos mais prevalentes, numa perspectiva multiprofissional de compreensão em cada ciclo de vida no cuidado as necessidades da população. Isso significaria não privilegiar os núcleos profissionais para reforçar as fronteiras entre disciplinas mas compreender as singularidades de cada prática. No material seria mantido, então, apenas o que pudesse apresentar um “risco jurídico” para execução, em relação à prática médica e todo o contexto em voga pós-Lei do Ato Médico.

Figura 8 – Características dos Protocolos de Atenção Básica (grupo II)



Fonte: Arquivo do autor, 2014.

Figura 9 – Práticas de Atenção Básica (grupo II)



Fonte: Arquivo do autor, 2014.

A discussão do grupo II sobre as práticas de Atenção Básica que deveriam estar contidas nos protocolos, girou em torno da incorporação de tecnologia, fazeres e saberes do cotidiano e o quanto que os protocolos da Atenção Básica seriam diferentes com relação aos PCDT, por não se preocuparem com a incorporação de novas tecnologias (pensando em tecnologias duras) ou prescrições de drogas de alto custo. O foco privilegiado seria o fortalecimento do campo de atuação da equipe interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva da clínica ampliada, além do foco em práticas e procedimentos que impactem positivamente nos indicadores de saúde e na qualidade de vida, em prol do exercício de uma boa prática profissional.

Ao término deste item, assim como apresentado nas construções do grupo I, foram elencadas as ações comuns e entre os profissionais contemplados nos Protocolos da AB e foi destacada a importância de deixar claro a relevância de cada profissional na produção do cuidado em saúde realizada no contexto da Atenção Básica.

Figura 10 – Diretrizes dos Protocolos (grupo II)



Fonte: Arquivo do autor, 2014.

Referente às Diretrizes dos Protocolos, o grupo II mencionou a importância destes serem o mais abrangente possível, atendendo os atributos da Atenção Primária em Saúde/Atenção Básica de acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado e orientação familiar e comunitária. Os protocolos deveriam estar inseridos no contexto de Redes de Atenção à Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica, contemplando o trabalho interdisciplinar, em equipe e intersetorial. Desta forma, permitiriam a articulação entre gestão e clínica.

No fechamento deste item foi destacada a relevância de realizarem intervenções que obedecessem aos princípios bioéticos, evitando causar danos aos usuários.

O objetivo destes blocos era construir um perfil comum do escopo de ações que deveriam estar contidas nos protocolos. Estes grupos eram formados por atores de formações mista e mesmo tendo estes dois grupos trabalhando em espaços distintos, foi possível perceber que as ideias apresentadas eram semelhantes. Embora fossem provenientes de realidades distintas e de trajetórias profissionais em diferentes lugares do país, os participantes conseguiram, então, desenhar um roteiro de ações.

Já no terceiro momento cada grupo apresentou suas elaborações e em seguida foi apresentado pelos Coordenadores do I-EP do HSL a proposta de criação de um fórum na plataforma virtual desta instituição. Os participantes da

[Digite texto]

oficina ficariam responsáveis pela discussão entre seus pares do mesmo núcleo profissional, no intuito de mapearem práticas de suas profissões que seriam importantes para serem abordadas nos protocolos. Por fim, ficou combinado que seria enviado por e-mail para cada participante da oficina, um tutorial para usar esta plataforma e seria confirmada a agenda da próxima oficina no dia 03 de fevereiro de 2014.

Esta primeira oficina foi importante para contextualizar o surgimento e importância dessa agenda política. Além de ter proporcionado o diálogo e reflexão entre os atores envolvidos, sobre o uso de protocolos na Atenção Básica. Serviu para definição do escopo que estes deveriam conter e apresentação da plataforma para interação que seria utilizada neste processo, assim como pactuação do próximo encontro.

4.1.2 Memória da 2ª Oficina de Protocolos da Atenção Básica

No dia 03 de fevereiro de 2014, no auditório do HSL em São Paulo, foi realizada a 2ª Oficina de Protocolos da Atenção Básica cujos objetivos eram sistematizar a produção do que foi construído nos fóruns da plataforma EAD e definir o primeiro conjunto de protocolos a serem construídos no 1º semestre do ano vigente. Esta segunda oficina contou com a participação dos mesmos atores da primeira oficina⁸:

Uma médica sanitária convidada pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês⁹ realizou a facilitação do encontro e enunciou a primeira consigna da oficina, que consistia na sistematização da produção nos fóruns da plataforma EaD do I-EP. Os fóruns serviram como espaço de compartilhamento das produções realizadas à distância e como um espaço de interação para estreitamento das relações entre os colaboradores.

⁸ Eram estes procedentes das seguintes instituições: NASF / Hospital Israelita Albert Einstein/SP; SMS-Curitiba/PR; SMS-Manaus/AM; UEL-PR; I-EP / Hospital Sírio-Libanês; SMS-São Mateus/ES; Fundação Cochrane; DAB-MS.

⁹ Esta médica mostrou-se fundamental na atuação como mediadora das oficinas, pois apresentava experiência na organização e elaboração de materiais similares aos protocolos da Atenção Básica, como a Linha de Cuidado da Gestante e Puérpera do município de São Paulo.

Imagem 1- Capa da entrada do fórum dos Protocolos de Atenção Básica

Minha Área > **Protocolos de Atenção Básica**

Protocolos de Atenção Básica

Turma: 2013
Data de Expiração: 12/12/2014

Agenda do Curso

julho de 2014						
D	S	T	Q	Q	S	S
29	30	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31	1	2
3	4	5	6	7	8	9

Nenhuma atividade agendada.

ATIVIDADES FICHÁRIO CHAT **FÓRUM** LISTA DE PRESENÇA

- Planejamento
- Puerperio
- Pre-Natal
- Climatério
- Alimentação
- CA Mama
- Gerai
- CA Colo de Útero
- Violência
- Queixas e Problemas Comuns

Institucional Inscreva-se Informe-se Instituto Sirio-Libanês de
 ATENDIMENTO ON-LINE - FALE AGORA COM UM DOS NOSSOS ATENDENTES x sino e Pesquisa

10:54
09/07/2014

Fonte: Plataforma do I-EP/HSL, 2014. Acesso em: <http://ensino.hospitalsiriolibanes.com.br/Login.aspx?redirect=>

Imagem 2- Tópicos de Discussão do Primeiro Protocolo de Atenção Básica

The screenshot shows a web browser window displaying a course page. The browser's address bar shows the URL: ensino1.hospitalsiriolibanes.com.br/Classroom/Classroom.aspx?ClassCourseId=1667. The page title is 'Protocolos de Atenção Básica'. Below the title, there is a logo and the text 'Turma: 2013' and 'Data de Expiração: 12/12/2014'. To the right, there is a calendar titled 'Agenda do Curso' for July 2014, showing dates from 29 to 9. Below the calendar, it says 'Nenhuma atividade agendada.'. In the center, there are tabs for 'ATIVIDADES', 'FICHÁRIO', 'CHAT', 'FÓRUM', and 'LISTA DE PRESENÇA'. Under 'ATIVIDADES', there is a dropdown menu for 'Grupo' set to 'Todos' and buttons for 'Online' and 'Presencial'. A single activity is listed: '1ª Oficina de Construção de Protocolos'. The footer contains navigation links for 'Institucional', 'Inscreva-se', and 'Informe-se', along with contact information for Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. The system tray at the bottom shows the time as 10:34 on 09/07/2014.

Fonte: Plataforma do I-EP/HSL, 2014. Acesso em: <http://ensino.hospitalsiriolibanes.com.br/Login.aspx?redirect=>

Ao comentarem suas percepções sobre o fórum em plenária, o grupo relatou as dificuldades de se realizar a interação virtual em um ambiente pouco intuitivo e de baixa funcionalidade. Após tomar nota dos comentários, Karina sugeriu que o grupo pudesse utilizar o laboratório de informática no fim da tarde para realização de tutorial com a equipe de apoio.

Durante as apresentações, um dos atores presentes questionou qual seria o foco dos trabalhos: a busca por evidências ou o mapeamento de ações. Deste comentário, se desdobrou um largo debate sobre qual seria o caminho a percorrer na construção de protocolos para a Atenção Básica. Considerando a inexistência de protocolo anterior, ou seja, a impossibilidade de se consultar antigos protocolos do Ministério da Saúde, um dos participantes comentou sobre a necessidade de se inverter a lógica de elaboração de protocolos, já que o *locus* ao qual o material se referiria era singular (a Atenção Básica) e

[Digite texto]

composto por práticas não necessariamente mencionadas ou avaliadas em literatura científica a ponto de gerar as tradicionais evidências e sustentar o material.

Neste momento, uma das participantes da equipe DAB esclareceu a diferença entre protocolos e PCDT, reforçando que o objetivo do DAB não seria o de construir um PCDT voltado para a AB, mas sim um protocolo que pudesse responder às necessidades dos profissionais que produzem o cuidado diante das condições/agravos mais frequentes.

A oficina foi planejada contendo momentos. No primeiro, os atores envolvidos no processo foram divididos em grupos para trabalhar algumas questões norteadoras. Já num segundo momento, foi realizada a pactuação da temática, metodologia e prazos entre o grupo para elaboração do primeiro protocolo.

No primeiro momento, os participantes foram, então, divididos por núcleo profissional e moveram-se para outras salas. Foi proposta a divisão do grande grupo em 5 (cinco) grupos, sendo um destes composto por médicos e enfermeiros e os outros 4 (quatro) entre os núcleos de Nutrição, Psicologia, Fonaudiologia e Fisioterapia. As questões norteadoras propostas pela mediadora do coletivo foram:

- 1) Qual a relação das ações/práticas elencadas pelo grupo com o processo de trabalho na Atenção Básica?
- 2) As ações/práticas pensadas são de abrangência nacional? Existem ações/práticas que devem ser singularizadas?
- 3) Como estas ações/práticas se articulam com o papel dos NASFs?
- 4) Quais as ações/práticas mais frequentes? Existe subsídio legal?

Os profissionais debruçaram-se no debate do escopo de conteúdo de suas respectivas categorias. Vale ressaltar que muitos participantes utilizaram documentos e protocolos municipais como norte de seus debates o que, em alguns momentos, limitava os diálogos e idéias em torno do conteúdo proposto e reduzia a capacidade criativa dos atores.

Alguns assuntos despontaram como foco comum das discussões, quais sejam: noção de apoio matricial e compreensões acerca dos termos inter, multi e transdisciplinaridade. Tais assuntos foram levados à plenária e serão abordados a seguir.

5. TEMAS EMERGENTES NAS OFICINAS

5.1 Sobre a noção de apoio matricial

Durante a apresentação das atividades dos grupos, cada núcleo se dedicou a comentar os documentos já postados no fórum. Uma das duplas, composta por fisioterapeutas, comentou rapidamente sobre as inclusões propostas no documento e encerrou a fala afirmando ser papel de sua categoria realizar intervenções individuais e apoio matricial.

A facilitadora pediu, então, que explicassem o que entendiam por apoio matricial, já que a expressão é polissêmica. Neste momento, uma delas respondeu que apoio matricial seria uma ação que oferece tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.

Neste momento da oficina surgiram alguns comentários, realizados pelos atores envolvidos na elaboração dos protocolos de entenderem o apoio matricial de diversas maneiras entre elas: como uma retaguarda especializada, ou como “supervisão” *in loco*, outras que seria uma ferramenta para o compartilhamento do cuidado e como promotor de reflexões e mudanças no cotidiano de trabalho.

Para auxiliar neste ponto trago a percepção de alguns autores sobre os conceitos operadores do termo apoio matricial.

Segundo Houaiss (2004) o termo matriz carrega vários sentidos; em sua origem significa o lugar onde se geram e se criam coisas; por outro, foi utilizado para indicar um conjunto de números que guardam relação entre si quer os analisemos na vertical, na horizontal ou em linhas Transversais.

Campos (2007) utiliza este nome *matricial* para indicar a relação horizontalizada entre os profissionais de referência e especialistas no sistema de saúde.

Já o termo *apoio* é definido como prática de ordenação da relação entre equipe de referência¹⁰ e especialistas (CAMPOS, 2007). O mesmo autor em seu trabalho sobre “Método Paidéia”, no ano de 2000, cria a figura do apoiador institucional o qual tanto na gestão do trabalho em equipe quanto na clínica

¹⁰ A equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário.

procura construir de maneira compartilhada e em constante diálogo, suas ações com outros atores envolvidos em seus projetos de intervenção.

Assim, é possível compreender que o sentido da noção de apoio matricial depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem o apoio (CAMPOS, 2007).

Em consonância com estas reflexões, para Onocko (2001), o apoio matricial é entendido como forma de contribuir com a clínica ampliada, pensando a doença como mais um dos fatores inseridos na vida do sujeito, devendo levar em conta o modo de saúde centrado no sujeito e não somente na doença. O sujeito é então considerado um ser singular inserido em um contexto, os quais ambos mudam-se com o tempo.

Segundo Figueiredo, o apoio matricial também pode ser considerado como vistas a romper com o sistema das guias de referência e contra-referência, os quais por vezes levam os usuários a ficarem perdidos nas redes, comumente pela desresponsabilização dos profissionais e esquecimento em relação ao objeto primordial de seu trabalho, que é a produção de saúde (FIGUEIREDO, 2005, p. 30).

Entendo que independente das distintas percepções que se possam surgir sobre apoio matricial ou o nome que venha ser dado a esta ferramenta de trabalho, é importante não perder de vista como esta opera na prática, possibilitando provocar a mudança de paradigma na postura dos sujeitos nos diferentes espaços que ocupam sejam nas esferas macro e micropolítica do cuidado.

Penso que este entendimento seja fundamental na implementação e utilização dos protocolos para que estes possam servir como dispositivo na reorganização do processo de trabalho em Redes de Atenção a Saúde (RAS), promovendo a interação e integração de serviços e ações em saúde de diferentes densidades tecnológicas, além de possibilitarem a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários às necessidades de maior relevância, assim qualificando e dando suporte às ações na Atenção Básica.

5.2 Sobre as compreensões possíveis dos termos inter, multi e transdisciplinaridade

Embora todos os núcleos tivessem tematizado a questão da disciplinaridade, a Psicologia enunciou a necessidade de se realizar um trabalho transdisciplinar como forma de contemplar os princípios e diretrizes da Atenção Básica. Logo, o participante psicólogo foi interpelado por outro participante, médico (componente do grupo de trabalho da Enfermagem) que refutou seu raciocínio, argumentando que “o transdisciplinar interfere nos papéis profissionais”. Isso significa que, para ele, a Atenção Básica deveria ser solo de diálogo entre as disciplinas sem o extrapolamento das fronteiras disciplinares, já que a manutenção destas fronteiras significaria a interação ordenada entre os profissionais da AB.

Diante do argumento do participante médico, o psicólogo recuou e, num gesto tímido, admitiu que poderia estar enganado quanto ao uso do termo “trans” e que, talvez, pudesse estar falando do mesmo que o médico, com palavras equivocadas. Afirmou que queria dizer que todos deveriam trabalhar juntos na AB a fim de produzir o cuidado em saúde.

Neste instante, a facilitadora interferiu e apresentou definições de inter, multi e transdisciplinaridade conforme um autor do campo da Educação, Japiassu¹⁰.

Segundo o autor mencionado, a interdisciplinaridade não se trata e um momento, mas se caracteriza pelas intensas trocas entre os especialistas na tentativa para aproximar, comparar, relacionar e integrar as áreas de conhecimentos (JAPIASSU, 1976).

O autor também afirma que a multidisciplinaridade se caracteriza por uma ação simultânea de várias disciplinas em torno de um mesmo tema. Essa atuação, no entanto, ainda é muito fragmentada, na medida em que os profissionais envolvidos no processo não estabeleçam de forma mais intensa a relação e cooperação entre as disciplinas (JAPIASSU 1976).

Por fim, a Japiassu (1976) define a transdisciplinaridade como sendo uma espécie integração de todas as disciplinas e interdisciplinas, de um determinado campo sobre a base de uma axiomática geral.

Acredito ser pertinente destacar sua definição de trabalho interdisciplinar como uma ação simultânea de várias disciplinas em torno de um mesmo tema

a qual, no meu entendimento, é composta pelo que Bourdieu (1983) chama de *corpus*. Este conceito designa as disciplinas enquanto fronteiras fechadas, delimitadas a fim de operar a segmentação do saber e da gestão de práticas por agrupamentos de especialistas.

Por meio da aproximação das ideias de ambos os autores, entendo, que a prática do uso dos protocolos não deve reforçar as fronteiras das disciplinas (embora isso não signifique que se fundirão) pois isso levaria à fragmentação do cuidado e não permitiria às equipes cumprirem seu papel de darem suporte às necessidades dos usuários da Atenção Básica.

Assim, estas ideias devem servir de norte na prática para o uso de protocolos, independente do nome que o trabalho ganhe - interdisciplinar ou multidisciplinar - como afirma a Nova Política de Atenção Básica (PNAB). Deve aproximar-se da definição de núcleo de Campos (2000) como uma aglutinação, uma determinada concentração de saberes e de práticas, sem, contudo, indicar um rompimento radical com a dinâmica do campo¹¹. Para que, ao contemplarmos as ações comuns e específicas de cada núcleo profissional na utilização dos protocolos, como destacado nas discussões e apresentações pelos 2 (dois) grupos na primeira oficina de elaboração dos protocolos, não corramos o risco destes acentuarem as disputas entre os núcleos profissionais e impedirem-nos de atuar na perspectiva da integralidade do cuidado e ordenação das redes.

Uma das participantes se manifestou em concordância com as definições apresentadas e logo o debate foi encerrado para ceder lugar para as próximas apresentações dos outros núcleos.

Já no segundo momento da oficina, após o mapeamento de práticas e discussões em torno dos papéis dos profissionais da AB, o grupo foi convocado a realizar as pactuações necessárias para a elaboração dos protocolos e encaminhamentos da oficina. Na ausência da mediadora, devido um imprevisto, uma das técnicas da equipe DAB conduziu o encerramento da oficina.

Por conta dos prazos e grupos reduzidos, a facilitadora sugeriu que iniciassem por um tema – mesmo que isso pudesse tornar o trabalho

¹⁰Campo seria um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000).

aparentemente pequeno – pois funcionaria como estratégia para otimizar o tempo e permitir o adensamento nas discussões. Como boa parte dos grupos afirmou atuar em diversas condições por ciclos de vida, a proposta seguiu na sugestão da condição de “Pré-Natal e Puerpério” como assunto do primeiro protocolo da AB a ser produzido pelo grupo de trabalho.

O protocolo seria, então, dividido em ações comuns, ou seja, realizadas por todos os profissionais na condição abordada, e ações específicas, que versariam sobre as atividades realizadas por cada núcleo profissional diante da condição “pré-natal”.

Diante do aparente consenso e concordância dos atores, foi seguida a pactuação dos compromissos de participação no fórum e produção escrita das minutas referentes aos conteúdos, sendo que o próximo encontro foi previsto para um intervalo de cerca de 40 dias¹².

Após esta segunda oficina foram pactuados outros 5 (cinco) encontros com forma de garantir a elaboração dos Protocolos da Atenção Básica- Saúde da Mulher.

¹²Minha participação neste processo deu-se por encerrado devido ao término da especialização em Saúde Coletiva e Educação em Saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou refletir acerca dos temas emergentes no processo de construção de protocolos multiprofissionais voltados para a Atenção Básica, a partir da conjuntura política instaurada pela “Lei do Ato Médico”.

Através da parceria com o Instituto de Ensino e Pesquisa (I-EP) do Hospital Sírio-Libanês, foi possível reunir diversos atores para compor e diversificar o processo de construção e as oficinas de protocolos da Atenção Básica. Os protocolos foram tomados como *tecnologias de gestão do cuidado*, por mim e pela equipe DAB, permitindo a todos os profissionais exercerem o atendimento nos serviços de saúde a tomarem decisões clínicas baseadas em conhecimentos e fontes que resguardem juridicamente suas práticas. Desta forma, estes protocolos promoveriam a qualificação do cuidado, amparando o exercício profissional dos trabalhadores que atuam no *locus* da Atenção Básica e fortalecendo as políticas e programas desenvolvidos no SUS, por estímulo ao trabalho interdisciplinar e multiprofissional previsto pela PNAB.

Para estes propósitos foi utilizada a metodologia qualitativa através do método de observação participante. As observações e registros em diário de campo como “técnico-pesquisador” possibilitaram, durante as participações em plenárias nas oficinas de construção de protocolos da Atenção Básica, que os atores envolvidos no processo refletissem sobre suas práticas profissionais e compusessem um “mapa” de ações dos profissionais na AB. Destas oficinas emergiram debates sobre as noções de apoio matricial e compreensões dos termos inter, multi e transdisciplinaridade, e foi possível perceber o quanto estas influenciavam no processo de construção dos protocolos, limitando ou ampliando as perspectivas acerca do que o material deveria conter e, num plano mais amplo, de quais seriam os efeitos dos protocolos nos territórios em que viriam a ser utilizados.

Foi possível perceber nestes momentos certa tensão que, como pano de fundo, tomava parte dos discursos dos atores, circunscrita no (des)equilíbrio entre os focos que o protocolo da AB deveria ter. Esta tensão girou em torno de duas dimensões: uma clínico-assistencial, referente à atuação clínica direta dos profissionais com os usuários; e a segunda técnico-pedagógica, referente à atuação de cunho educativo dos profissionais junto às equipes.

Reafirmo aqui, então, o uso de protocolos na Atenção Básica como uma importante *tecnologia de gestão do cuidado*, pois além de respaldarem, qualificarem e darem suporte as ações na Atenção Básica, auxiliam na interação e integração de serviços e ações em saúde de diferentes densidades tecnológicas, superando a intensa fragmentação das ações destes serviços. Isso proporcionaria a condução oportuna, ágil e singular do cuidado prestado aos usuários, em resposta às necessidades de maior relevância nas localidades da rede em que ficam instalados os pontos de atenção à saúde.

Desta forma, os protocolos promoveriam a qualificação da gestão do cuidado, amparando o exercício profissional dos trabalhadores que atuam na Atenção Básica e fortalecendo as políticas e programas desenvolvidos no SUS, por estímulo ao trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

É importante destacar que o uso dos protocolos depende da vontade política de adesão e implementação pelos gestores locais, além dos fluxos que estes podem pactuar a fim de reorganizar o processo de trabalho em Redes de Atenção a Saúde. O horizonte de possibilidade é que os protocolos induzam avanços gradativos em processos de educação permanente para os profissionais de saúde, assim como nas questões técnicas e jurídicas que permeiam a gestão do trabalho e a qualificação das competências destes profissionais.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENZTEN, N. *Wonca international dictionary for general/family practice*. *Wonca International Classification Committee*: Copenhagen, 147 p., 2003.

BOURDIEU, P. O campo científico. *In*: ORTIZ, R. (org.). **Pierre Bourdieu: sociologia**. São Paulo: Editora Ática, 1983.

BRASIL. **Projeto de Lei Nº 268/2002, de 12 de Julho de 2002 - Dispõem sobre o exercício da medicina**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198/2004, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 152/2006, de 19 de janeiro de 2006. Institui o fluxo para incorporação de tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica. Portaria MS/GM nº2. 488 de 21 de outubro de 2011**. Diário Oficial da União nº 204, seção 1, 24/10/2011.

BRASIL. **Lei Nº 12.842/2013, de 12 de Julho de 2013. Dispõem sobre mensagem de veto sobre o exercício da medicina**. Brasília, DF, 2013.

CAMPOS, G. W. S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**. *Ciênc. saúde coletiva*, 4 (2): 393-403, 1999.

_____. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. *Ciênc. saúde coletiva*, 5 (2): 393-403, 2000. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, 5 (2): 219-230, 2000.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

FIGUEIREDO, M. D. **Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS-Campinas (SP)**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2005.

HOUAISS A, VILLAR M. S., FRANCO M. M. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2004.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e a Patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. **A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde**. *Rev Esc Enf USP*, 35 (2): 115-121, 2001.

JAMOULLE, M.; GOMES, L.F. Prevenção Quaternária e limites em medicina. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2014;9(31):186-91. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)867](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)867)

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 406 p., 2007.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. **Brasília**: Organização Pan-Americana da Saúde, 512 p., 2012.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>. Acesso em julho/2013.

[Digite texto]

ONOCKO CAMPOS, R. T. **Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 25 (58): 98-111, 2001.

PRADO, M. L.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; REIBNITZ, K. S. **Curso de Especialização de Linhas de Cuidado em Enfermagem: Processo educativo em saúde.** 1ª ed. Santa Catarina: Universidade Estadual de Santa Catarina, 50 p. 2012.

SACKETT D. L., STRAUS S. E., RICHARDSON W. R., ROSENBERG W., HAYNES R. B. **Medicina baseada em evidências: prática e ensino.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

VENTURA M., SIMAS L., PEPE V. L. E., SCHRAMM F. R. **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde.** *Physis*, 20 (1):77-100, 2010.