



**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 – Especialização em Serviço**

Cláudio Henrique Guimarães de Menezes

**O Processo de Construção de Protocolos de Enfermagem no âmbito do**  
**Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde**

**BRASÍLIA**

**2014**

Cláudio Henrique Guimarães de Menezes

**O Processo de Construção de Protocolos de Enfermagem no âmbito do  
Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde**

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**

Cláudio Henrique Guimarães de Menezes

**O Processo de Construção de Protocolos de Enfermagem no âmbito do  
Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde**

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. Carolina Pereira Lobato  
Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

**BRASÍLIA**  
**2014**

Dedico esse trabalho a todos aqueles que sempre estiveram na torcida do meu sucesso acadêmico e profissional!

## **AGRADECIMENTOS**

À querida Mestre Margareth por sua potente orientação, dedicação e oportunidade de aprendizado.

Ao Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde pela oportunidade conferida a mim e a todos os meus colegas de turma por essa formação, em especial ao grande Gestor Hêider Aurélio Pinto.

Ao Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde, Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo excelente processo de formação, em especial ao grande Professor Ricardo Ceccim.

Aos meus colegas de turma obrigado pelo excelente espaço construído de trocas de experiências durante todo o período dessa especialização.

## **RESUMO**

O presente trabalho se propõe a contribuir para o fomento do conhecimento sobre o processo histórico da construção de Protocolos de Enfermagem, no âmbito do Governo Federal brasileiro. Fazendo uso de minhas memórias do processo de formulação e dos espaços em que o mesmo foi discutido, abordei os acontecimentos que permearam essa constituição. Por tratar-se de terreno recente de trabalho e pesquisa, dispõe-se ainda a configurar-se enquanto registro histórico de experiências individuais e de reflexão crítica. A partir das análises e reflexões promovidas durante o trabalho foi possível acompanhar como o processo de construção e de suas fundamentações se instituíram.

Palavra-chave: Protocolos de Enfermagem, Atenção Básica; Saúde Coletiva.

## **ABSTRACT**

The purpose of this research is to contribute for promotion of the knowledgement about the historic process on nursery protocols, in the Federal Government of Brazil. Having my memories at hand on the formulation process and its debated spots, will be approached the events that have permeated this constitution. Because it sits on recent grounds of work and research, will yet configure itself as a historic record of individuals experiences and critic reflection. From the analysis and reflections promoted during this research, it was possible to keep up with the establishment of the building process and its fundamentals.

**Keywords:** Nursery Protocols; Basic Care; Public Health.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Classificação de satisfatoriedade da coleta de colpocitologia oncótica no Estado do Paraná conforme tipo de profissional coletor.....	23
Tabela 2 - Número de amostras satisfatórias e proporção de exames insatisfatórios segundo categoria funcional da rede municipal de Saúde de Curitiba, entre dezembro de 2010 a maio de 2011.....	24
Tabela 3 – Matriz de análise relativa ao estudo dos protocolos municipais utilizado pelo novo GT.....	30

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica  
ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
APS – Atenção Primária à Saúde  
CAB – Cadernos de Atenção Básica  
CBEn – Congresso Brasileiro de Enfermagem  
CBMFC – Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade  
CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
CGGAB – Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica  
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
COREN – Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem  
DAB – Departamento de Atenção Básica  
DAE – Departamento de Atenção Especializada  
DAPES – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas  
DRAC – Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas  
EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
FNE – Federação Nacional dos Enfermeiros  
GT – Grupo de Trabalho  
INCA – Instituto Nacional de Câncer  
JMPHC – Journal of Management and Primary Health Care  
MS – Ministério da Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
RSB – Reforma Sanitária Brasileira  
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem  
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde  
SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>ITINERÁRIOS DE TRABALHO PELA ATENÇÃO BÁSICA: INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
2.1	Objetivo Geral.....	14
2.2	Objetivos Específicos .....	14
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA E DOCUMENTAL DO TEMA DE PESQUISA .....</b>	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO POLÍTICA DO TEMA DE PESQUISA.....</b>	<b>21</b>
<b>6</b>	<b>OS DEBATES NO NOVO GRUPO DE TRABALHO E OS EMBATES NA CATEGORIA: PROTOCOLOS PARA ENFERMEIROS OU PARA A ENFERMAGEM? .....</b>	<b>28</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>33</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>36</b>
	<b>ANEXO A – Atribuições das Entidades Profissionais de Enfermagem.....</b>	<b>38</b>
	<b>ANEXO B – Portaria SAS/MS Nº 732, de 28 de outubro de 2011 .....</b>	<b>43</b>
	<b>ANEXO C – Reportagem sobre a Crise na Presidência do COFEN .....</b>	<b>45</b>
	<b>ANEXO D – Guia da 1ª Oficina: A Qualificação da Prática do Enfermeiro na Atenção Básica: Experiências Municipais com Protocolos Assistenciais e outras Tecnologias de Gestão do Cuidado .....</b>	<b>48</b>

## 1 ITINERÁRIOS DE TRABALHO PELA ATENÇÃO BÁSICA: INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão nasceu a partir da constatação da necessidade de responder muitas perguntas que se dão no âmbito do Governo Estadual, Municipal e/ou Distrital quando profissionais da Enfermagem questionam a legitimidade de normas instituídas advindas do Governo Federal. Muitas são as indagações desses profissionais ao se deparar com portarias e instruções normativas. Durante muito tempo essas indagações também foram minhas.

Trabalhei no Departamento de Atenção Básica (DAB), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) por exatos 06 (seis) anos, 09 (nove) meses e 20 (vinte) dias, onde assumi funções administrativas, acessando pela primeira vez o universo das atividades ali produzidas e assuntos relacionados à Atenção Básica (AB) e ao Sistema Único de Saúde (SUS). Levado pelo envolvimento no trabalho e por influência de alguns amigos e colegas de trabalho decidi formar-me em Enfermagem, motivado pela grande tarefa da arte do cuidar, e não só por isso, mas também pela vontade de poder contribuir mais para a Atenção Básica à Saúde e para o campo da Saúde Coletiva.

Nos debates aquecidos que travei muitas vezes sobre AB, uma pergunta sempre me inquietou: os profissionais da Enfermagem estariam preparados para trabalhar na Atenção Básica à Saúde, no SUS? Pelas práticas atentamente observadas no meu cotidiano, a resposta era não! Instigado por essas percepções fui motivado a abordar esse tema em meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)<sup>1</sup> e mais um vez eu me deparava com a necessidade de estudar melhor sobre o tema e de contribuir na construção de ferramentas que pudessem modificar de alguma forma essa realidade. Deparei-me várias vezes com a falta de instrumentos que fornecessem uma diretiva mais específica sobre a prática profissional de alguns procedimentos. Nas disciplinas que formavam para o campo de atuação da Atenção Básica à Saúde isso era bem mais crítico, não havia orientação clara, precisa e objetiva para a execução, com qualidade, de certas práticas. Quando perguntava ao professor em sala de aula, ou ao preceptor em campo de prática, se não existia uma padronização técnica de alguns procedimentos, sempre indicavam os Cadernos de Atenção Básica (CAB) como sendo esse respaldo para a prática de atuação da enfermagem. Mas teriam os CAB esse valor? Dariam os CAB o respaldo que tanto se precisava?

Aproveitando a realização de alguns congressos, o DAB participou de atividades com o intuito de discutir as experiências dos protocolos de enfermagem, no âmbito estadual e municipal, para enriquecer ainda mais a ideia de criação de protocolos nacionais para

---

<sup>1</sup> O referido trabalho foi intitulado como “*A formação de profissionais de enfermagem para atenção básica à saúde*”, publicado no Journal of Management and Primary Health Care (JMPHC) – (volume 5 / nº 1 / ano 2014).

enfermagem<sup>2</sup>. Nestes eventos, foram explicitados como desafios para repensar o processo de trabalho em equipe na Atenção Básica a partir de produções como os protocolos, alguns fatores como: a indefinição/sobreposição de papéis nas equipes, a fragilidade das instituições e gestores de saúde na produção e validação de protocolos; a sobrecarga do enfermeiro no desempenho de atividades gerenciais; as lacunas de formação e educação permanente.

Retornava ao DAB e questionava os técnicos que atuavam na Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB/DAB/SAS/MS) se realmente tinha fundamento a informação e a resposta recebida que não era clara: alguns lugares tinham os CAB como diretrizes para orientação da prática dos profissionais, mas em outros lugares esse instrumento era questionado pelos conselhos profissionais, quanto ao seu efetivo respaldo jurídico. Ou seja, não estava claro para os profissionais de enfermagem da Atenção Básica à Saúde e para as entidades profissionais se os materiais já existentes poderiam respaldar a prática destes trabalhadores ou não.

A partir destas questões e de minha trajetória de trabalho, nutri a ideia da pesquisa ora apresentada. Visando introduzir essa discussão no curso de Especialização e registrar como é o cotidiano de trabalho no DAB, proponho aqui descrever o processo histórico de formulação de Protocolos de Enfermagem para Atenção Básica à Saúde no âmbito do Governo Federal, a partir da narrativa de meus itinerários dentro do Departamento, considerando que fui o representante do Gabinete neste processo durante o período compreendido entre março e agosto do ano de 2013.

---

<sup>2</sup> Destaco aqui os seguintes eventos: 12º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade (CBMFC) 2013 / I Encontro Nacional de Enfermagem em Atenção Primária à Saúde (APS), em especial a mesa redonda: Formação da Enfermagem para a Atenção Básica – Avanços e Desafios (com Carlos Leonardo Figueiredo Cunha e Ricardo Burg Ceccim) e 65º Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn) 2013, em especial o painel temático: Formação de Enfermeiros para a Atenção Básica (com Margareth Cristina de Almeida Gomes e Nancy Loiola Batista).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Apresentar o processo de formulação de Protocolos de Enfermagem para Atenção Básica, no âmbito do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever as etapas de formulação dos Protocolos de Enfermagem no âmbito do Departamento de Atenção Básica;
- Apresentar os objetivos da proposição de Protocolos de Enfermagem voltados para a Atenção Básica à Saúde pelo Departamento de Atenção Básica.

### 3 METODOLOGIA

A pesquisa consiste em um estudo de abordagem qualitativa, baseado em análise documental, no entendimento de que a abordagem qualitativa permite tecer olhar acerca de um nível de realidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 1994). Foram analisados documentos relativos ao processo de construção de Protocolos de Enfermagem voltados para a Atenção Básica, processo este que se desenrolou no contexto do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, envolvendo atores diversos provenientes de instituições de ensino, pesquisa e serviço do país.

A pesquisa documental (GIL, 2010) assemelha-se com a pesquisa bibliográfica, diferenciando basicamente quanto à natureza das fontes. Um documento pode ser qualquer objeto capaz de comprovar algum fato ou acontecimento. Os mais utilizados são documentos institucionais, de órgãos públicos ou de outras instituições, documentos pessoais, material elaborado para fins de divulgação, documentos iconográficos e registros estatísticos. Aqui considero como documentos os dados provenientes da relatoria das reuniões de construção dos Protocolos de Enfermagem e registros de observação participante.

Foram conduzidas as seguintes etapas propostas para o método: formulação do problema, identificação e localização das fontes, obtenção do material, análise e interpretação dos dados e redação do trabalho de conclusão de curso.

A pergunta norteadora dessa pesquisa foi: qual foi o processo que se deu no Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde para construção de Protocolos de Enfermagem para a Atenção Básica brasileira?

O objeto deste estudo foram as ações conduzidas pelo DAB para a formulação de protocolos de enfermagem para os Estados, Municípios e Distrito Federal.

A fonte primária de materiais para análise foram todos os relatos existentes das atividades em torno desse assunto: reuniões, oficinas de trabalho e relato de gestores federais. A pesquisa foi realizada no período compreendido entre março e agosto do ano de 2013.

O presente estudo caracteriza-se como pesquisa qualitativa do tipo observação participante. Para a literatura internacional, este cunho de pesquisa 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 (IERVOLINO, 2001).

Inspirado na reflexão de Cunha (1997), aposto na memória como um componente que “filtra” fatos, ajudando a resgatar e selecionar o que é importante (e deve ser colocado numa

pesquisa ou em um trabalho, por exemplo) e a apagar o que é irrelevante. A memória não funciona como produção de histórias mas como registros de história<sup>3</sup>.

De acordo com a autora (Idem, *Ibidem*, 1997), a produção da memória pedagógica e da história de vida pode funcionar como uma potente ferramenta para a formação e os processos de ensino-aprendizagem:

*Esta proposta [do uso didático da memória pedagógica e/ou história de vida] tem sido a principal alternativa metodológica para a concretização dos pressupostos teóricos de um processo ensino-aprendizagem que tenha o sujeito e a cultura como ponto básico de referência. Diferentemente das situações de pesquisa, não é tanto o produto das narrativas o que mais interessa nesta circunstância, mas o processo de produção pelo qual vive o sujeito. Nelas vale explorar, como sugestão de categorias, aquelas que a sociologia e a psicologia já nos ajudaram a construir: de quem é a voz que fala, de onde se dá esta fala, em que circunstâncias ela é produzida, quais e porque são as suas revelações, quais e por que são as suas ocultações etc. (CUNHA, 1997, p. 6, grifos meus).*

No intuito de marcar minha voz, enquanto autor deste trabalho, e meu engajamento enquanto trabalhador do Ministério da Saúde investi na produção de minhas narrativas profissionais como estratégia para valorizar meu processo de ensino-aprendizagem, tornando-o mais significativo para mim.

Desta maneira, utilizei das minhas memórias como forma de contar com propriedade o que vi e vivenciei durante a construção da ferramenta que se borda nesse trabalho de conclusão de curso, minhas e somente minhas narrativas de trajetória profissional.

---

<sup>3</sup> Aqui refiro-me ao conto de Monteiro Lobato que Cunha (1997) apresenta como forma de distinguir o teor de “invenção”, próprio das histórias, ou de “registros”, próprios da história.

#### 4 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA E DOCUMENTAL DO TEMA DE PESQUISA

A Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) é entendida como uma “rede”, formada por sistemas integrados de serviços de saúde. Muito se critica o modelo piramidal/hierarquizado de atenção em saúde<sup>4</sup>, e entende-se que o ideal é ter uma rede horizontal de serviços e ações de saúde, a fim de permitir o acesso livre e universal para todos os cidadãos. A Atenção Primária à Saúde tem um papel de centro de comunicação da rede horizontal (MENDES, 2002), tendo por base três funções ou essências: 1) Ser Resolutiva: resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população adscrita; 2) Ser Organizadora: organizar os fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção a saúde; e 3) Corresponsabilizar-se pela saúde dos cidadãos, em qualquer ponto de atenção à saúde que estes estejam (MENDES, 2002).

Muito se discute sobre a terminologia correta ou preferencial para nomear o “primeiro” nível de atenção à saúde. “Atenção Básica”, “Atenção Primária” e “Atenção Primária à Saúde” podem ser utilizadas como sinônimos, na maioria das vezes, sem que isto se torne um problema conceitual ou político. Nessa pesquisa adotaremos a partir de agora somente a terminologia Atenção Básica (BRASIL, 2011) já que, para nós, esta permite inflexões teóricas mais correspondentes ao contexto brasileiro.

Na década de 1990, foi implantado em alguns municípios do país o Programa Saúde da Família, com a proposta de reestruturar o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, organizando a Atenção Básica e substituindo os modelos tradicionais existentes de atenção à saúde. Atualmente, constitui-se como uma estratégia nacional, de política de Estado e um dos pilares do SUS (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde do Brasil, em outubro de 2011, publicou a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), por meio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabelece a atual Política Nacional de Atenção Básica dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia

---

<sup>4</sup> Segundo Teixeira e Solla (2006), a reflexão sobre o que denominamos Modelo de Atenção à Saúde remete aos tempos da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), pautada nos alicerces político-ideológicos da Medicina Preventiva (AROUCA, 1975) e da Medicina Comunitária (DONNANGELO, 1976).

das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

Entende-se por Atenção Básica as práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios definidos, pelas quais assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade e a pluralidade existente no território em que vivem essas populações. Utilizam tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida (BRASIL, 2011).

Compondo a equipe mínima da Saúde da Família (juntamente com o Médico, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde), o Enfermeiro desenvolve atividades clínico-assistenciais e gerenciais, conforme suas atribuições (BRASIL, 2011) e a regulamentação do trabalho em enfermagem, estabelecida pela Lei nº 7.498/86 e pelo Decreto 94.406/87<sup>5</sup>, além das Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 159/93 e COFEN 358/2009<sup>6</sup>.

São atribuições específicas do Enfermeiro, membro de uma equipe de Atenção Básica:

*“I - realizar atenção a saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;*

*II - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;*

*III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;*

*IV - planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;*

---

<sup>5</sup> Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem.

<sup>6</sup> Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

*V - contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e*  
*VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS).”<sup>2</sup>*

São atribuições específicas do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem, membro de uma equipe de Atenção Básica:

*“I - Participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);*  
*II - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;*  
*III - Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe;*  
*IV - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e*  
*V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.”*

Diante de tantas atribuições que ora cruzam, ora distanciam, o trabalho da equipe de enfermagem na Atenção Básica, se interpõe o desafio de pensar em uma Saúde Coletiva que possa produzir um cuidado ético e uma atenção integral à saúde dos sujeitos, driblando a fragmentação das ações que tais normativas eventualmente inspiram nos trabalhadores.

Priorizando a dimensão micropolítica, acredito no campo da Saúde Coletiva como espaço de encontro entre sujeitos, no qual os trabalhadores tecem arranjos entre diversos saberes agregados pela noção de *cuidado*. O *cuidado* corresponderia a uma série de princípios teóricos e práticos que se julgam relevantes para enfrentar os desafios conceituais e práticos para a humanização das práticas de saúde (AYRES, 2004).

Para produção do trabalho vivo em ato, aquele em que o ato da produção e do consumo de um produto (no caso, a saúde) ocorre ao mesmo tempo, os trabalhadores se utilizam de diferentes tecnologias de produção do cuidado em saúde (MERHY, 1997). Dentre estas tecnologias, podemos citar o uso de protocolos como tecnologias leve-duras, que promovem disputa contínua pelos sentidos do cuidado entre trabalhadores e trabalhador e usuário. Tais disputas se devem à variabilidade de saberes que compõem o campo da Saúde Coletiva (CAMPOS, 2000).

Diante deste contexto, a direção do DAB/SAS/MS estabeleceu como ação a realização de Protocolos de Enfermagem. Para tal, foram instituídos vários espaços de discussão onde o objetivo foi proporcionar o compartilhamento de saberes e práticas que permeiam o trabalho em saúde, a partir da apresentação de experiências de profissionais e gestores no uso de tecnologias voltadas para a produção do cuidado, buscando a valorização das ações do enfermeiro e das equipes na esfera singular da Atenção Básica à Saúde.

## 5 CONTEXTUALIZAÇÃO POLÍTICA DO TEMA DE PESQUISA

Antes de apresentar como se deu a criação de espaços de discussão dos limites e possibilidades das práticas dos profissionais de enfermagem dentro do DAB, se faz importante esclarecer que espaços para discussão e pactuação de temas relacionados às atribuições e metas das ações dos profissionais de enfermagem já instituídos existem. Desde a década de 70, estes espaços consistem nos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem (COFEN/COREN), que são “órgãos disciplinadores do exercício profissional de enfermeiros e das demais profissões compreendidas nos serviços de enfermagem” (BRASIL, 1973)<sup>7</sup>.

Outras entidades também se debruçam no debate das práticas dos profissionais de enfermagem, a saber: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE)<sup>8</sup>. Tanto os conselhos quanto as demais entidades possuem atribuições distintas<sup>9</sup>.

O marco político que disparou as necessidades de se estabelecer Protocolos de Enfermagem advém da Resolução COFEN<sup>10</sup> 381/2011, que normatiza a execução, pelo enfermeiro, da coleta de Papanicolaou. Tal resolução deste órgão restringiu a coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolaou aos enfermeiros, excluindo assim essa prática pelos técnicos e auxiliares de Enfermagem.

Diversos estados da federação procuraram o DAB para obter respostas acerca da validade desta resolução, já que obtinham resultados positivos das coletas realizadas pela categoria de técnicos e auxiliares. Um dos estados no qual esta resolução mais impactou foi o Paraná, onde essa prática profissional se estendia a todos os profissionais de Enfermagem. Em levantamento realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS de Curitiba/PR), foram obtidos os seguintes resultados:

---

<sup>7</sup> Para mais detalhes sobre as funções dos conselhos, consultar a Lei n.º 5.905 de 1973 que dispõe sobre a criação do conselho federal e regionais em: [http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973\\_4162.html](http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973_4162.html).

<sup>8</sup> A fim de conhecer melhor tais entidades, acesse: <http://www.abennacional.org.br/home/> e <http://www.portalfne.com.br/>.

<sup>9</sup> Vide Anexo A.

<sup>10</sup> Do meu ponto de vista, as resoluções do COFEN se ocupam demasiadamente com o rigor punitivo e não propositivo de ferramentas para subsidiar o trabalho dessa classe profissional, por deixarem uma dubiedade nas suas colocações e margem para discussão do assunto no âmbito local. Menciono como exemplo a resolução que trata da coleta do citopatológico, abordada no texto.

Tabela 1 – Classificação de satisfatoriedade da coleta de colpocitologia oncológica no Estado do Paraná conforme tipo de profissional coletor:

CLASSIFICAÇÃO	PROFISSIONAL
1	Auxiliares de Enfermagem
2	Enfermeiros(as)
3	Médicos(as)

Fonte: Material cedido pela SMS de Curitiba/PR, 2012.

O DAB/SAS/MS chegou a ser procurado pela Gestora Municipal da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba / PR (SMS de Curitiba/PR) por conta da proibição por parte do COREN/PR e logo em seguida devido a Resolução COFEN 381/2011. Tal resolução do COFEN enuncia:

*“Art. 1º No âmbito da equipe de Enfermagem, a coleta de material para colpocitologia oncológica pelo método de Papanicolau é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão.” [grifo meu]*

Ao ser acionada pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde solicitou por meio de Ofício nº 1276-GS/SAS, de 23 de agosto de 2011, a suspensão temporal dos efeitos da Resolução COFEN nº 381/2011. Esta “altera o termo inicial de vigência da Resolução Cofen nº 381/2011”, estabelecendo:

*“Art. 1º Alterar o termo inicial de vigência da Resolução Cofen nº 381, de 18 de julho de 2011, para 12 meses após a data de publicação desta Resolução.”*

Na ocasião, a SMS de Curitiba/PR realizou estudos para avaliar a adequabilidade das mostras de exames citopatológicos do colo uterino em Curitiba realizadas pelo Centro de Epidemiologia da SMS de Curitiba / PR, apresentando como resultado:

*“Período: dezembro de 2010 a maio de 2011*

*Foram analisados 209 laudos de exames insatisfatórios (relatório do SISCOLO/Curitiba) de um total de 64.777 (0,32%). Neste período 82 amostras insatisfatórias foram coletadas pelos hospitais credenciados e 3 exames insatisfatórios não foram localizados no Prontuário eletrônico, provavelmente por erro de digitação do nome da mulher no SISCOLO.*

*A distribuição das 124 amostras insatisfatórias da rede municipal e a proporção de exames insatisfatórios em relação ao total de exames coletados segundo categoria funcional é apresentada a seguir. Observa-se que os auxiliares de enfermagem foram responsáveis por praticamente 50% de todas as coletas e que a proporção de amostras insatisfatórias é bem reduzida nesta categoria (0,15%) bem abaixo da meta preconizada pelo INCA de 1%.*

O resultado da pesquisa paranaense também pode ser compreendido a partir dos dados constantes na tabela abaixo:

Tabela 2 – Número de amostras satisfatórias e proporção de exames insatisfatórios segundo categoria funcional da rede municipal de Saúde de Curitiba, entre dezembro de 2010 a maio de 2011

<b>Categoria funcional</b>	<b>Nº coletas</b>	<b>% de coletas por categoria</b>	<b>Nº exames insatisfatórios</b>	<b>% exames insatisfatórios</b>
Médico	21.893	33,72	54	0,25
Enfermeiro	10.680	16,45	21	0,20
Auxiliar de enfermagem	32.355	49,83	49	0,15
<b>TOTAL</b>	<b>64.928</b>	<b>100,00</b>	<b>124</b>	<b>0,19</b>

Fonte: SISCOLO e prontuário eletrônico da SMS/Curitiba, 2011.

Diante dos resultados discrepantes e positivos para a Enfermagem, a SAS se comprometeu no ofício previamente citado a criar um Grupo de Trabalho, com representação dos entes federados em conjunto com as entidades profissionais representantes da Enfermagem, para desenvolvimento das seguintes ações:

- “i. Estudo de delineamento para avaliação da adequabilidade das amostras de exame citopatológico do colo uterino nos diferentes tipos de serviços de saúde, visando estabelecer grupos prioritários para coleta de colpocitologia oncótica pelo enfermeiro;*
- ii. Elaboração de normas e padrões de qualidade para atendimento e monitoramento da coleta de colpocitologia oncótica a ser realizado pela enfermagem no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica;*

*iii. Desenvolvimento de parâmetro de qualidade para monitoramento nos Sistemas de Informação (SISCOLO), categorizando cada profissional que realiza o procedimento; e*

*iv. Definição de diretrizes para ações de formação, qualificação e educação permanente para a enfermagem no que se refere à coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método Papanicolau.”*

Face ao acima exposto o Ministério da Saúde fundou e organizou o Grupo de Trabalho (GT), com a finalidade de pactuar normas, parâmetros, diretrizes técnicas e clínicas, à luz da Política Nacional de Implantação das Redes de Atenção à Saúde e da PNAB, chamado de GT das Entidades de Enfermagem<sup>11</sup>. Neste, ocupei o papel de secretário executivo.

Integravam o referido GT:

I - Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS:

a) Departamento de Atenção Especializada (DAE/SAS/MS);

b) Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS);

c) Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); e

d) Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/ SAS/MS).

II - Conselho Federal de Enfermagem (COFEN);

III - Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN);

IV - Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE);

V- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e

VI - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)

Um dos produtos do GT das entidades de Enfermagem foi a necessidade de realização de estudos para verificar a efetividade da coleta de Papanicolaou em âmbito nacional. A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) foi acionada pelo Ministério da Saúde para realizar estudos sobre o tema e chegou a apresentar o esboço do estudo, denominado “Pesquisas sobre integralidade da Rede Governo Colaborativo em Saúde e interfaces com o Grupo de Trabalho das Entidades de Enfermagem do Ministério da Saúde – Projeto: Saúde da Mulher e Cuidados na Atenção à Saúde (Citopatologia Oncótica)” que, por falta de recursos, não foi concretizado. Pesaram também diversas crises políticas envolvendo a presidência do COFEN<sup>12</sup>, o que comprometeu o avanço das discussões, e a efetividade do GT foi abatida.

<sup>11</sup> Vide portaria de criação em Anexo B.

<sup>12</sup> Vide reportagem sobre Crise da Presidência do COFEN em Anexo C.

Tomando por base esse levantamento e demais questões suscitadas pelos estados e municípios no DAB, o Ministério da Saúde entrou com uma ação suspensiva à Resolução COFEN nº 381/2011, tornando-a sem efeito. Era preciso levar tal tema para o centro dos debates políticos, para que assim fosse possível pensar medidas que pudessem esclarecer os profissionais sobre os limites normativos de suas práticas e a importância de se sentirem respaldados para executar certos procedimentos que qualificam o cuidado em saúde.

Para tornar ainda mais complexo este contexto, surgiu a Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013<sup>13</sup>, com o objetivo estabelecer o exercício da Medicina, chamada “Lei do Ato Médico”.

Essa lei veio para ampliar ainda mais a necessidade de formação de um novo GT para elaborar, de forma qualificada e respaldada, justificativas<sup>14</sup> que pudessem servir de bons argumentos para os vetos a “Lei do Ato Médico”. Mais uma vez a gestão federal se vê chamada a responsabilidade de se estabelecer protocolos que pudessem resguardar a prática de profissionais para Atenção Básica à Saúde.

Para o diretor do DAB/SAS/MS, Hêider Pinto, cada vez ficava mais clara a necessidade de se instituir os Protocolos de Enfermagem, que pudessem enfrentar todo este contexto que se apresentava como séria ameaça de enfraquecimento da Atenção Básica no país. Com a chegada da discussão dos vetos da “Lei do Ato Médico”, a forma de como os protocolos iriam se constituir e de como eles seriam recebidos e instituídos nos mais diversos territórios brasileiros sempre foi abordada claramente em todas as reuniões que ele chamou para trazer as diretrizes e rumos que o GT deveria tomar.

Várias foram as falas do diretor onde o mesmo deixa clara a forma que os protocolos foram pensados, em sua concepção, e de como seria sua chegada ao território. Deixa claro também a não-obrigatoriedade do uso dos protocolos e a necessidade de adesão por parte dos gestores locais para efetiva adequação dos materiais às realidades loco-regionais.

Diante de tal conjuntura política, de lutas corporativas e comprometimento de processos democráticos, a direção do DAB compreendeu o valor do próprio departamento funcionar como o centro do debate e então constituiu um novo GT<sup>15</sup> para estudar as experiências de nível municipal e estadual acerca deste tema, além de elucidar quais eram os materiais produzidos em âmbito federal e que eram sempre tomados como protocolos. O mesmo foi coordenado pela Coordenação-Geral de Áreas Técnicas (CGAT), para que pudesse

---

<sup>13</sup> Vide lei na íntegra em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm).

<sup>14</sup> Razões do veto a lei em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/Msg/VEP-287.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Msg/VEP-287.htm).

<sup>15</sup> O que chamo aqui de “novo grupo de trabalho” foi o último GT organizado no DAB que pude acompanhar e que efetivamente reuniu forças de maneira estratégica para elaborar o Protocolo da Atenção Básica.

coordenar o processo de construção de Protocolos de Enfermagem enquanto dispositivos de Educação Permanente em Saúde. Este grupo foi formado por várias categorias profissionais que integram as equipes que atuam na Atenção Básica à Saúde, de diferentes níveis de gestão e com representatividade de todas as regiões do país.

Na esteira dos trabalhos do grupo foi realizado um levantamento de materiais disponíveis no DAB e no MS que abordam as práticas profissionais na Atenção Básica. Existem hoje quatro materiais: os CAB, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), as Linhas de Cuidado e os Manuais.

O levantamento realizado tornou possível compreender que o Ministério da Saúde só possuía, até então, os PCDT<sup>16</sup>. Estes protocolos serviriam como orientações mais voltadas aos profissionais médicos, já que eram elaborados para normatizar fluxos para determinados tipos de agravos (geralmente raros) cuja terapêutica envolvesse a incorporação de novas tecnologias e/ou drogas de alto custo.

Os PCDT tem o objetivo de estabelecer claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o algoritmo de tratamento das doenças com as respectivas doses adequadas e os mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento e a supervisão de possíveis efeitos adversos. Observando ética e tecnicamente a prescrição médica, os PCDT também objetivam criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz.

A elaboração e a publicação de PCDT para as doenças e condições tratadas com os medicamentos hoje integrantes do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) consolidam o processo de criação de políticas públicas baseados nas melhores evidências científicas existentes.

A linha de cuidado é uma estratégia para a ação, um caminho para o alcance da atenção integral ou da integralidade do cuidado, um dos princípios do SUS, que busca articular a produção do cuidado desde a Atenção Básica até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas para a garantia de direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes. Como exemplo, cito a “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências – Orientação para gestores e profissionais de saúde”<sup>17</sup>, que é um dispositivo lançado pelo MS com o propósito de sensibilizar e orientar os gestores e profissionais de

<sup>16</sup> É possível acessar todos os PCDTs no portal da saúde, em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/component/content/article?id=9315>.

<sup>17</sup> É possível acessar esta Linha de Cuidado no portal da saúde, em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/562-sas-raiz/dapes/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/14-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/12879-prevencao-de-violencias-e-promocao-da-cultura-de-paz>.

saúde para uma ação contínua e permanente para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências.

Os CAB<sup>18</sup> e os diversos manuais publicados pelo MS tem por objetivo desenvolver diretrizes, metodologias e instrumentos de apoio às equipes de Saúde, no âmbito da Atenção Básica à Saúde, somando esforços com as Gestões Estaduais, Municipais e do Distrito Federal para melhor organizar a Rede de Atenção à Saúde. Esta rede visa qualificar o cuidado integral, unindo e ampliando as estratégias de promoção da saúde, de prevenção do desenvolvimento de doenças e suas complicações, e de tratamento e recuperação.

Em consulta jurídica ao consultor do departamento, o grupo chegou à conclusão de que os CAB e os manuais não funcionam como protocolos instituídos pelo MS, pois não tem efeito de respaldo legal das práticas profissionais. Funcionam como diretrizes sobre determinados procedimentos, sendo facultativo seu uso, e tomando por base os estudos e referências sobre o tema a que se dispõem.

Entendendo os objetivos e o alcance que as ferramentas acima têm, ficou cada vez mais evidenciada a necessidade de se estabelecer, no âmbito do Governo Federal, os Protocolos de Enfermagem, com a finalidade de desenvolver mecanismos para capacitar e habilitar competências para que os profissionais da Enfermagem possam ampliar ainda mais sua autonomia profissional e a resolutividade de suas equipes e garantir aos seus gestores de forma mais ampla e qualificada a continuidade do cuidado e a melhoria do acesso para os usuários do SUS e da Atenção Básica à Saúde da população brasileira.

Vários são os protocolos instituídos para resguardar a prática profissional da enfermagem no território (Estados, Municípios e Distrito Federal). Estes protocolos foram apresentados e estudados no novo GT, para que todos pudessem ter clareza dos conteúdos e da forma que esses materiais foram instituídos. Os diversos protocolos foram estudados a partir de uma estruturada matriz de análise, e as reuniões do GT foram palco de várias discussões e debates, que abordo a seguir.

---

<sup>18</sup> É possível acessar todos os CAB no portal da saúde, em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>.

## **6 OS DEBATES NO NOVO GRUPO DE TRABALHO E OS EMBATES NA CATEGORIA: PROTOCOLOS PARA ENFERMEIROS OU PARA A ENFERMAGEM?**

Quando o DAB se propôs a trabalhar essa pauta, antes de qualquer coisa, decidiu analisar os protocolos já instituídos no Brasil. A fim de se estabelecer um panorama de tudo que já tinha construído no país, o novo GT se debruçou sobre as seguintes questões:

- Quais foram os objetivos que orientaram a construção de protocolos no município? Explanar acerca do contexto de surgimento da construção de protocolos, enfocando prioritariamente o tempo de elaboração, os atores envolvidos (protagonistas e parceiros) e cenários de construção e legitimação dos protocolos.
- Que metodologia de trabalho foi adotada durante o processo de elaboração e implementação dos protocolos?
- Que enfoque foi privilegiado no conteúdo? (por ex.: consultas de enfermagem, fluxos centrados em queixas etc.) Quais foram as referências (bases legais e científicas) que respaldaram a elaboração?
- Houve sugestão de uso de aporte teórico para sistematização da assistência de enfermagem? Se sim, qual/quais?
- Como se deu o processo de implantação (operacionalização e formação) dos protocolos elaborados?
- Quais foram os atores envolvidos nas etapas de validação interna e externa dos protocolos?
- Houve/há previsão de revisão ou avaliação do uso dos protocolos elaborados no município? Comente sobre os aspectos a serem avaliados, bem como a periodicidade da avaliação.
- Como você avaliaria os protocolos de seu município, com relação ao alcance dos atributos da APS (Integralidade, Acessibilidade, Coordenação do Cuidado e Porta de Entrada)?
- Elenque os aspectos mais relevantes no processo de construção dos protocolos, desenhando um breve panorama da situação atual do uso de protocolos em seu município.

As primeiras atividades programadas para o novo GT foram 02 (duas) Oficinas de Trabalho, ambas realizadas em Brasília/DF. A 1ª Oficina de Trabalho abordou “*A Qualificação da Prática do Enfermeiro na Atenção Básica: Experiências Municipais com*

*Protocolos Assistenciais e outras tecnologias de gestão do Cuidado*”, norteadas por um guia<sup>19</sup> onde o ponto forte era a reflexão sobre o processo de trabalho da categoria de Enfermagem e o estudo dos Protocolos de Enfermagem já existentes na Atenção Básica do Brasil. Já a 2ª Oficina de Trabalho trouxe os fragmentos das discussões e planejamentos do GT e foi denominada “*O processo de trabalho e os Protocolos de Enfermagem na Atenção Básica: autonomia, responsabilização e resolutividade do trabalho do enfermeiro*”. O GT, então, analisou os protocolos existentes utilizando da matriz abaixo:

Tabela 3 – Matriz de análise relativa ao estudo dos protocolos municipais utilizado pelo novo GT

CATEGORIA	DETALHAMENTO		EXPERIÊNCIA
Data de início do processo			
Data de publicação			
Atores que participaram da elaboração	Protagonistas		
	Parceiros		
Explicitação do contexto de surgimento			
Objetivos do protocolo			
Metodologia de construção			
Conteúdos	Temas	Ciclos de vida, patologias, outros temas	
	Metodologia		
	Enfoque/Aprofundamento		
	Atualização		
	Referências		
	Alcance dos atributos da APS	Integralidade	
Acessibilidade			

<sup>19</sup> Vide guia da 1ª Oficina em Anexo D.

		Coordenação do Cuidado	
		Porta de Entrada	
	Sistematização da Assistência de Enfermagem	Pontos mais Abordados	
Validação	Externa (Conselhos, Universidades, Associações de Classes)		
	Interna (Profissionais, Gestores)		
Processo de Implantação	Operacionalização		
	Previsão de Formação		
Avaliação	Alcance dos Atributos da APS	Entraves/Facilidades	
		Integralidade	
		Acessibilidade	
		Coordenação do Cuidado	
		Porta de Entrada	
Situação Atual			

Fonte: Arquivo do autor, 2014.

O grupo analisou os protocolos municipais de Teresina/PI, Rio de Janeiro/RJ, Londrina/PR, Campinas/SP, Montes Claros/MG, São Paulo/SP, Florianópolis/SC, Belo Horizonte/MG e Curitiba/PR. Após análise de todos os protocolos mencionados, se destacaram 03 (três): Rio de Janeiro, Teresina e de Londrina, considerando algumas particularidades.

O do Rio de Janeiro definia claramente que o objetivo era prover ao profissional de enfermagem a segurança e o compromisso ético necessários para que atuassem com autonomia, e proporcionar ao usuário do sistema de saúde do município uma atenção com qualidade “*consolidar e agregar protocolos; segurança e autonomia; boas práticas; regras, limites e possibilidades*” (RIO DE JANEIRO, 2012).

O de Teresina tinha como objetivo facilitar e orientar o processo de trabalho para os enfermeiros que lidam com a pessoa/indivíduo em todo o seu ciclo de vida, com a família e comunidade, durante a Consulta de Enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos

ambulatorios, no domicilio, no atendimento a grupos educativos e/ou em espaços coletivos, como a creche, pré-escola e a escola (“a saúde do escolar: sua higiene corporal e oral, a saúde mental, triagem auditiva, oftalmológica, antropométrica e alimentação, dentre outros”), conseguindo assim “*orientar e qualificar a assistência; segurança e direitos dos usuários e profissionais de enfermagem*”.

Por fim, o de Londrina objetivava orientar a atuação, estabelecendo fluxos integrados na rede de assistência e medidas de suporte, definindo competência e responsabilidade dos serviços, das equipes e dos diversos profissionais que compõem as equipes de saúde da família, com foco nos “*processos de trabalho, fluxos, competências e responsabilidades*” para *atenção segura/eficaz baseada em evidências*” (LONDRINA, 2006).

Como reflexões geradas ao término da 1ª Oficina, emergiram: Conhecer melhor as experiências e entender suas potências e dificuldades; Construir relatos do processo de construção para ofertar no material diretrizes; Fomentar a troca de experiências; Discutir o processo de trabalho na ESF; Discutir as necessidades de aportes complementares e temas; Pensar estratégias de apoio para elaboração (apoio institucional e diretrizes); Pensar estratégias de formação.

Já no término da 2ª Oficina, apareceram como desdobramentos a reflexão sobre os protocolos de agravos com atribuições de cada profissional x protocolos de enfermagem; dúvidas sobre a orientação dos conteúdos (se por ciclos de vida, agravos, foco na doença); como abarcar as diversidades regionais (ambientes rurais, de difícil acesso x realidade urbanas); Diretrizes de orientação do trabalho na AB (se centrado na doença, na medicalização, nos procedimentos, tecnologias duras e leve-duras, ou centrado nos profissionais e nos serviços, ou ainda, nos usuários e nas necessidades de saúde).

O GT se dedicou então a pensar nas experiências internacionais (Espanha, Inglaterra, França) para compreender como os protocolos interferem no processo de trabalho do enfermeiro, excluindo a subjetividade do sujeito, a dimensão biopsicossocial do adoecimento. Também constatou contradições nas orientações do Ministério da Saúde (exemplo: reaproveitamento da seringa para aplicação de insulina: diabético). Apontou a importância da implementação de protocolos atrelados a espaços de educação permanente e fomentando práticas baseadas em evidências, a fim de aprimorar e tornar mais dialogado o processo de trabalho das equipes.

Para todos os envolvidos no GT sempre ficou claro a necessidade de responder algumas das tantas inquietações geradas: o que de fato precisa ser “protocolizado” e o que não deveria passar por normatização do processo de trabalho da equipe, para não normatizar o

“trabalho vivo” na/da saúde? quais são as necessidades que precisariam ser contempladas pelos protocolos? que diretrizes o Ministério da Saúde precisa apontar para os estados e/ou municípios para contemplar as necessidades no “tempo dos profissionais”? o que poderia se produzir no “tempo da gestão”? o que é o processo de trabalho da ESF? O que é o trabalho do Enfermeiro neste contexto? e o trabalho dos outros profissionais, membros da equipe?

Assim, o processo se desenrolou com a elaboração de um escopo de conteúdo e o trabalho do GT tornou-se um trabalho de autoria do que seria o primeiro protocolo de enfermagem para a Atenção Básica do SUS.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Existe cuidado sem cura. Mas não existe cura sem cuidado”  
(Florence Nightingale)*

Neste momento de reflexões finais, gostaria de resgatar a noção de *cuidado* para completar as análises desenvolvidas neste trabalho.

Entendo a enfermagem como a arte do cuidar, que não é o lugar da cura especificamente mas de aproximação entre as pessoas. Cuidar é atender ao pedido de alguém, se dispor a atender a um pedido. O ato de se colocar à disposição de alguém para qualquer eventualidade é cuidar. Pegar na mão, estar ao lado, é cuidar. O cuidado pode ser realizado no nosso cotidiano doméstico e familiar, e também pode ser desenvolvido no âmbito profissional, nas instituições. É deste cuidar que tratam os Protocolos de Enfermagem para a Atenção Básica.

A formação ampla na graduação e durante o processo de trabalho em saúde permite a criação de um olhar transversal e continuado para a atenção à vida em suas múltiplas dimensões. Permite o cuidado centrado no sujeito, no qual o compromisso não é a cura especificamente mas o próprio processo do cuidar, em todas as suas dimensões bioéticas e humanas.

Para realizar este cuidado de forma integral e proporcionar a apropriação por parte da categoria de enfermagem de formas de se melhor cuidar, se faz necessária a criação de ferramentas que qualifiquem a prática do cuidado, como os Protocolos. Estes devem tratar de técnicas para orientação e normatização das práticas, de maneira a reduzir o particionamento entre técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros, e entre a categoria de enfermagem e as equipes da Atenção Básica.

Assim, é fundamental que as instituições que legislam em saúde possam produzir documentos que efetivamente apoiem a prática de trabalho destes profissionais e, neste contexto, o DAB despontou como um lugar de criação de subsídios para elaboração destes documentos, destas ferramentas do cuidar.

São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:

*“XI - Promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à atenção básica;”  
(BRASIL, 2011).*

Entre as competências previstas no Art. 16 da Lei Nº 8.080/90 ressaltamos os quatro papéis básicos do gestor federal, segundo a NOB 01/96:

- “a) exercer a gestão do SUS no âmbito nacional;*
- b) promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS-Estadual;*
- c) fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo assim, o SUS – Nacional;*
- d) exercer as funções de normatização e coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.”*

Para exercer seu papel, o MS deverá viabilizar apoio logístico e estratégico, envolvendo o desenvolvimento de recursos humanos, a comunicação social e a educação em saúde. Neste sentido, os Protocolos teriam valor de uso.

As equipes de Atenção Básica sempre sofreram com a falta do profissional médico, ficando a cargo do enfermeiro uma sobrecarga no trabalho e o anseio em atuar em algumas áreas que podem eventualmente ser compreendidas como privativas da classe médica para suprir sua ausência. Esse sempre foi um grande problema uma vez que a necessidade existe. Considerando que a carência é contínua, resta ao profissional da enfermagem fazer, assumindo riscos e muitas vezes sendo exposto as penalidades das resoluções do conselho ou deixar o necessitado desassistido.

A gestão do DAB sempre pensou que os Protocolos deveriam ser trabalhados em níveis de competência e de habilidades diferenciadas para Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, especificando o que há de comum entre suas práticas. Ao se constituir os Protocolos de Enfermagem nos estados, municípios e/ou Distrito Federal o que se pretende também é estabelecer mecanismo jurídicos para respaldar os profissionais da ESF, tornando sua prática mais resolutiva, segura e adequada às diferentes realidades loco-regionais. É preciso se pensar a Educação Permanente em Saúde como um dispositivo ambicioso e necessário na transformação de mudanças (CECCIM, 2004). Atualmente, somente as resoluções do COFEN configuram objeto de justificativa legal para prática profissional. Engana-se quem pensa que o CAB é um desses mecanismos legais.

Vale lembrar que o sentido de equipe que considero ideal e que aqui estabeleço como horizonte de possibilidade é consonante com o proposto por PEDUZZI (2001), considerando que o trabalho em equipe pode ser entendido pela ótica de equipe como “agrupamentos de

agentes” e de equipe como “integração de trabalhos”. A primeira é caracterizada pela fragmentação dos processos e a segunda, pela agregação de saberes e melhor aproveitamento das tantas intervenções técnicas. Sendo assim, a comunicação seria a principal ferramenta de interação das duas realidades constituindo a multiprofissionalidade. A equipe “integração” constituiria o nosso horizonte de possibilidade ideal.

É motivado por tudo que já foi abordado nesse trabalho que me senti chamado a essa empreitada, contribuir para o estabelecimento dessas ferramentas de aporte a profissionais e gestores na atuação dos profissionais de Enfermagem no campo da Atenção Básica à saúde.

Florence Nightingale, conhecida como "*A dama da lâmpada*", que se servia de um instrumento para auxiliar os feridos durante a noite (lâmparina) me inspirou em minhas memórias para que eu pudesse narrar o processo de construção de protocolos desde seu início até estas considerações finais. Deixo aqui, então, uma frase que sempre norteou minha trajetória acadêmica e de pesquisa com sobre a Enfermagem: “profissionais que se dedicam diuturnamente à arte do cuidar”.

Sinalizo que esse debate ainda é um processo em curso e está aberto para novas análises e considerações por meio de estudos futuros, voltados para a qualificação do cuidar na Atenção Básica e no SUS.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.** Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Campinas, 1975.

AYRES, J.R.C.M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde.** São Paulo: Rev. Eletr. Saúde e Sociedade. vol. 13 nº.3. Set./Dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Memórias da Saúde da Família no Brasil.** Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas.** Rio de Janeiro: Ciênc. saúde coletiva, vol. 5 nº 2, 2000.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** Physis - Rev. Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CUNHA, M. I. **Conta-me agora!/: as narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino.** Rev. Fac. Educ. vol. 23, n. 1-2, 1997.

DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade.** São Paulo, Duas Cidades, 1976.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. **A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde.** Rev. Esc. Enf. USP, v. 35, n. 2, p. 115-21, jun, 2001.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Avaliação e Assistência de Enfermagem: protocolo**. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde, 1. Ed. Londrina, 2006.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará**; 2002.

MERHY, E.E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: MERHY E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia** [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2001.

RIO DE JANEIRO. **Protocolos de Enfermagem na atenção primária á saúde** / Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Subsecretaria Geral Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família** [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 237 p. Saladeaula series, nº 3, 2006.

## **ANEXO A – Atribuições das Entidades Profissionais de Enfermagem**

### **Principais atividades do COFEN:**

- normatizar e expedir instruções para uniformidade de procedimentos e bom funcionamento dos Conselhos Regionais;
- apreciar em grau de recurso as decisões dos CORENs;
- aprovar anualmente as contas e a proposta orçamentária da autarquia, remetendo-as aos órgãos competentes;
- promover estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional.

Disponível em: **<http://www.cofen.gov.br/o-cofen>**.

### **Principais atividades dos COREN:**

- deliberar sobre inscrição no Conselho, bem como o seu cancelamento;
- disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do COFEN;
- executar as resoluções do COFEN;
- expedir a carteira de identidade profissional, indispensável ao exercício da profissão e válida em todo o território nacional;
- fiscalizar o exercício profissional e decidir os assuntos atinentes à Ética Profissional, impondo as penalidades cabíveis;
- elaborar a sua proposta orçamentária anual e o projeto de seu regimento interno, submetendo-os à aprovação do COFEN;
- zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exerçam; propor ao COFEN medidas visando a melhoria do exercício profissional;
- eleger sua Diretoria e seus Delegados eleitores ao Conselho Federal;
- exercer as demais atribuições que lhe forem conferidas pela Lei 5.905/73 e pelo COFEN.

Disponível em: **<http://www.cofen.gov.br/o-cofen>**.

**Finalidades da ABEn:****CAPÍTULO II  
DAS FINALIDADES**

Art. 4º. São finalidades da ABEn:

I – congregar Enfermeiras, Técnicas de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, estudantes dos cursos de Graduação em Enfermagem e de Educação Profissional de Nível Técnico em Enfermagem, associadas às respectivas Seções Federadas;

II – incentivar a solidariedade e a cooperação entre as pessoas associadas;

III – atuar de forma apartidária, sem distinção de sexo, raça, etnia e religião;

IV – promover o desenvolvimento técnico, científico, cultural e político dos profissionais de Enfermagem no país, pautado em princípios éticos e humanísticos;

V – defender os interesses da Enfermagem, articulando-se com as demais entidades e instituições sociais, de seguridade, de saúde e de educação;

VI – representar, em juízo ou fora dele, os interesses das pessoas associadas à ABEn, desde que compatíveis com as finalidades associativas da ABEn;

VII – articular-se com organizações dos setores sociais, de saúde e educação, e com a sociedade em geral, na defesa e consolidação de políticas e programas que garantam à população a efetividade do direito à saúde, com equidade, universalidade, integralidade e participação social;

VIII – representar as integrantes de seu quadro de associadas nos âmbitos nacional e internacional, no que diz respeito às políticas sociais, de saúde, seguridade, educação e trabalho, ciência e inovação tecnológica;

IX – promover intercâmbio técnico, científico e cultural com entidades e instituições, nacionais e internacionais, com vistas ao desenvolvimento da Enfermagem;

X – promover, estimular, publicar e divulgar estudos e pesquisas da área de Enfermagem, de interesse da sociedade, mantendo veículos ou meios oficiais de publicação e disseminação de informações;

XI – adotar medidas necessárias à defesa e consolidação do trabalho de Enfermagem como prática beneficente à assistência social nas áreas de saúde e educação;

XII – outorgar título de especialista a profissionais de Enfermagem, expedindo-o de acordo com regulamentação específica;

XIII – articular social, política e financeiramente programas e projetos que promovam assistência aos associados;

XIV – integrar-se aos processos sociais, políticos e técnicos que visem assegurar o acesso universal e equânime aos serviços de saúde;

XV – defender a qualidade da educação em Enfermagem, criando estruturas organizativas que atendam essa finalidade;

XVI – promover, organizar, realizar e coordenar atividades e eventos nacionais e internacionais dirigidos aos profissionais da área de Enfermagem e áreas afins, visando ao seu desenvolvimento técnico, científico e político, e de inovação tecnológica;

XVII – promover o cuidado de Enfermagem como direito de cidadania;

XVIII – congregar pessoas jurídicas associadas nos termos previstos neste Estatuto.

Parágrafo único. As finalidades da ABEn serão desenvolvidas por meio de diretrizes e programas de trabalho, em consonância com as deliberações e recomendações dos órgãos deliberativos da ABEn, definidas nos âmbitos nacional, estadual e do Distrito Federal.

Disponível em: **<http://www.abennacional.org.br/home/>**.

## Objetivos da FNE:



### ESTATUTO DA FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ENFERMEIROS – FNE

#### CAPITULO I

#### DA FEDERAÇÃO E SEUS DIREITOS, FINS, OBJETIVOS E PRERROGATIVAS

**Art. 1º** A Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE), com sede e foro no Distrito Federal, e unidade administrativa no Estado em que residir a Presidência, a critério da Diretoria Executiva, com jurisdição em todo o território nacional, ~~é uma entidade sindical~~ de segundo grau, constituída para fins de estudo, organização, ~~coordenação, defesa e~~ representação legal dos Sindicatos de Enfermeiros a ela filiados. 1. 20.01. de Reg. de Pessoas Jur. e Prof. inscrita no CNPJ sob o nº 088977179 em 06/02/

**Parágrafo único** A FNE possui natureza jurídica de direito privado, sem fins lucrativos e duração indeterminada, pautada nos princípios democráticos e éticos.

**Art. 2º** A FNE tem por objetivos:

- I. Coordenar, congregar, fortalecer e representar os Sindicatos de Enfermeiros a ela filiados;
- II. Propugnar pela unidade da categoria na defesa e na luta das suas reivindicações econômicas, profissionais e sociais da categoria, bem como lazer, saúde e ambiente;
- III. Lutar por melhor qualidade de vida e trabalho da categoria dos Enfermeiros e da classe trabalhadora;
- IV. Defender o exercício pleno da atividade profissional do Enfermeiro;
- V. Engajar-se no processo de transformação da sociedade brasileira e direção à democracia;
- VI. Promover a integração com entidades sindicais, movimentos e organismos nacionais e internacionais de defesa dos interesses da classe trabalhadora;
- VII. Promover e intensificar os laços de solidariedade com os trabalhadores na defesa dos seus direitos e interesses comuns;
- VIII. Defender o acesso universal, integral e equânime à saúde, enquanto bem público, e uma política estatal que atenda às necessidades integrais da população;

## FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ENFERMEIROS

*Fundada em 27/11/87  
Carta Sindical Assinada em 01/03/90  
Registro no MTb.: 012.266.00000-6*

Filiada  
à CUT

- IX. Defender a organização dos Enfermeiros com total independência, frente ao Estado, e autonomia em relação aos partidos políticos, credos e instituições religiosas e a quaisquer organismos de caráter institucional, e sua livre decisão sobre as formas de agregação e sustentação material de suas entidades;
- X. Combater toda e qualquer forma de discriminação e preconceito;
- XI. Garantir o exercício da mais ampla democracia em todos os seus organismos e instâncias, assegurando liberdade de expressão aos Enfermeiros, sempre combinando com a unidade de ação garantida pela maioria;
- XII. Considerar a unidade e a mobilização como pilares de sustentação às lutas e às conquistas, trabalhando para que isso seja fruto da vontade e da consciência política dos trabalhadores;
- XIII. Solidarizar-se com todos os movimentos da classe trabalhadora, desenvolvendo, organizando e apoiando, inclusive financeiramente, sempre que possível as ações que visem à conquista de melhores condições de saúde segundo conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS) e segurança para o conjunto da classe trabalhadora.

**Art. 3º** Constituem prerrogativas e deveres da FNE na forma deste Estatuto:

- I. Defender e representar perante as autoridades administrativas e judiciais os direitos e interesses coletivos, difusos e/ou individuais homogêneos da categoria, inclusive como substituto processual, quando autorizado pelo(s) sindicato(s) filiado(s) ou no caso de sua inexistência;
- II. Celebrar contratos, acordos ou convenções coletivas de trabalho e suscitar dissídios coletivos em âmbito nacional, e em nível estadual e/ou municipal, no caso de sua inexistência;
- III. Estabelecer mensalidade associativa para seus filiados a ser deliberado em Congresso Nacional Sindical dos Enfermeiros;
- IV. Eleger os representantes da categoria em nível nacional;
- V. Participar de eventos em nível nacional e internacional que sejam de interesse da categoria e que tenham sido deliberados pela Diretoria;
- VI. Zelar pelo cumprimento da legislação e normativas de interesse da categoria, buscando sempre o seu aprimoramento;

## **ANEXO B – Portaria SAS/MS N° 732, de 28 de outubro de 2011**

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Portaria n° 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, e n° 699, de 30 de março de 2006, que, respectivamente, "aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde" e "regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão";

Considerando o Decreto No- 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro e 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria n° 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando Portaria No- 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB) Variável;

Considerando a Portaria No- 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que 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);

Considerando a decisão pactuada na reunião do dia 18 de agosto de 2011, realizada na Secretaria de Atenção à Saúde; e

Considerando a necessidade de orientar e coordenar a ação conjunta com as secretarias estaduais e municipais de saúde para melhorias na Política Nacional de Implantação das Redes de Atenção à Saúde, resolve:

Art. 1º Constituir Grupo Técnico de Trabalho com a finalidade de pactuar normas, parâmetros, diretrizes técnicas e clínicas, à luz da Política Nacional de Implantação das Redes de Atenção à Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica, com composição de representantes, titular e suplente, das seguintes instâncias:

I - Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS:

- a) Departamento de Atenção Especializada (DAE/SAS/MS);
- b) Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS);
- c) Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); e
- d) Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/ SAS/MS).

II - Conselho Federal de Enfermagem (COFEN);

III - Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN);

IV - Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE);

V- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e

VI - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

§1º O Grupo poderá solicitar o apoio de especialistas ou entidades que atuem na área de saúde pública para prestar assessoria técnica no âmbito de suas competências.

§2º As funções dos membros do Grupo não serão remuneradas e o seu exercício será considerado de relevância pública.

Art. 2º Definir que a coordenação do Grupo Técnico de Trabalho ora instituído seja exercida pela Secretaria de Atenção à Saúde, cabendo ao DAB/SAS/MS adotar as providências necessárias à operacionalização dos trabalhos do Grupo.

Art. 3º Determinar que o Grupo de Trabalho terá o prazo de 12 (doze) meses, renovável por igual período, a contar da data de publicação desta Portaria, para apresentação de relatório.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

**HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR**

## ANEXO C – Reportagem sobre a Crise na Presidência do COFEN



Em 22 de janeiro de 2013, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), por meio do seu Plenário, reunido na 413ª Reunião Ordinária de Plenária, admitiu denúncia formulada por profissional de enfermagem contra a Presidente do Cofen, Dra. Marcia Cristina Krempel, determinando a abertura de Processo Administrativo-Disciplinar e o consequente afastamento do cargo de presidente do Cofen e Conselheira Federal, pelo prazo de 60 (sessenta dias), para apuração dos fatos nos termos das Resoluções Cofen nº 155/1992, 360/2009 e 421/2012, sendo garantido o direito a ampla defesa e ao contraditório.

Durante esse período, assume a presidência do Cofen, interinamente, o vice-presidente, Dr. Osvaldo Albuquerque Sousa Filho mantendo a normalidade administrativa, política e institucional.

A nota oficial divulgada pelo Cofen não esclarece o motivo da denúncia.

Porém, em virtude das solicitações realizadas pelos internautas do Portal da Enfermagem, descobrimos o teor da Decisão Nº 6, de 22 de Janeiro de 2013, publicada pelo Conselho Federal de Enfermagem, no Diário Oficial da União Nº 17, quinta-feira, 24 de janeiro de 2013

Decisão Nº 6, de 22 de Janeiro de 2013

Dispõe sobre o recebimento de denúncia e abertura de processo administrativo disciplinar em desfavor de Conselheira Federal do Cofen, e dá outras providências.

O Presidente e o Primeiro Secretário do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, no uso de suas atribuições legais e regimentais, com especial fundamento no disposto no art. 8º, I, da Lei 5.905/73 c/c no preceptivo do art. 25, XIV, do Regimento Interno do Conselho Federal de Enfermagem, e CONSIDERANDO que o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Enfermagem são autarquias federais, criados pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973 (arts. 1º e 2º), competindo ao primeiro, nos termos do art. 8º, I, da referida Lei: "aprovar seu regimento interno e os dos Conselhos Regionais";

CONSIDERANDO que, conforme estabelecido no Regimento interno do Conselho Federal, aprovado pela Resolução Cofen nº 421/2012: "compete ao Plenário do Cofen" (art, 23, caput) "julgar os processos administrativos disciplinares contra Conselheiros efetivos e suplentes do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, respeitando a legislação em vigor" (inc. IX);

CONSIDERANDO que foi protocolada neste Conselho Federal de Enfermagem denúncia escrita, formulada por profissional de enfermagem e Ex-Conselheira Federal, relatando supostos atos praticados pela Presidente deste Conselho Federal de Enfermagem, no exercício das funções;

CONSIDERANDO que, segundo consta da denúncia, a Dra. Márcia Cristina Krempel estaria descumprindo a Lei e o Regimento Interno e Resoluções, estes últimos do COFEN, denunciando o fato de que a mesma procedeu à nomeação de pessoas em cargos de comissão e de funções gratificadas no âmbito do Conselho Federal que preside, sem que fossem, posteriormente, submetidos à homologação do Plenário do Conselho Federal de Enfermagem, como estabelecido no seu Regimento Interno. E, também, que a denunciada vem ferindo a Lei de Licitações Públicas, tomando decisões unilaterais nas contratações, dando como exemplo alterações realizadas nos contratos da empresa IBAC - INSTITUTO BASE DE CONTEÚDOS E TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS LTDA e da empresa EDITORIAL BOLINA BRASIL LTDA, afirmando, ainda, que tais alterações foram feitas sem o necessário respeito aos limites estabelecidos na referida Lei. Aponta para o fato da Dra. Marcia Cristina Krempel, aqui denunciada, desrespeitar e desconstituir as decisões tomadas pelo plenário desta Autarquia Federal, a exemplo do "convênio assinado, publicado no DOU e empenhado pelo COFEN em favor do COREN-SE, para aquisição de um parque tecnológico para o Regional, orçado em R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais), que por mero capricho da presidente, foi desfeito unilateralmente sem a necessária reapreciação do plenário, por força do art. 6º do Regimento Interno, combinado com o art. 51, parágrafo 2º do mesmo diploma legal." Desrespeito às regras do Regimento Interno do Cofen no tocante à informação da pauta das ROPS e das RODS, no prazo estabelecido; e não apresentação de atas das referidas reuniões para aprovação do colegiado.

CONSIDERANDO que, por deliberação do Plenário do Conselho Federal de Enfermagem, na 423ª ROP (22/01/2013), no exercício do juízo de deliberação, julgou-se, por maioria de votos, pelo recebimento da denúncia e consequente instauração do Processo Administrativo Disciplinar em desfavor da Dra. Márcia Cristina Krempel. Ficando

determinado o seu imediato afastamento cautelar do exercício dos Cargos de Conselheira Federal e de Presidente, ambos do Conselho Federal de Enfermagem, por 60 (sessenta) dias prorrogável por igual período;

CONSIDERANDO que é dever do Presidente do Conselho Federal de Enfermagem "executar e fazer observar as decisões do Plenário" (art. 25, XIV, do Regimento Interno do Cofen);

CONSIDERANDO tudo mais quanto dos autos do Procedimento Administrativo nº 451/2012, consta, decidem:

Art. 1º. Forte na deliberação do Plenário do Conselho Federal de Enfermagem, abrir Processo Administrativo Disciplinar em desfavor da Conselheira Federal Márcia Cristina Krempel, em razão de denúncia feita pela Enfermeira e Ex-Conselheira Federal, Isabel Cristina Reis Souza, por indícios de infração ao disposto ao art. 6º, art. 11, incisos I e II, art. 20; art. 23, incisos XXI, XXIII e XXVIII; art. 24, inciso XI; art.25, incisos I, XI, XVII, XVIII, XXV; art. 44, parágrafo único; art. 48, parágrafo 1º e art. 51, parágrafo 2º, todos do Regimento Interno do Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 2º. Afastar cautelarmente a Dra. Márcia Cristina Krempel do exercício dos Cargos de Conselheira Federal e de Presidente do Conselho Federal de Enfermagem, pelo prazo de 60 (sessenta) dias prorrogável por igual período, para evitar que a mesma venha a influir na apuração da irregularidade denunciada, nos termos do disposto na Resolução Cofen nº 360/2009c/c o art. 147, parágrafo único, da Lei nº 8.112/1990, aqui aplicável supletivamente.

Art. 3º. Esta decisão entra em vigor na data da sua assinatura, revogando-se as disposições em contrário.

**OSVALDO ALBUQUERQUE SOUSA FILHO**

Presidente do COFEN Em exercício

**GELSON LUIZ DE ALBUQUERQUE**

Primeiro Secretário

Disponível em: [http://www.portaldafenfermagem.com.br/destaque\\_read.asp?id=3285](http://www.portaldafenfermagem.com.br/destaque_read.asp?id=3285).

**ANEXO D – Guia da 1ª Oficina: A Qualificação da Prática do Enfermeiro na Atenção Básica: Experiências Municipais com Protocolos Assistenciais e outras Tecnologias de Gestão do Cuidado**

Ministério da Saúde

**OFICINA**  
**A Qualificação da Prática do**  
**Enfermeiro na Atenção Básica:**  
Experiências Municipais com Protocolos Assistenciais e  
outras Tecnologias de Gestão do Cuidado

**Data:** 07 e 08 de agosto de 2013

**Local:** Sala 08 – FIOCRUZ Brasília  
Avenida L3 Norte, Campus Universitário Darcy Ribeiro,  
Gleba A, SG 10 (atrás do HUB)



Brasília - DF  
2013

## APRESENTAÇÃO

**A** Atenção Básica (AB) se expandiu de modo expressivo no Brasil após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), impulsionada pela criação dos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) na década de 90. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem a Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária, modelo que apresenta como pilares o trabalho em equipe multiprofissional, a territorialização, a adscrição de clientela, a integralidade, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado em rede e a participação social e, junto com diretrizes da Política Nacional de Humanização, coloca centralidade no exercício de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas (BRASIL, 2011; BRASIL, 2009).

Nesse âmbito, o trabalho em equipe configura-se como uma forma privilegiada de organização do trabalho para o alcance da integralidade e para lidar com a complexidade das tecnologias de cuidado produtoras de saúde e promotoras de autonomia das pessoas e coleti-

vidades. Para fortalecer o trabalho em equipe, ampliando a responsabilização, a resolutividade e a satisfação dos trabalhadores, é importante repensar o processo de trabalho em suas dimensões da clínica e da gestão. Este tema do processo de trabalho na Atenção Básica tem sido um dos principais focos da atual política do Ministério da Saúde, em especial do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que incentiva a adoção de processos contínuos de autoavaliação e autodesenvolvimento das equipes e dos profissionais.

Como membro da equipe mínima da ESF (juntamente com o médico, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), o enfermeiro desenvolve atividades clínico-assistenciais e gerenciais, conforme suas atribuições dispostas na PNAB (BRASIL, 2011) e a regulamentação do trabalho em enfermagem, estabelecida pela lei nº 7.498/86 e pelo decreto 94.406/87 (dispõem sobre o exercício profissional da enfermagem), além das Resoluções COFEN 159/93 (dispõe sobre a consulta de enfermagem) e COFEN 358/2009 (dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem).

O papel do enfermeiro na Atenção Básica é amplo, apresentando muitas particularidades regionais e grande variabilidade tanto na dimensão micropolítica quanto macropolítica, esta última condizente não somente às características diretamente ligadas a atribuições da categoria, à formação profissional e à variação individual, mas também, e principalmente, ao contexto do trabalho realizado em equipe, às necessidades de saúde e ao cenário político-organizacional do sistema de saúde no nível local, municipal, estadual e mesmo federal.

Algumas estratégias têm sido utilizadas pelos sistemas de saúde, em âmbito global e nacional, na tentativa de dar respostas às condições e agravos crônicos e agudos, às situações de violência e vulnerabilidade socioeconômica, e em prol da prestação de serviços de forma continuada e episódica ("demandas agendada e espontânea"), atentando não apenas a indicadores epidemiológicos e ao custo-efetividade, mas também à satisfação dos usuários e da equipe. Dentre estas estratégias, se encontram as tecnologias de gestão da clínica (MENDES, 2011), que têm sido empregadas para qualificar, definir e dar suporte às ações do enfermeiro na Atenção Básica.

Alguns autores, como Mendes (2011), destacam o uso de tais tecnologias para reduzir a heterogeneidade de decisões clínicas e esti-

mular a adoção de práticas baseadas em evidências, a partir da construção de diretrizes clínicas. Segundo o autor, as diretrizes podem consistir em protocolos assistenciais ou clínicos<sup>1</sup> e linhas-guia<sup>2</sup>, cumprindo com quatro funções essenciais nas Redes de Atenção à Saúde (RAS)<sup>3</sup>: gerencial, educacional, comunicacional e legal.

Vertendo o olhar para a dimensão micropolítica, acreditamos no campo da Saúde Coletiva como espaço de encontro entre sujeitos, no qual os trabalhadores tecem arranjos entre diversos saberes cujo valor fulcral localiza-se na noção de cuidado. O cuidado corresponderia a uma série de princípios teóricos e práticos que se julga relevantes para iluminar os desafios conceituais e práticos para a humanização das práticas de saúde (AYRES, 2004).

Para produção do trabalho vivo em ato, isto é, para operar o processo em que o ato da produção e do consumo de um produto com valor de uso (no caso, a saúde) ocorrem ao mesmo tempo, os trabalhadores lançam mão de diferentes tecnologias de produção do cuidado em saúde<sup>4</sup> (MERHY, 1997; MERHY, 2002). Dentre estas tecnologias,

<sup>1</sup>De acordo com Brasil (2013), os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT) tem o objetivo de estabelecer claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o algoritmo de tratamento das doenças com as respectivas doses adequadas e os mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento e a supervisão de possíveis efeitos adversos. Observando ética e tecnicamente a prescrição médica, os PCDT, também, objetivam criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz.

<sup>2</sup>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, e que se normalizem as ações referentes a cada estrato. Protocolos clínicos têm conteúdos diferentes, pois enquanto as linhas-guia normatizam as ações que se desenvolvem em todos os pontos de atenção de uma RAS (níveis de atenção primária, secundária e terciária à saúde), os protocolos clínicos vão normatizar parte do processo da condição de saúde, num único ponto de atenção da RAS.

<sup>3</sup>Segundo Mendes (2011), tais funções significariam, respectivamente: Função gerencial – estabelecimento de parâmetros de práticas, o que facilita o acompanhamento dos processos desenvolvidos nos serviços e a gestão da clínica; Função educacional – uso como instrumentos dos processos de educação permanente para os profissionais de saúde e de educação em saúde para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde; Função comunicacional – facilitando o fluxo de informações e saberes dentro das organizações de atenção à saúde, a partir da adoção das mesmas diretrizes de ação; Função legal – proteção jurídica para os profissionais e para as organizações de saúde desde que adotadas as normas definidas em linhas-guia e em protocolos clínicos.

<sup>4</sup>O autor define como tecnologias, as ferramentas ou instrumentos materiais e imateriais que são utilizados no encontro entre trabalhador e usuário para produção de saúde. As tecnologias podem ser leves (relacionais), leve-duras (manuais e protocolos assistenciais) e duras (equipamentos e saberes estruturados). Para mais, conferir Merhy (1997).

podemos citar o uso de protocolos assistenciais como tecnologias leve-duras de impacto importante no trabalho em saúde. Vale lembrar que o modo como se darão os arranjos tecnológicos e relacionais entre trabalhadores de diferentes formações e entre trabalhador e usuário será sempre permeada por disputas pelos sentidos e significações do cuidado. Tais disputas se devem à variabilidade de saberes de núcleo que compõem e marcam o campo da Saúde Coletiva (CAMPOS, 2000).

Quer sejam tomadas enquanto tecnologias de gestão da clínica (MENDES, 2011) ou como ferramentas tecnológicas do trabalho em saúde (MERHY & FEUERWERKER, 2002), as tecnologias de gestão do cuidado atravessam o processo de trabalho dos enfermeiros e das equipes, constituindo a Atenção Básica como campo de tensões e desafios.

Diante deste cenário, lançamos como proposta a realização da Oficina "A Qualificação da Prática do Enfermeiro na Atenção Básica: Experiências Municipais com Protocolos Assistenciais e outras Tecnologias de Gestão do Cuidado" no âmbito das ações do Núcleo de Educomunicação e Gestão do Cuidado, da Coordenação Geral de Áreas Técnicas (CGAT), do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS).

Nesta oficina, objetivamos proporcionar espaços de compartilhamento de saberes e práticas que permeiam o trabalho em saúde, a partir da apresentação de experiências de profissionais e gestores no uso de tecnologias voltadas para a produção do cuidado. Esperamos que todas(os) as(os) convidadas(os) possam contribuir ativamente nesta etapa de estabelecimento de reflexões sobre o processo de trabalho em saúde, em prol da valorização das ações do enfermeiro e das equipes na esfera singular da Atenção Básica.

## OBJETIVOS DA OFICINA

1. Compartilhar e discutir experiências municipais no uso de protocolos e ferramentas de apoio à prática do enfermeiro na Atenção Básica, bem como conhecer suas potências e fragilidades;
2. Identificar as principais situações ou agravos de saúde cujo quadro atual requisita ampliação do acesso e qualificação do cuidado, requerendo elaboração de diretrizes / normativas para sanar lacunas de regulamentação relativas à atuação clínica do enfermeiro na atenção básica;
3. Discutir a necessidade e os caminhos para normatização da prática do enfermeiro na Atenção Básica, levando em conta os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), bem como as particularidades locais;
4. Estabelecer os produtos prioritários a serem desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (MS) para normatização e qualificação do cuidado prestado pelo enfermeiro na equipe de Atenção Básica.

## RESULTADOS ESPERADOS

1. Identificação de situações e agravos de saúde que devem ser objeto de formulação de materiais de apoio e normativas por parte do Ministério da Saúde, para legitimação da prática do enfermeiro em nível local;
2. Definição dos produtos a serem desenvolvidos, em que pesem as possibilidades de fortalecimento dos princípios da Atenção Básica (universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social);
3. Definição do escopo do conteúdo e da metodologia dos produtos relacionados aos temas prioritários identificados (condições/agravos de saúde, ações programáticas e/ou ciclos de vida, outros), além da modalidade e caráter desses materiais (diretrizes, protocolos, outros);
4. Estabelecimento da metodologia de construção dos produtos (reuniões presenciais, videoconferências, grupos de trabalho interdisciplinares e multiprofissionais, etc.);
5. Reconhecer que aspectos da prática/atuação do enfermeiro da atenção básica necessitam de normatização/respaldo por parte do MS;
6. Identificação dos colaboradores e definição de subgrupos de trabalho para elaboração dos produtos (protagonistas e parceiros);
7. Pactuação de cronograma de trabalho.

## PARTICIPANTES

1. Adriana Kitajima
2. Adriana Paula de Almeida
3. Adriano de Oliveira
4. Alexandre Florêncio
5. Ana Celina de Souza
6. Ana Lúcia Abrahão da Silva
7. Ayla Maria Calixto de Carvalho
8. Brígida Gimenez Carvalho
9. Carla Moino
10. Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
11. Camen C. Moura dos Santos
12. Carolina Lobato
13. Cláudio Henrique Guimarães de Menezes
14. Cleunioi Godois Freira Ferreira
15. Danusa Santos Brandão
16. Edneusa Mendes Nascimento
17. Elizabeth Geralda Rosa
18. Fabiana Vieira S. Azavedo
19. Felipe Cavalocanti
20. Flaviana Bezerra de Castro Alves
21. Graziela Tavares
22. Igor Oliveira Cleber Siqueira
23. Igor Tavares Chaves
24. Katia Motta Galvão Gomes
25. Laryssa Danise de Campos
26. Luciana Guimaráes
27. Lucinadja Silva
28. Marcelina Coolin
29. Margareth Cristina de Almeida Gomes
30. Maria de Lourdes Ribeiro
31. Maria Eliane Martins Oliveira da Rocha
32. Maria Lia Silva Zerbini
33. Nanoy Ney L. de Lóiola Batista
34. Nilson Massakazu Ando
35. Patrícia Araújo Bezerra
36. Paula Soares Brandão
37. Paulo Poli Neto
38. Raquel Cardoso
39. Renata Casagrande Guzella
40. Renata Pella
41. Ricardo Cecoim
42. Roxane Bueno da Costa Furtas Bandeira
43. Stephanie Gonçalves Macedo Rosa
44. Thais Alessa Leite
45. Thais Severino Silva
46. Viviane Aparecida Bruno Inácio

## PROGRAMAÇÃO

07/08/13	08/08/13
<p align="center"><b>Manhã</b> (9h às 12h30)</p>	<p align="center"><b>Manhã</b> (8h às 12h)</p>
<p>9h – 10h30</p> <p><b>Boas-vindas aos participantes</b> Raquel Cardoso</p> <p><b>Panorama político e demandas institucionais</b> Felipe Cavalcanti</p> <p><b>Orientações gerais e questões norteadoras dos trabalhos</b> Margareth Gomes</p> <p><b>Video de entrevista com enfermeira Maria Cabré Marti (Espanha)</b> Laryssa Denise de Campos</p>	<p><b>Orientar os grupos a partir das questões que precisamos responder.</b></p> <p>08h00 – 09h30</p> <p><b>Grupos</b></p> <p><b>GT 1</b> Mediadoras: Paula Brandão e Marcelina Ceolin Relatoria: Margareth Gomes</p> <p><b>GT 2</b> Mediadores: Ana Abrahão e Carlos Leonardo Figueiredo Relatoria: Raquel Vaz Cardoso</p> <p><b>GT 3</b> Mediadoras: Brígida Gimenez e Thais Silva Relatoria: Carla Moino</p>
<p>10h30 – 11h30</p> <p><b>Apresentação das experiências locais</b> – 1º. momento Mediador: Adriano de Oliveira</p> <p><b>Experiência de Londrina</b> Apresentadora: Brígida Gimenez e Roxane Bueno</p> <p><b>Experiência de Teresina</b> Apresentadoras: Nancy Batista e Ayla Carvalho</p> <p><b>Experiência de Rio de Janeiro</b> Apresentadoras: Paula Brandão e Stephanie Rosa</p>	<p>10h-12h</p> <p><b>Apresentação da discussão em grupos e sistematização das respostas em plenária</b> Mediadoras: Paula Brandão, Ana Abrahão e Thais Silva</p>
<p>11h30 às 12h30</p> <p><b>Discussão das experiências apresentadas</b></p>	<p>09h30-10h</p> <p><b>Intervalo</b></p>
<p align="center">12h30 -14h – Almoço</p>	<p align="center">12h – 13h30 - Almoço</p>

07/08/13	08/08/13
<p style="text-align: center;"><b>Tarde</b> (14h às 18h30)</p>	<p style="text-align: center;"><b>Tarde</b> (13h30 às 17h)</p>
<p>14h – 15h</p> <p><b>Apresentação das experiências locais – 2º. momento</b> Mediador: Nilson Ando</p> <p><b>Experiência de Belo Horizonte</b> Apresentadora: Elizabeth Rosa</p> <p><b>Apresentação da Experiência de Curitiba</b> Apresentadores: Carmem Moura Paulo Poli</p>	<p>13h30-15h30</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Definição de colaboradores e subgrupos de trabalhos</b> (em plenária) – Felipe Cavalcanti</li> <li>- <b>Metodologia, esboço dos produtos esperados e cronograma</b> (em subgrupos)</li> </ul>
<p>15h às 16h</p> <p><b>Discussão das experiências apresentadas</b></p>	<p>15h30 – 17h</p> <p><b>Apresentação da programação de trabalho dos subgrupos</b> (em plenária) – Felipe Cavalcanti</p>
<p>16h às 16h30</p> <p><b>Intervalo</b></p>	
<p>16h30 às 18h30</p> <p><b>“O uso de protocolos como ferramenta na prática do enfermeiro: desafios, possibilidades e perspectivas”</b> Palestrante: Prof. Ricardo Ceccim (UFRGS) Coordenador: Felipe Cavalcanti</p>	

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. São Paulo: Rev. Eletr. Saúde e Sociedade. vol.13 nº.3. Set./Dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria MS/GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, publicada no DOU nº 204, seção 1, de 24/10/11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e Cogestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Rio de Janeiro: Ciênc. saúde coletiva, vol.5 nº2, 2000.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO & SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. Coordenação de Saúde da Família. Protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Subsecretaria Geral Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012.

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, 2012. 512 p.: il.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY E.E.; ONOCKO, R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. Saúde: Cartografia do Trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_.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.