

Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço

Marcos Azeredo Furquim Werneck
Horácio Pereira de Faria
Kátia Ferreira Costa Campos



Universidade
Federal de
Minas Gerais

NESCON
núcleo de **educação** em **saúde coletiva**
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço

Marcos Azeredo Furquim Werneck
Horácio Pereira de Faria
Kátia Ferreira Costa Campos

Belo Horizonte
Nescon UFMG
2009

A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte e a finalidade não seja comercial. Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores.

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Ronaldo Tadeu Pena

Vice-Reitora: Heloisa Maria Murgeu Starling

Pró-Reitoria de Pós-Graduação

Pró-Reitora: Elizabeth Ribeiro da Silva

Pró-Reitoria de Extensão

Pró-Reitora: Ângela Imaculada de Freitas Dalben

Pró-Reitora Adjunta: Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Coordenador do Centro de Apoio à Educação a Distância (CAED)

Coordenadora: Maria do Carmo Vila

Coordenadora da UAB na UFMG: Ione Maria Ferreira de Oliveira

Cátedra da UNESCO de Educação a Distância

Coordenadora: Rosilene Horta Tavares

Escola de Enfermagem

Diretora: Marília Alves

Vice-Diretora : Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira

Faculdade de Educação

Diretora: Antônia Vitória Soares Aranha

Vice-Diretor: Orlando Gomes de Aguiar Júnior

Faculdade de Medicina

Diretor: Francisco José Penna

Vice-Diretor: Tarcizo Afonso Nunes

Faculdade de Odontologia

Diretor: Evandro Neves Abdo

Vice Diretora: Andréa Maria Duarte Vargas

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina / UFMG (Nescon)

Coordenador em exercício: Edison José Corrêa



Produção Editorial

Editora Coopmed

Diretor Editorial: Victor Hugo de Melo

Projeto Gráfico

Marco Severo, Rachel Barreto e Romero Ronconi

Revisão de Prova

Zirlene Lemos

W491p Werneck, Marcos Azeredo Furkim

Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço / Marcos Azeredo Furkim Werneck, Horácio Pereira de Faria e Kátia Ferreira Costa Campos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 90p. : il., 22x27cm.

Público a que se destina: Profissionais da saúde ligados à estratégia da Saúde da Família.
ISBN: 978-85-7825-021-8

1.Serviços de Saúde/normas. 2. Administração de Serviços de Saúde. 3. Protocolos. 4.Protocolos Clínicos. 5. Educação Médica. I. Faria, Horácio Pereira de. II. Campos, Kátia Ferreira Costa. III. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon). IV. Título.

NLM: WA 525

CDU: 614

Sumário

| | |
|---|-----------|
| Apresentação dos autores..... | 6 |
| Apresentação do Programa Ágora - Especialização em Saúde da Família..... | 7 |
| Apresentação da Unidade Didática II..... | 8 |
| Introdução ao módulo..... | 10 |
| Seção 1 O emprego de protocolos nos serviços de saúde..... | 13 |
| Parte 1 O emprego dos protocolos na organização dos serviços de saúde..... | 15 |
| Parte 2 Meu município utiliza protocolos?..... | 19 |
| Parte 3 O conceito de cuidado e a utilização dos protocolos em serviços de saúde..... | 21 |
| Parte 4 As linhas de cuidado..... | 27 |
| Parte 5 As linhas-guia..... | 29 |
| Parte 6 O que são protocolos?..... | 31 |
| Parte 7 Protocolos de cuidado à saúde: protocolos clínicos..... | 34 |
| Parte 8 Protocolos de cuidado à saúde: protocolos de organização dos serviços..... | 36 |
| Parte 9 Protocolos, gestão do serviço e processo de trabalho..... | 38 |
| Parte 10 Questões que se impõem para as equipes de saúde com o emprego de protocolos..... | 40 |
| Parte 11 O emprego de tecnologia, o fetiche da tecnologia e a organização dos serviços de saúde..... | 42 |
| Parte 12 Riscos e limites no emprego dos protocolos..... | 45 |
| Parte 13 Consequências da utilização de protocolos..... | 49 |
| Seção 2 Como elaborar protocolos..... | 51 |
| Parte 1 Aspectos gerais na elaboração de um protocolo de cuidado à saúde..... | 53 |
| Parte 2 Elaboração de protocolo clínico..... | 62 |
| Parte 3 Elaboração de protocolo de organização dos serviços..... | 65 |
| Conclusão do módulo..... | 77 |
| Referências | 81 |
| Apêndices..... | 87 |
| Anexo..... | 89 |

Apresentação dos autores

Marcos Azeredo Furquim Werneck

Cirurgião-dentista pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Odontologia Social pela Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/MG). Doutor em Odontologia Social/Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense. Professor Associado da Faculdade de Odontologia/UFMG. Membro da Comissão de Assessoramento à Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde.

Kátia Ferreira Costa Campos

Enfermeira pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Administração em Unidades Básicas de Saúde pela Organização Panamericana de Saúde OPAS/Secretaria de Saúde Distrito Federal em convênio com o Centro Universitário de Brasília (CEUB). Mestre em Enfermagem pela UFMG. Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade FUMEC. Membro do Conselho Regional de Enfermagem - Minas Gerais (do COREN-MG). Membro da Câmara Técnica de Atenção Básica do COREN-MG.

Horácio Pereira de Faria

Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Medicina Social. Mestre em Saúde Ocupacional. Professor-assistente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG. Pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon). Membro do Núcleo de Estudos de Saúde e Paz/ Departamento de Medicina Preventiva e Social da UFMG e do Grupo de Estudos de Saúde do Trabalhador Rural (GESTRU).

Apresentação do Programa Ágora

Especialização em Saúde da Família

O Curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade a distância, é uma realização da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon)/Faculdade de Medicina, com a participação da Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional e da Faculdade de Educação. Essa iniciativa é apoiada pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (Sgetes)/Universidade Aberta do SUS (UNA–SUS) – e pelo Ministério da Educação – Sistema Universidade Aberta do Brasil.

O curso integra o Programa Ágora do Nescon e, de forma interdisciplinar, interdepartamental, interunidades e interinstitucional, articula ações de ensino – pesquisa – extensão. Além do Curso, o Programa atua na formação de tutores, no apoio ao desenvolvimento de métodos, técnicas e conteúdos correlacionados à educação a distância e na cooperação com iniciativas semelhantes.

É direcionado a médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas e outros integrantes de equipes de Saúde da Família. O curso tem seu sistema instrucional baseado na estratégia de educação a distância.

Cadernos de Estudo e outras mídias, como DVD, vídeos, com um conjunto de textos especialmente preparados, são disponibilizados na biblioteca virtual, como ferramentas de consulta e de interatividade. Todos são instrumentos facilitadores dos processos de aprendizagem e tutoria, nos momentos presenciais e a distância.

Os textos que compõem o Curso são resultado do trabalho interdisciplinar de profissionais da UFMG, de outras universidades e do serviço de saúde. Os autores são especialistas em suas áreas e representam tanto a experiência acadêmica, acumulada no desenvolvimento de projetos de formação, capacitação e educação permanente em saúde, como na vivência profissional.

A perspectiva é que este curso de especialização cumpra importante papel na qualificação dos profissionais de saúde, com vista à consolidação da Estratégia Saúde da Família e no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, universal e com maior grau de equidade e qualidade.

A coordenação do CEABSF oferece aos alunos que concluírem o curso oportunidades de poder, além dos módulos finalizados, optar por módulos não cursados, contribuindo, assim, para seu processo de educação permanente em saúde.

Para informações detalhadas consulte:

CEABSF e Programa Ágora:

www.nescon.medicina.ufmg.br/agora

Biblioteca Virtual:

www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca

Apresentação da Unidade Didática II

Disciplinas optativas

A Unidade Didática II (UDII) do Curso de Especialização em Saúde da Família, da qual faz parte esta publicação, é formada por módulos relativos a disciplinas optativas, entre as quais você pode escolher um número suficiente para integralizar 180 horas (12 créditos). Com as 180 horas (12 créditos) de disciplinas obrigatórias cursadas na Unidade Didática I, fica completado o mínimo de 360 horas (24 créditos) necessário à integralização da carga horária total do Curso.

Nesta UD II, o propósito é possibilitar a você atender as suas necessidades próprias ou de seu cenário de trabalho, sempre na perspectiva de sua atuação como membro de uma equipe multiprofissional. Dessa forma, procura-se contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a reorganização da Atenção Básica à Saúde (ABS), por meio da estratégia Saúde da Família.

O leque de ofertas é amplo na UD II. Envolve disciplinas de 60 horas – saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, saúde bucal, saúde do adulto, urgências e saúde mental – disciplinas de 30 horas, que visam às necessidades profissionais específicas – como saúde da criança: doenças respiratórias, agravos nutricionais; saúde do trabalhador educação física, entre outras.

Endemias e epidemias são abordadas em disciplinas que desenvolvem aspectos da Atenção Básica para a leishmaniose, dengue, tuberculose, hanseníase, etc.

Características atuais voltadas para grandes problemas sociais – como saúde ambiental – também são abordadas em disciplinas específicas. A Família como foco da Atenção Básica é uma das disciplinas da UD II e traz uma base conceitual importante para as relações que se processam no espaço da equipe de Saúde da Família, e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Por seu caráter de instrumentos para a prática profissional e para os aspectos metodológicos, duas disciplinas são sugeridas a todos os alunos, entre as disciplinas optativas: Protocolos de cuidado à saúde e organização do serviço e Projeto social: saúde e cidadania.

Para atender bem às necessidades pessoais, sugere-se que você, antes da opção de matrícula nessas disciplinas, consulte seus conteúdos disponíveis na biblioteca virtual.

Esperamos que a UD II seja compreendida e utilizada como parte de um curso que representa mais um momento de seu processo de desenvolvimento e de qualificação constantes.

Para informações detalhadas consulte:

CEABSF e Programa Ágora: www.nescon.medicina.ufmg.br/agora

Biblioteca Virtual: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca

Introdução ao Módulo

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas. A literatura recente mostra, em relação aos protocolos, número mais alto de estudos sobre os protocolos de atenção à saúde, em relação aos de organização de serviços. Têm como foco a padronização de condutas clínicas e cirúrgicas em ambientes ambulatoriais e hospitalares. Em sua maioria, protocolos clínicos estão baseados em evidências científicas, envolvem a incorporação de novas tecnologias e dão ênfase às ações técnicas e ao emprego de medicamentos.

Encontramos, também, estudos sobre protocolos assistenciais, protocolos de atenção, protocolos de cuidado, protocolos de acompanhamento e avaliação, protocolos de organização da atenção, entre outras denominações. Em um primeiro momento, esta diversidade de categorias pode causar alguma dificuldade. No entanto, direcionados por diretrizes diferenciadas, acabam por ser agrupados, quanto à natureza, como **protocolos clínicos e protocolos de organização dos serviços**.

Em geral, as diretrizes mantêm relação direta com as diretrizes do modelo de atenção. No caso do Sistema Único de Saúde (SUS), as diretrizes maiores são as da Constituição Brasileira: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (PAIM, 2004). Essas diretrizes vêm sendo constantemente reafirmadas e normatizadas em eventos importantes para a construção do modelo proposto pelo SUS, como as conferências de saúde e, da mesma forma, “as conferências de consenso, voltadas para discussão e obtenção de pautas diagnósticas, terapêuticas e preventivas para determinadas doenças e agravos, e a adoção de “protocolos assistenciais” para o desenvolvimento de melhores práticas nos processos de trabalho em saúde” (PAIM, 2004).

Também as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002, além de definirem bases de prática para a atenção básica, propuseram a criação de protocolos para a assistência médica. De acordo com Paim (2004), foram medidas centradas em padrões estabelecidos pela comunidade científica e nos elementos do processo de trabalho no sentido de aprimorar o atendimento e aumentar a satisfação dos usuários.

Por meio da Portaria GM/MS 816, de 31/05/2005, o Ministério da Saúde constituiu o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde. Essa Portaria levou em consideração algumas situações, conforme se segue:

- superação do elevado grau de dependência do país na incorporação de equipamentos e insumos médicos;
- Necessidade de definir critérios para avaliação, aprovação e incorporação, no âmbito do SUS, de protocolos clínicos e assistenciais, diretrizes terapêuticas e outras tecnologias, tendo por base seus impactos na saúde da população e na organização dos serviços;
- Necessidade de identificar e ordenar os protocolos clínicos e assistenciais existentes e em elaboração no âmbito do Ministério da Saúde;
- Necessidade de racionalizar os gastos públicos com a incorporação de novos procedimentos e tecnologias;
- Necessidade de estabelecer processos permanentes de incorporação e revisão dos protocolos clínicos e assistenciais e tecnologias em saúde, tendo por base as evidências científicas disponíveis, os benefícios e riscos para saúde dos usuários, o custo-efetividade e o impacto na organização dos serviços e na saúde da população.

Em 2006, o Pacto pela Saúde buscou induzir a qualidade do atendimento, propondo que o mesmo esteja amparado em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados (BRASIL, 2006)

Como decorrência desses movimentos institucionais, e diante da expansão e consolidação da atenção básica e da estratégia de Saúde da Família (SF), a utilização de protocolos passou a fazer parte do trabalho cotidiano da maioria dos municípios brasileiros. Muitos deles passaram a elaborar seus próprios protocolos, diante das necessidades de saúde que lhes eram peculiares. Porém, em um número considerável de municípios, estão sendo adotados os protocolos produzidos e preconizados pelo

Ministério da Saúde ou pelas secretarias estaduais. Em especial no caso de Minas Gerais, foi estabelecido um processo de elaboração de linhas-guia que vêm orientando as práticas dos serviços de saúde e consolidando o emprego de protocolos. Portanto, podemos afirmar que todos os municípios habilitados em algum formato de gestão do SUS fazem a utilização rotineira de protocolos na organização de suas ações de saúde.

É importante salientar que os protocolos, por seguirem as diretrizes do SUS, não são neutros e exercem marcada influência na construção do modelo de atenção. São estratégias fundamentais, tanto no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações, quanto na padronização das ações e do processo de trabalho. Dessa forma, podem ser considerados elementos importantes para a obtenção de qualidade dos serviços.

Os protocolos apresentam limites. Por isso, embora alicerçados em referências científicas e tecnológicas, não devem ser tomados para além de sua real dimensão. Sua utilização, desprovida de avaliação, de acompanhamento gerencial sistemático e revisões científicas periódicas, constitui significativo risco de se produzir um processo de trabalho pobre e desestimulante, em que planejamento e avaliação não acontecem e em que, para gestores e trabalhadores, não há lugar para a renovação e a inovação.

Considerando essas premissas e outras que vamos discutir, esperamos que, após cursar este módulo, você seja capaz de:

- Compreender a importância do emprego dos protocolos em serviços de saúde da rede pública na construção do processo de trabalho e do modelo de atenção em saúde;
- Saber os limites e possibilidades da utilização de protocolos;
- Utilizar protocolos em seu dia-a-dia;
- Identificar as diferenças e as semelhanças entre linhas-guia e protocolos, sejam eles clínicos ou de organização dos serviços;
- Utilizar as diretrizes de elaboração de um protocolo, passos e fontes necessárias a essa elaboração.

Para cumprir estes objetivos, organizamos o módulo nas seguintes seções:

Seção 1 - O emprego dos protocolos na organização dos serviços de saúde

Seção 2 - Como elaborar protocolos

Seção 1

O emprego de protocolos nos
serviços de saúde

Nesta seção abordaremos os aspectos gerais do emprego dos protocolos nos serviços de saúde:

Parte 1 - O emprego dos protocolos na organização dos serviços de saúde

Parte 2 - Meu município utiliza protocolos?

Parte 3 - O conceito de cuidado e a utilização dos protocolos em serviços de saúde

Parte 4 - As linhas de cuidado

Parte 5 - As linhas-guia

Parte 6 - O que são protocolos?

Parte 7 - Protocolos de cuidado à saúde: protocolos clínicos

Parte 8 - Protocolos de cuidado à saúde: protocolos de organização dos serviços

Parte 9 - Protocolos, gestão do serviço e processo de trabalho

Parte 10 - Questões que se impõem para as equipes de saúde com o emprego de protocolos

Parte 11 - O emprego de tecnologia, o fetiche da tecnologia e a organização dos serviços de saúde

Parte 12 - Riscos e limites no emprego dos protocolos

Parte 13 - Consequências da utilização de protocolos

Ao final desta seção, esperamos que você seja capaz de conhecer e diferenciar os aspectos conceituais referentes a protocolos e esteja embasado para a elaboração dos mesmos.

Parte 1

O emprego dos protocolos na organização dos serviços de saúde



Foto: Zirlene Lemos

Antes de iniciarmos nossas discussões sobre protocolos, vamos acompanhar uma situação vivida pela Equipe Verde, da Unidade de Saúde de Vila Formosa, do município de Curupira. Embora não se constitua em um problema prioritário, é o tipo de situação que acontece com relativa frequência e pode, dependendo das circunstâncias, interferir no processo de trabalho da equipe.

Uma situação de rotina: o cafezinho nas reuniões da Equipe Verde

Na quarta-feira pela manhã vai acontecer a reunião quinzenal da Equipe Verde. Na última reunião, em uma discussão sobre o comportamento da equipe, foram levantados pequenos problemas como o horário de início, que não estava sendo respeitado por alguns, a quantidade de conversas paralelas, a falta de cadeiras, gente entrando e saindo a toda hora, pessoas atendendo o celular, o café fraco e doce e os biscoitos sempre meio velhos. Chegaram à conclusão de que deveriam mudar algumas situações, pactuaram essas mudanças e fizeram uma divisão das tarefas.

O café e os biscoitos ficaram sob a responsabilidade das agentes comunitárias de saúde (ACS) Aline e Mariana, da médica Renata e da auxiliar de enfermagem Joana. Tão logo terminou aquela reunião, elas

trataram de se reunir e resolver o que estava sob a responsabilidade de cada uma.

A decisão sobre os biscoitos foi rápida, pois, tradicionalmente, todos gostam muito do biscoito de polvilho com queijo da Padaria Natal e dos biscoitos Maria, desde que bem crocantes. Mariana, que mora perto da padaria, ficou incumbida de encomendá-los para o dia da reunião.

Quanto ao café, o problema era aparentemente simples. Quem sempre fazia o café era o ACS Marco Antônio que, por morar próximo à unidade de saúde, já o trazia pronto de casa. Nas últimas reuniões, esse produto não vinha agradando e a queixa era de que ele estava sempre frio, fraco e muito doce. Portanto, o que tinham que fazer era mudar a qualidade do café.

Porém, a decisão sobre o café não foi tão tranquila assim. Renata ponderou que o café ficaria melhor se fosse feito na unidade, na hora da reunião, com o que todos concordaram. Concordaram, também, que este deveria ser mais forte e menos doce. E passaram a discutir sobre quem iria fazer o café. Então, descobriram que cada uma fazia de um jeito.

Aline colocava um litro de água, seis colheres de sopa bem cheias de açúcar e duas e meia de pó de café, recolhido em um coador de pano. Fervia a água com o açúcar, passava o café em uma panela de ferro e, em seguida, o transferia para a garrafa térmica. Disse que aprendera este processo em casa, com a mãe, que gostava de tomar café a toda hora. Como sua família era grande e não havia muito dinheiro, estava acostumada com o cafezinho mais ralo e doce.

Ao ouvir Aline, Joana disse que fazia café praticamente igual e que a única diferença era que coava o café direto na garrafa.

Mariana comentou que, com essas receitas, o café continuaria doce, ainda fraco e não resolveria o problema. Então, contou como fazia. Disse que enchia a garrafa térmica com água, entornava-a na chaleira e fervia aquela quantidade, sem açúcar. Colocava entre três e quatro colheres das de sopa de pó de café e passava o café com filtro de papel, direto na garrafa. Dessa forma, as pessoas teriam a liberdade de adoçar com açúcar ou adoçante, conforme sua preferência.

Aline e Joana argumentaram que a fórmula de Mariana iria criar um problema, pois precisariam de colherinhas para mexer o café antes de tomá-lo e não havia nenhuma na unidade. O melhor, então, era o café já vir adoçado, por ser mais prático e, além disso, era como a maioria das pessoas gostava.

Renata também não gostava de café com açúcar, mas, diante do argumento apresentado, concordou em adoçar o café. Contudo, propôs que fosse utilizado apenas um pouco de açúcar. Disse que havia aprendido a fazer café com a mãe. A sua medida de água tinha, como referência, copos de vidro (aqueles de requeijão) equivalentes a mais

ou menos 250 ml. O número de copos era o necessário para encher a garrafa. Para cada copo de água, ela colocava duas colheres de sopa bem rasinhas de açúcar e uma colher bem cheia de pó. E utilizava filtro de papel. Quando a água fervia, ela enchia a garrafa com aquela água quente, para aquecê-la. Deixava a água ali um pouquinho e a retornava à chaleira para ferver novamente. Em seguida, colocava o porta-filtro, com o filtro de papel já com o pó, na boca da garrafa, tampando-a para não esfriar. Quando a água tornava a ferver, ela passava o café direto na garrafa. De acordo com Renata, esta manobra permitia que o café ficasse quente por mais tempo. Em sua opinião, o café ficava forte, pouco doce e muito saboroso. E, desta forma, poderiam fazer uma garrafa de cada vez, evitando desperdício e tomando sempre um “cafezinho novo.”

Então, elas resolveram fazer a receita de Renata. Como a unidade possuía um fogareiro, mas não havia nada para fazer o café, Renata se dispôs a trazer, apenas para aquela reunião, todos os ingredientes e utensílios necessários. E definiram que, ao final da reunião, iriam avaliar a mudança com a equipe e decidir, juntos, como fazer daí em diante.

Na quarta-feira, o café fez o maior sucesso! Agradou a todos e foi sugerido que a receita fosse padronizada para que, independentemente de quem fizesse o café, ele sempre ficasse do jeito que fora servido naquele dia.

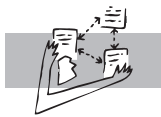
A demanda estabelecida pela equipe obrigou os responsáveis pelo café a se aproximarem do problema (café fraco, frio e doce, pessoas insatisfeitas), conhecer o objeto (tipos de café) e clarear a finalidade (pessoas satisfeitas com o café) para, então, implantar, com os meios (saberes sobre como fazer café, utensílios, ingredientes) e os agentes (as pessoas e sua inserção no enfrentamento do problema), as ações que permitissem o alcance do produto desejado (café quente, forte e saboroso). Tudo isso num processo de trabalho em que cada um dos elementos foi tão importante quanto o outro.

A situação apresentada enfoca uma tomada de decisão conjunta em que, na maioria das vezes, surgem formas diferentes de se fazer a mesma coisa. Isso ocorre em função de que as pessoas são diferentes, agem e têm percepções diversas sobre o mesmo problema. Conseqüentemente, podem divergir nos modos de pensar as soluções e implementá-las. Tudo isto, de alguma forma, relaciona-se com a inserção dos sujeitos no mundo, sendo o reflexo de suas histórias de vida, suas bagagens culturais e, portanto, seus valores, princípios e comportamentos. Aline, Joana, Mariana

e Renata desejaram enfrentar e resolver o problema. Todas iriam fazer o café. Só que, certamente, o teriam feito em quatro formas diferentes que não necessariamente significaria a superação do problema levantado pela equipe. Todas as receitas resultavam em café e estavam respaldadas em experiências socioculturais legitimadas por histórias familiares e condições materiais, que significam valores e hábitos em uma sociedade. Mas, que resultavam em produtos diferentes.

Sintetizando, no caso do café feito pelos membros da Equipe Verde, podemos perceber um processo que teve início com avaliação e identificação do problema, definição de responsáveis pela busca de solução e estabelecimento de um prazo. Percebe-se, ainda, a participação de todos que tinham a responsabilidade de solucionar o problema, bem como a participação da equipe avaliando e definindo a padronização.

Julgamos que esse caso vivenciado pela Equipe Verde possa nos ajudar a compreender o processo de construção e implantação de protocolos. Pois é no processo de padronização que vamos encontrar o espaço por onde transitam os protocolos.



Atividade 1

No seu trabalho na equipe de Saúde da Família ou mesmo em sua vida particular, você consegue identificar alguma situação ou problema semelhante ao exemplo ilustrado? Como foi que você ou a sua equipe lidou com o problema?

Guarde em seu portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Parte 2

Meu município utiliza protocolos?

Com a descentralização, a autonomia dos municípios tem sido um dos mais importantes avanços alcançados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em muitos deles, a construção do sistema de saúde vem se consolidando à medida que se alcança um processo estruturado de gestão, no qual, entre outros, o emprego de protocolos tem sido uma maneira de efetivar o modelo de atenção proposto pelo SUS.

Porém, em um grande número de municípios, a discussão sobre o emprego dos protocolos não acontece ou, quando acontece, não é de forma clara, participativa ou democrática. Possivelmente essa situação tenha a ver com a condução da gestão do processo de trabalho, ou seja, com a forma como gestores e trabalhadores estão realizando suas atividades cotidianas. Neste sentido, com o objetivo de compreender possíveis causas dessa situação, duas ocorrências relativamente frequentes merecem ser enfocadas.

Em alguns municípios, os gestores não se posicionam e delegam aos profissionais as responsabilidades da condução das ações de saúde. Não há intervenções no processo de trabalho e não são instituídos momentos de avaliação. Nesses locais, muitos de nós estamos fazendo as ações cotidianas com a utilização de tecnologias que aprendemos há algum tempo e que nem sempre realizamos de forma refletida ou crítica. Algo muito cômodo para nós: sempre fizemos assim e está respondendo bem. Então, por que “inventar moda” e tentar fazer diferente? Mudar? Vai dar muito trabalho.

Em outros municípios os gestores chamam para si a responsabilidade de definição pela adoção dos protocolos e apenas comunicam sua implantação. Essa situação pode ocasionar acomodação dos profissionais e resultar em um trabalho rotineiro e desestimulante.

Pense nisso!

Temos que nos informar sobre os protocolos que estão sendo empregados em nosso município, conhecê-los e discutir sobre sua adequação e pertinência diante das necessidades de saúde da população. Procurar, também, conhecer outros protocolos definidos pelo Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde, a Organização Mundial de Saúde ou por outro município. Isso pode introduzir novos conhecimentos, produzir boas reuniões de trabalho, melhorar as relações de nossa equipe, instigar-nos a trabalhar com mais prazer e compromisso e, quem sabe, levar-nos à produção de algum protocolo novo. Ou seja, o emprego crítico e consciente de protocolos nos torna sujeitos na construção do processo de trabalho de nossa equipe.

Nas duas situações, a falta de problematização do processo de trabalho não permite que os protocolos tenham significado para seu cotidiano. Raramente refletimos sobre eles. Na maioria das vezes, tanto o gestor quanto a equipe não se preocupam com a existência e/ou o acompanhamento de protocolos no dia-a-dia de nosso trabalho. Poderemos até ficar com a impressão de que o emprego de protocolos não se constitui em uma ação importante na construção do programa de Saúde da Família (PSF) de nosso município.

O seu município adotou algum protocolo? Você ou outro profissional, representando sua equipe, participou da elaboração de algum protocolo ou discutiu a implantação de algum já existente, do Ministério da Saúde, por exemplo? Ou será que você está seguindo protocolos sem discussão e crítica sobre eles?

Como já afirmamos na introdução deste módulo, com a expansão e consolidação de estratégias de organização do SUS, grande parte dos municípios brasileiros instituíram o emprego de protocolos, passaram a elaborar seus próprios protocolos ou adotaram protocolos produzidos e preconizados pelo Ministério da Saúde ou pelas secretarias estaduais.

Parte 3

O conceito de cuidado e a utilização dos protocolos em serviços de saúde

Neste espaço vamos apresentar alguns conceitos importantes para o processo de organização dos serviços de saúde. Esses conceitos são enunciados pelo Ministério da Saúde e por alguns autores consagrados pela literatura.

De certa forma, algumas vezes, dizem a mesma coisa em relação às ações de saúde. Noutras, apresentam particularidades. Assim, conceitos como cuidado, atenção à saúde e assistência poderão aparecer com formatos muito semelhantes. Algumas vezes, serão mais clínicos; outras, mais voltados para a organização das ações na unidade e no território; noutras, serão um misto das duas primeiras classificações. Mas, certamente, sua natureza, mais clínica ou mais de organização dos serviços estará sempre orientada por diretrizes provenientes do SUS e/ou respaldada pelas evidências científicas que embasam suas ações.

Por isso, antes de entrarmos na discussão desses conceitos, é importante compreendermos a importância das diretrizes na definição de protocolos cujo emprego é fundamental no processo de organização dos serviços de saúde.

Diretrizes

Na Constituição Federal, as diretrizes do SUS enfatizam o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Elas orientam a organização dos serviços e o aporte de ciência e tecnologia às ações de saúde, que muitas vezes acontecem com o emprego de protocolos.

Para saber mais...

É importante saber que as diretrizes, por si só, não geram ações. São instrumentos direcionadores de linhas políticas e dependem, em primeiro lugar, de quem as adota e como são interpretadas. Ou seja, dependem da percepção que se tem do objeto de trabalho. Neste sentido, a qualidade obtida nos serviços vai depender da direcionalidade política impressa pelo gestor às ações.

Ao citar a importância das diretrizes na construção e no emprego de protocolos em serviços de saúde, Stein (2005) afirma que:

A qualidade da atenção deve ser mensurada pela melhor integração dos serviços e aplicação dos recursos disponíveis, para obter os melhores índices possíveis de saúde dos usuários do sistema, ao mais baixo custo de recursos e com os mais baixos riscos e efeitos adversos sobre os indivíduos, as comunidades e o sistema.

As diretrizes, como uma tecnologia da gestão da clínica, são “recomendações preparadas de forma sistemática, com base em evidências científicas, com o propósito de influenciar as decisões dos profissionais de saúde e dos pacientes a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas” (INSTITUT OF MEDICINE, 1990).

Cuidado em saúde

O termo cuidado origina-se do latim (coera) cura e diz respeito a “uma atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa ou objeto estimados. A dedicação e a disponibilidade de participação, o sentimento de zelo e a responsabilidade realizam o cuidado” (LUZ; MIRANDA, 2007; SILVA JR., 2005).

Para Boff (1999), o cuidado deve ser compreendido como uma parte fundamental do modo de ser das pessoas, numa situação em que alguém sai de si para centrar-se no outro com carinho. Para o autor, “cuidar das coisas implica ter intimidade, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhes sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com, auscultar-lhe o ritmo e afinar-se com ele”.

Citado por Barreto e Moreira (2000), Heidegger destaca o cuidado como a primeira marca humana. Afirma que:

Cuidar é uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando ao alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.

Com base na teoria de Heidegger, Luz e Miranda (2007) entendem o cuidado como ocupação e preocupação para fora de si, com o sentido primeiro de preservação de um outro, caracterizado pela ação de cuidar.

“Nessa perspectiva, cuidar é tarefa de todos, como cuidar do planeta, do país, da cidade, do outro, do familiar ou não-familiar, da criança, do idoso, do que sofre, do que chora, do que pede e do que não pode pedir”.

No sentido de melhor compreender o significado dado por Heidegger para o cuidado como essência da existência humana, vale a pena conhecer a fábula escrita por Higino, de origem grega e base latina, que apresentamos a seguir:

“Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma ideia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe a forma de uma criatura. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu a Júpiter que soprasse espírito na criatura que ele havia esculpido, o que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois afinal, tinha sido feita de barro, material do corpo da Terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão, que pareceu justa: você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem primeiro moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil” (In: BOFF, 2001).

A produção de ações de cuidado no dia-a-dia dos serviços significa um conjunto de relações entre os profissionais e os usuários, cujo objetivo é a inclusão, que se concretiza por meio do respeito e da preocupação dos primeiros em escutar a subjetividade dos segundos. Significa, também, a preocupação com os saberes e tecnologias a serem utilizadas. Dessa forma, podemos afirmar que o cuidado propicia a existência de ações que incluem o acolhimento, a aproximação atenta aos valores, percepções e comportamentos do usuário diante de problemas e situações de saúde que acontecem em sua vida. De acordo com Pinheiro e Mattos (2004), trata-se de um processo de escuta “que acontece num sentido mais global, em que o sujeito emerge em sua especificidade, mas também como pertencente a um determinado contexto sociocultural do qual não pode ser alijado”.

Ainda conforme Pinheiro e Mattos (2004), a produção de ações de cuidado em saúde vem possibilitando o avanço de um processo de investigação que envolve tanto “os estudos sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde e a transição tecnológica do campo” quanto os estudos que visam à importância da construção dos processos relacionais entre mundo tecnológico e o das necessidades dos usuários, tendo como foco o olhar sobre as razões instrumentais e comunicativas que as presidem.

Os autores seguem afirmando que:

Observa-se que, num projeto terapêutico de atenção integral, vários serviços alimentam a linha de produção do cuidado. Em serviços de saúde centrados no usuário, o elemento estruturante da assistência é sua necessidade, identificada pela equipe e trabalhada mediante projetos terapêuticos integrados e integralizadores. Esse tipo de organização do cuidado implica grande capacidade gestora, de interlocução, de negociação, bem como a integração dos diversos níveis de atenção para garantia de:

- disponibilidade de recursos para alimentar todas as ações;
- fluxos assistenciais centrados no usuário, facilitando referências e contrarreferências;
- instrumentos que garantam referência segura aos diversos níveis de atenção (definição de fluxos regulados, apoio matricial e outras ferramentas de articulação, central de marcação de consultas, central de internação, uso de informática, outros);
- garantia de contrarreferência para o nível de atenção básica, em que se deve construir o vínculo e o acompanhamento permanente ao usuário sob cuidados das equipes da rede assistencial;
- determinação de que a equipe da atenção básica é responsável pela gestão do projeto terapêutico que será executado na linha do cuidado integral, garantindo acompanhamento seguro.

Atenção à saúde

De acordo com Paim (2004), a atenção à saúde insere-se no campo disciplinar da Política. Surge como resposta social aos problemas e necessidades no que se refere à responsabilidade do Estado em relação à saúde dos indivíduos e da coletividade. Para esse autor, a atenção à saúde “pode sofrer influências do perfil epidemiológico da população, que

depende, fundamentalmente, das condições e estilos de vida (modo de vida) e se expressa em necessidades (sofrimento, doença, agravos, riscos e ideais de saúde)”.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a atenção à saúde é tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. Na organização das ações do SUS, o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, quais sejam a atenção básica, a atenção secundária e a atenção terciária. Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema. Não se deve, porém, considerar um desses níveis de atenção mais relevante que o outro, porque a atenção à saúde deve ser integral. Nem sempre um município necessita ter todos os níveis de atenção à saúde instalados em seu território para garantir a integralidade do atendimento à sua população. Particularmente no caso dos pequenos municípios, a garantia da integralidade pode ser conseguida por meio de pactos regionais que garantam às populações dessas localidades acesso a todos os níveis de atenção. A prioridade para todos os municípios é ter a atenção básica operando em condições plenas e com eficácia (BRASIL, 2009a).

Assistência

De forma geral, o conceito de assistência aparece muito relacionado às ações de natureza clínica. De acordo com o Dicionário Aurélio Ferreira (2004), “assistência” significa o ato de assistir. Significa proteção, amparo, arrimo, socorro médico ou intervenção de pessoas legalmente autorizadas em certos atos daqueles que têm relativa capacidade civil, para lhes suprir a deficiência. Já “assistir”, significa estar presente, comparecer, ver, testemunhar, notar, observar, auxiliar, ajudar, socorrer, favorecer. Acompanhar doentes para prestar-lhes conforto moral ou material.

Para o SUS, o conceito de **assistência** em saúde, iluminado pela concepção ampliada de saúde, possivelmente engloba os significados aqui expressos para **cuidado e atenção à saúde**. De acordo com a NOAS 2002, a organização dos sistemas locais tem, como objetivo, a garantia do acesso de toda a população residente nesses espaços territoriais a um conjunto de ações e serviços correspondente ao nível de assistência à saúde.

Cuidado, atenção à saúde, assistência e os protocolos de cuidado à saúde: uma opção

Até aqui procuramos apresentar alguns conceitos sobre **cuidado, atenção à saúde e assistência**. Possivelmente, ao lê-los, você deve ter percebido como muitas vezes eles são abordados sem que se consiga definir ao certo seus significados, chegando a produzir tanto alguma convergência quanto alguma ambiguidade conceitual.

Todavia, assim como afirmamos no início, embora algumas vezes apresentem semelhanças e diferenças, os termos **cuidado, atenção à saúde e assistência** acabam por se ocupar, em alguma medida, de um mesmo objeto: a preocupação de um serviço e seus cidadãos trabalhadores com as necessidades, problemas e demandas dos cidadãos usuários. Ou a preocupação com a organização das ações na unidade e no território, tendo como princípio o conceito ampliado de saúde do SUS.

A nosso ver, entre os conceitos apresentados, o **cuidado**, pelo sentido humanizador e ético que guarda, pelo emprego de saberes e tecnologias, pela abrangência no processo de organização das ações e serviços e por ser percebido como essência da natureza humana e tudo que a cerca, justifica as bases que nos levaram, neste documento, à opção pelo termo que o intitula: **protocolos de cuidado à saúde**.

Desta forma, é importante a compreensão de que, daqui em diante, tanto os protocolos de natureza clínica quanto os de organização dos serviços deverão ser assumidos como **protocolos de cuidado à saúde**. E as atividades previstas neste livro, a serem realizadas por vocês e suas equipes nas unidades de saúde em que trabalham, deverão ser guiadas pela preocupação e pelo compromisso em produzir atos de saúde afinados com os princípios que constituem e dão significado ao conceito de cuidado aqui apresentado.

Parte 4

As linhas de cuidado

Na organização do trabalho em equipe nenhum profissional perde seu campo específico de ação profissional. O que surge como novo é o modo de abordar e enfrentar os problemas. A equipe se responsabiliza, de forma compartilhada, por conhecer os usuários, compreender suas demandas, tratar e propor, com a participação ativa destes, modos de controlar os seus problemas. A consulta como forma usual de resposta é superada por outra ação de maior amplitude, que passa a ser concebida como cuidado (BRASIL, 2006).

O cuidado engloba a consulta e a ultrapassa ao inserir outros saberes e fazeres, numa relação de parceria entre os membros de uma equipe e desta com o usuário. A aproximação com o usuário traz a chance de se construir, com ele, a autonomia possível frente aos seus problemas. Suas necessidades, demandas e valores passam a ser um objeto central das ações da equipe. Assim, o trabalho em equipe e o cuidado permitem uma organização mais abrangente dos serviços de saúde, por meio de uma estratégia denominada “linha do cuidado”.

De acordo com o Ministério da Saúde:

As linhas do cuidado significam um arranjo organizacional dos serviços de saúde em rede, centradas no usuário, visando à integralidade das ações. Requerem profissionais trabalhando de forma integrada, capazes de perceber o usuário não como um doente, mas como uma pessoa que traz, em sua demanda, as representações de sua história e as marcas de sua forma de viver: sua inserção social, suas relações e seus saberes. Ocorrem através da utilização sincronizada de um conjunto de tecnologias e do trabalho em equipe, voltadas para o processo de receber os usuários, ouvi-los, encaminhá-los e resolver suas necessidades. Estão baseadas na potencialização do trabalho de

cada membro da equipe, valorizando os saberes de cada categoria, constituindo-se no primeiro momento de um processo de resposta, que se pretende constante, às necessidades das pessoas (BRASIL, 2006).

Nesta forma de organização, a necessidade de uma criança, de um adulto ou de um idoso deve encontrar um conjunto de fluxos interligados e contínuos, capazes de fazer com que estes usuários encontrem, no interior dos serviços, as ações e os profissionais aptos a responder, a tempo, a estas demandas. Este processo de trabalho pode colocar o problema de cada usuário como objeto e responsabilidade de toda a equipe da unidade, introduzindo um novo “fazer”, possibilitando acabar com a fragmentação do atendimento (BRASIL, 2006).

Parte 5

As linhas-guia

As linhas-guia são instrumentos que abrigam conteúdos sobre determinada área do conhecimento e de prática no campo da saúde. Têm o objetivo de “determinar, normalizar, padronizar ou regular ações ou procedimentos. [...] São base para a organização sistêmica dos serviços, como um meio para se alcançar a racionalização dos recursos, a otimização do trabalho, mantendo ou melhorando sua qualidade” (ESPÍRITO SANTO, 2008).

No processo de desenho das redes de atenção à saúde, as linhas-guia constituem a diretriz clínica fundamental à área temática que se quer considerar. Uma vez que não há uma rede única que dê conta de todos os problemas de saúde, devem ser propostas, entre outras, redes temáticas de atenção à mulher e à criança, às doenças cardiovasculares, às doenças oncológicas, às urgências e às emergências, etc. (ESPÍRITO SANTO, 2008).

Em relação a uma determinada condição ou doença, uma linha-guia busca normalizar e integralizar o processo de organização da atenção em rede, cobrindo desde as ações de prevenção primária, secundária e terciária até aquelas referentes à atenção primária, secundária e terciária. Caracteriza-se por ordenar o caminhar das pessoas na rede de atenção à saúde, estabelecendo os fluxos entre os diversos lugares de atenção nessa rede. É, pois, mais ampla que um protocolo clínico (ESPÍRITO SANTO, 2008).

As linhas-guia embasam o processo de estruturação do conhecimento e das ações de um campo do saber em saúde, cuja organização deve se dar buscando a integração dos níveis de prevenção e de atenção. Nesta organização, o emprego de protocolos pode ser bastante útil, pois se o trabalho em uma unidade de saúde é sensível aos problemas citados, parece lícito afirmar que pode ser igualmente sensível à adoção de mecanismos de gestão.

Pode-se afirmar, então, que em uma rede de serviços de saúde as linhas-guia orientam as ações de determinado setor de forma integralizada, na lógica dos níveis de atenção.

Para saber mais...

Para conhecer as linhas-guia da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, você pode acessar o site http://dtr2004.saude.gov.br/dab/evento/mostra/documentos/mr/ok15h_marco_antonio_mr16.pdf

Em Minas Gerais, a Secretaria de Estado da Saúde vem estimulando o emprego de linhas-guia, desde a concepção e elaboração, até a implementação nas unidades de saúde. Até o momento já foram produzidas, entre outras, as linhas-guia de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério; Atenção à Saúde da Criança; Atenção à Saúde do Adolescente; Atenção à Saúde do Adulto (em quatro volumes abordando a tuberculose, a hanseníase, a hipertensão arterial e o diabetes); Atenção à Saúde do Idoso; Saúde Mental; Saúde Bucal e Manual do Prontuário da Família.

Parte 6

O que são protocolos?



Foto: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

De forma mais sintética, protocolos são as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde.

Quanto à sua natureza, os protocolos podem ser clínicos e/ou de organização dos serviços.

Focando a abordagem clínica, o Ministério da Saúde afirma:

Os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseados na melhor informação científica. São orientações concisas sobre testes diagnósticos e tratamentos que podem ser usados pelo médico no seu dia-a-dia. Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica. Cada protocolo clínico deve ser delineado para ser utilizado tanto no nível ambulatorial como hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Glossário

Protocolos clínicos: são instrumentos direcionadores da atenção à saúde dos usuários, apresentando características voltadas para a clínica, as ações preventivas, promocionais e educativas.

Protocolos de organização dos serviços: são instrumentos a serviço da gestão dos serviços, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção (marcação de consultas, referência e contrarreferência) e com outras instituições sociais.

Abordando o emprego dos protocolos em ambiente hospitalar, Jacques e Gonçalo (2007) afirmam que a gestão do conhecimento tem possibilitado o uso eficaz do conhecimento em benefício dos serviços, por meio da construção de protocolos médico-assistenciais. Para os autores, desafiando a existência de tensões e conflitos no interior dos serviços de saúde, a gestão do conhecimento fundamenta-se na necessidade de que a construção desses protocolos funcione como núcleo de interesse entre gestores e profissionais da saúde, tornando-os parceiros no compartilhamento de ideias, sejam elas de estrutura, processos ou resultados.

O mesmo raciocínio pode ser adotado quando se pensa no emprego de protocolos no campo da atenção primária, onde se situam as unidades básicas de saúde. De acordo com os autores, os protocolos propiciam “processos ricos em aprendizagem organizacional e, como prescrevem racionalmente os melhores recursos a serem utilizados, são a garantia da maior probabilidade de resultados assistenciais almejados” (JACQUES; GONÇALO, 2007).

Algumas vezes, os protocolos são demandados pelos gestores e profissionais dos serviços de saúde, a partir de problemas concretos de seu dia-a-dia. Noutras situações, podem resultar de diretrizes que signifiquem a orientação política do SUS em cada local e a cada momento. Assim, conforme afirmamos, os protocolos podem ser instrumentos muito úteis na organização do processo de trabalho e na resolubilidade das ações de saúde no âmbito das unidades de saúde. Porém, é importante lembrar que, embora útil e necessário, o emprego de protocolos apresenta limites, pois pode restringir-se a atos e procedimentos preestabelecidos e não responder às reais demandas clínicas em diferentes situações.

Para Campos e Amaral (2007), “o trabalho clínico apresenta regularidades possíveis de serem identificadas e descritas em manuais, cadeias de cuidado ou protocolos”. No entanto, a clínica apresenta significativa variedade de demandas por atenção e esse fato traz a necessidade de que se combine a padronização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos com as variações presentes em cada caso. Segundo os autores, esta não é uma questão de fácil equacionamento, uma vez que se torna necessária a abertura dos profissionais para situações em que ocorrem imprevistos, capaz de gerar neles mais autonomia para a condução do trabalho clínico. Nesse caso, a função preponderante da gestão é fazer com que a maioria dos profissionais se sinta tanto motivada para colaborar na elaboração, acompanhamento e avaliação dos protocolos quanto para realizar os

procedimentos clínicos com capacidade de singularizar determinadas situações e, de fato, produzir o melhor caminho terapêutico exigido em cada caso. Enfim, os autores sugerem a adoção de uma gestão democrática que produza a reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde, invertendo a lógica das “linhas de produção” para a organização da atenção aos pacientes “com autonomia profissional e clara definição de responsabilidade clínica”

Atividade 2

Considerando o uso de protocolos na unidade de saúde em que você trabalha, responda às seguintes questões:

Quais as estratégias de sua equipe para implantação de protocolos?

Que dificuldades e facilidades você identifica e qual é a sua participação?

Vamos discutir essa questão no fórum.



Parte 7

Protocolos de cuidado à saúde: protocolos clínicos



Fotos: Peter Illiciev - Fiocruz Multimagens

Protocolos clínicos, conforme já vimos, são instrumentos direcionadores da atenção, voltados para a clínica e ações preventivas, promocionais e educativas. Referem-se ao enfrentamento de determinados problemas de saúde, por meio do emprego de conhecimentos e tecnologias eficientes e eficazes, respaldados nas evidências científicas.

A abordagem dos protocolos clínicos suscita algumas questões. A primeira delas refere-se à tecnologia empregada:

Qual é o objetivo da adoção de determinado protocolo clínico? A tecnologia que ele incorpora permite o enfrentamento do problema de forma adequada? Quais as competências que os profissionais necessitam ter para utilizar um protocolo? De que recursos uma unidade de saúde precisa para implementar determinado protocolo?

Respondidas essas perguntas, vamos às próximas questões:

Com que intensidade a tecnologia empregada nos protocolos clínicos nos permite discutir e defini-los como a melhor indicação para as demandas dos usuários? Conhecemos todas as opções de tecnologia para definirmos por um determinado protocolo em detrimento de outros?

Como exemplo, poderíamos citar a situação em que determinado medicamento A (ou protocolo A) apresenta eficácia de 90% para o controle da pressão arterial, mas tem custo tão elevado que só será possível disponibilizá-lo a 30% dos hipertensos.

No mercado, existe outro medicamento B (ou protocolo B) com eficácia de 60% para o controle da pressão arterial, a um custo que permite sua disponibilização para 70% dos hipertensos. Em resumo, vejamos o Quadro 1.

| Medicamento (ou protocolo) | Eficácia terapêutica | Percentual da população coberta | Percentual da população beneficiada* |
|----------------------------|----------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| A | 90% | 30 | 27 |
| B | 60% | 70 | 42 |

* população beneficiada é a população que teve acesso à medicação e, em função da sua eficácia, apresentou o resultado esperado do medicamento (melhorou ou teve a sua pressão arterial controlada).

Ficam, então, as seguintes questões a serem resolvidas:

Qual é a melhor opção para a situação mencionada? O que precisamos saber para tomar a decisão? Quem participa desse processo de decisão?

Protocolos clínicos são úteis, necessários e podem ser efetivos na organização do cuidado. Sua ênfase reside na tecnologia empregada e na intensidade com que ela permite a melhor opção de enfrentamento dos problemas existentes.



Fotos: Peter Illiciev - Fiocruz Multimagens

Parte 8

Protocolos de cuidado à saúde: protocolos de organização dos serviços

Os protocolos de organização dos serviços são instrumentos a serviço da gestão, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção e com outras instituições sociais.

São referências para a organização das diversas ações da(s) equipe(s) em uma unidade de saúde. Exigem que a equipe realize a discussão sobre a forma como trabalha. Exigem que ela se organize para diagnosticar situações e problemas, planejar, decidir pela implementação das ações e por sua avaliação. E, também, que sejam feitas as pactuações necessárias e as divisões de tarefas e responsabilidades. E, ainda, que seja estabelecido um processo de avaliação constante do comportamento das pessoas, tanto na condição de profissionais quanto na de membros da equipe.

Protocolos de organização dos serviços referem-se principalmente à organização do processo de trabalho. Em relação a essa organização, exigem a definição do “que fazer” e de “quem fazer”.

Atividade 3



Considerando os protocolos existentes em sua unidade, tome como exemplo três protocolos, sintetize-os, responda às questões a seguir e preencha o quadro:

Você consegue identificar a natureza de cada protocolo?

Você os considera atuais e adequados? Reflita e tente responder por quê.

Você consegue estabelecer alguma relação de custo-benefício no emprego desses protocolos?

Você percebe ganhos na qualidade das ações para a saúde das pessoas?

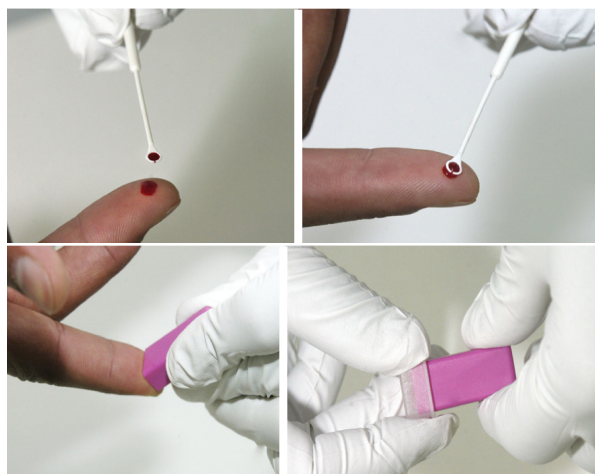
Ou para a gestão da unidade e do sistema?

Guarde em seu portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

| Protocolo | Natureza | Atualidade | Adequação | Custo/ Benefício | Ganhos/ Qualidade |
|-----------|----------|------------|-----------|---------------------|----------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

Parte 9

Protocolos, gestão do serviço e processo de trabalho



Fotos: Arquivo Fiocruz - Fiocruz Multimagens

Como vimos, o emprego de protocolos é importante e pode ajudar, e muito, no cuidado e na gestão dos serviços de saúde. Pode, ainda, por seu caráter científico, significar a garantia permanente de avanços, imprimindo melhor qualidade às ações de cuidado e de gestão. Ou mesmo permitir a redução de gastos desnecessários.

Mas, será que só esses fatores são suficientes para garantir a estrutura do processo de trabalho e a construção do modelo de atenção proposto pelo SUS (CARDOSO 2008; FARIA, 2008; FARIA, 2008b; VASCONCELOS, 2009).

Os protocolos são instrumentos empregados pelos serviços diante de problemas a serem superados ou diante da necessidade de se organizar melhor as ações. E os serviços devem seguir diretrizes – em geral são as diretrizes do SUS – que melhor se adequem às necessidades identificadas nos territórios sob sua responsabilidade. Portanto, são diretrizes políticas. Então, os protocolos são instrumentos que não são neutros: ao seguirem as diretrizes, eles seguem a política de saúde que as ditam.

Mas, será que os gestores e os profissionais dos serviços têm clareza quanto a essa política?

Ainda que atuando no âmbito do SUS, na estratégia de Saúde da Família (SF), será que estão atentos aos seus princípios e diretrizes?

Será que o modelo existente é, de fato, o modelo preconizado pelo SUS e por essa estratégia? E o processo de trabalho adotado pela unidade, resulta de um movimento dos gestores e dos profissionais em que haja clareza de todos sobre as finalidades, o objeto, os agentes e os meios? Será que há a clareza do papel exercido pelos protocolos nesse processo? Afinal de contas, a serviço de que proposta esses protocolos foram elaborados?

As respostas a estas questões e a clareza sobre os seus significados são fundamentais para se entender um segundo aspecto, que está intimamente ligado à compreensão do objeto de trabalho.

Qual é o objeto? A saúde das pessoas? Ou a doença? Nossa principal preocupação é com a cura dos problemas de saúde que afetam o corpo das pessoas? Ou nos preocupamos igualmente em compreender as causas e os determinantes do processo saúde-doença na sociedade em que vivem essas pessoas? Nosso trabalho é individual, fragmentado e centrado em consultas? Ou estamos preocupados em conhecer o território e nos estabelecer como equipe para potencializar a efetividade em nossas ações?

Precisamos refletir sobre esses aspectos ao utilizar protocolos. Desenvolver um raciocínio crítico, pois, como instrumentos (meios) não-neutros, os protocolos podem contribuir para as mudanças necessárias e os avanços desejados. Ou, então, para perpetuar modelos e processos de trabalho indesejáveis, ultrapassados e destoantes da proposta do SUS e da estratégia de SF.

Para refletir

Como vimos, o emprego de **protocolos de cuidado à saúde (clínicos e de organização dos serviços)** é uma necessidade e constitui um importante caminho de muita utilidade na gestão do conhecimento e na organização das ações de saúde na atenção básica e na estratégia de saúde da família. Requerem esforço conjunto de gestores e profissionais para que seu emprego seja, de fato, adequado às necessidades do serviço, permita o estabelecimento de objetivos e metas (por meio de um processo de planejamento), a implementação de ações e sua constante avaliação e modifique o processo de trabalho das equipes de saúde em cada unidade.

Apesar disso, os protocolos apresentam limites, nem sempre conduzindo às mudanças no processo de trabalho, eliminando tensões e conflitos ou respondendo às demandas de cada paciente. Nesses casos, é importante que os profissionais se preparem para enfrentar situações imprevistas sem perder de vista os objetivos de um processo de trabalho integrado e factível de ser avaliado.

Parte 10

Questões que se impõem para as equipes de saúde com o emprego de protocolos

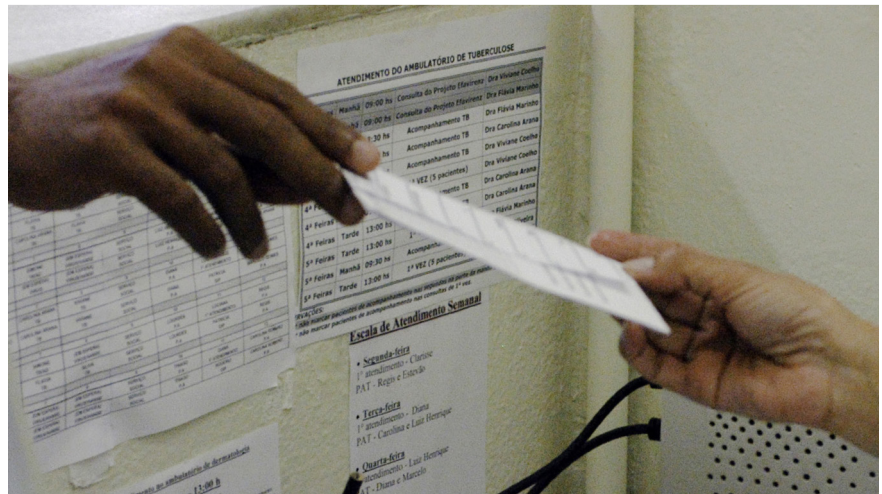


Foto: Paulo Rodino - Fiocruz Multimagens

As ações clínicas, preventivas e educativas desenvolvidas nos serviços acontecem tanto com base no conhecimento científico e tecnológico quanto nas vivências e valores dos profissionais que as planejam e executam. Essa situação nos remete ao fato de que a qualidade a ser impressa em cada ação vai depender do conhecimento, do compromisso, da implicação e do valor atribuído ao serviço pelo trabalhador. Ou à responsabilidade de cada profissional (e da equipe) na decisão pela escolha da tecnologia, pelo emprego de um protocolo. Para o enfrentamento de um problema ou necessidade da população, há que haver consenso e equilíbrio entre o que é embasado pelas evidências científicas e o que é necessário e possível em cada unidade de saúde. Enfim, se é bom contar com as vivências e valores dos profissionais, é necessário que a equipe toda participe do processo de decisão.

Além disso, nos serviços de saúde, a adoção de procedimentos e a incorporação de tecnologias – quando não sustentadas por critérios adequados às suas reais demandas – instituem um processo de trabalho fragmentado e sem planejamento, não garantem impactos positivos na saúde das pessoas, podem resultar em gastos desnecessários e significar um fator a mais de dependência na incorporação de equipamentos e insumos clínicos.

A ausência de padronização das ações significa fragilidade da gestão, podendo levar a uma grande variação nos modos de fazer.

A superação desses problemas requer compromisso e nova postura, em que o desejável é a responsabilização de gestores e profissionais no sentido de se construir um processo de trabalho diferente, planejado e implementado pela equipe. Superação que é um grande desafio, uma vez que não se pode ignorar, no interior dos serviços, os conflitos e tensões que decorrem da hierarquia ou que acontecem pela existência de diversos profissionais com interesses e inserções diferentes em relação às decisões gerenciais.

O emprego de instrumentos de gestão que se estabeleçam como diretrizes, linhas-guia, linhas do cuidado e protocolos e que tenham como referências diretrizes que fortaleçam os princípios, pode ser uma estratégia potente para a introdução de novas formas de se fazer a prática, que lhes deem direcionalidade e garantam a continuidade das ações.

No caso dos protocolos, é fundamental que se conheça, em profundidade, o problema a ser enfrentado. É importante saber definir os objetivos a alcançar, para que não se aceite qualquer fórmula, tecnologia ou caminho terapêutico como proposta de solução para o problema.

Portanto, o que se espera é que as diretrizes guardem estreita relação com a situação de saúde da população sob a responsabilidade de uma unidade, com os problemas enfrentados e com sua capacidade de produzir saúde.

E que, nesses casos, possam direcionar a construção de instrumentos – protocolos – que, de alguma forma, vão interferir efetiva e positivamente na qualidade do serviço, gerando ações de gestão e de atenção que sejam elementos-chave na padronização do cuidado. Podem, também, ser importantes na complementação de outras abordagens e estratégias que permitam mensurar resultados, por meio de indicadores de desempenho.

Parte 11

O emprego de tecnologia, o fetiche da tecnologia e a organização dos serviços de saúde



Fotos: Peter Illiciev - Fiocruz Multimagens

Na elaboração dos protocolos, torna-se fundamental a compreensão do significado de tecnologia. Ela significa tanto o conhecimento científico e técnico (as pessoas, seus conhecimentos, habilidades e implicações) quanto os processos e os medicamentos, aparelhos, formulários, documentos e outros instrumentos e recursos materiais e financeiros (insumos).

Schneid *et al.* (2003) enfocam a relação entre avanço tecnológico, benefícios à saúde e os recursos existentes no setor público. Para eles, no campo da saúde, os protocolos são recursos de tecnologia tão importantes quanto os recursos humanos, físicos ou materiais. E embora os recursos diagnósticos e terapêuticos sejam, hoje em dia, muito mais efetivos do que há poucas décadas, os benefícios esperados para a saúde das pessoas (em função do avanço da tecnologia) são limitados, pois os recursos são finitos e nunca irão suprir todas as necessidades. Ressaltam, ainda, a necessidade de se realizarem constantes avaliações envolvendo a relação custo-benefício, evitando-se gastos desnecessários. E afirmam que, no caso do emprego dos protocolos, as evidências científicas podem

ser úteis “também para administrar de forma científica e ética esse conflito entre o avanço da tecnologia e a limitação de recursos.”

Essa postura depende muito de que gestores e profissionais saibam disso para trabalhar, de forma conjunta, cada problema, sua magnitude, transcendência e determinantes, para que seja possível estipular qual é a tecnologia necessária, como deve e quem deve empregá-la e, em seguida, confrontá-la com a tecnologia disponível para verificar, com os recursos humanos, materiais e financeiros existentes, se é possível ou não enfrentar o problema (dimensionando quanto e onde) com os recursos de que se dispõe ou se será necessário “adquirir mais tecnologia”

O emprego de tecnologia e a capacidade de se compreender, operar e custear essa tecnologia é que vão garantir a qualidade do trabalho de uma equipe de saúde por meio do emprego de protocolos.

Esta afirmativa reveste-se de importância diante do fato de que, não raro, a adoção de tecnologia pelos serviços públicos de saúde pode ser influenciada por um preconceito culturalmente construído na sociedade de que a qualidade está diretamente condicionada à existência de “tecnologia de última geração”. Esse preconceito, internalizado na formação e no ideal de prática dos profissionais de saúde e presente na imagem desejada pela maioria dos usuários, acaba por contribuir para a construção social do “fetichismo da tecnologia”.

Na organização dos serviços públicos de saúde, esse fetichismo pode conduzir a uma percepção míope das ações, que passam a ser classificadas como pouco sérias, de baixa qualidade, com o emprego de “insumos de segunda” destinados às pessoas pobres, podendo acontecer de qualquer forma. Ou, ainda, levar a uma classificação polarizada entre os serviços públicos e os serviços privados, estes últimos em função do emprego de tecnologia como “algo de primeira” ou como de alta qualidade.

Em geral, nessas situações, não há o desenvolvimento de uma consciência crítica nem da percepção de que, na construção da qualidade de um serviço de saúde, torna-se fundamental saber qual é a tecnologia mais adequada à real necessidade das pessoas. Porque, na existência desses valores, pode existir muita dificuldade em perceber que a incorporação tecnológica nem sempre é capaz de conferir, por si só, uma qualidade nova às ações de saúde.



Atividade 4

Em relação à adoção de protocolos em sua unidade ou por sua equipe, responda às seguintes perguntas:

Cite um protocolo clínico adotado por sua unidade ou por sua equipe. Em relação a esse protocolo:

- Qual é o objetivo?
- A tecnologia incorporada ou demandada permite o enfrentamento do problema de forma adequada? Quais as competências que os profissionais de sua equipe necessitam para utilizar esse protocolo?
- De que recursos sua unidade de saúde necessita para implementar esse protocolo?
- Com que intensidade a tecnologia empregada nesse protocolo clínico permite à equipe discutir e defini-lo como a melhor indicação para as demandas dos usuários?
- A equipe conheceu todas as opções de tecnologia para definir a adoção desse protocolo em detrimento de outros?

Guarde em seu portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Parte 12

Riscos e limites no emprego dos protocolos

Em relação à sua adequação e abrangência, os protocolos não respondem a todas as questões e nem sempre representam uma alternativa para o enfrentamento de situações imprevistas. Algumas vezes são adaptações de protocolos internacionais, nem sempre apropriados ou bem adaptados para as necessidades nacionais.

Nas situações em que são bem indicados e adequados, tendem a responder satisfatoriamente, trazendo segurança aos profissionais. Porém, quando isso ocorre, há um risco de que eles se tornem “o único caminho”, “a única solução” e fiquem por períodos muito longos sem avaliação e atualização. Ou, ainda, que, por responderem de forma satisfatória às necessidades do serviço, acabem por gerar um clima de acomodação dos profissionais em relação à renovação do conhecimento, às possíveis reposições tecnológicas, às avaliações da prática cotidiana, levando a uma apatia nociva no processo de trabalho. Nestes casos, o trabalho tende a ficar repetitivo e os profissionais desestimulados.

Um aspecto preocupante refere-se aos recursos envolvidos na utilização de um protocolo. É fundamental que se façam estudos de tempos, insumos, número de profissionais envolvidos e custos, avaliando a relação custo-benefício para evitar gastos desnecessários com todos esses recursos.

Outra questão importante refere-se à ausência de padronização nas ações de uma equipe de saúde. Essa situação abre um espaço indesejável para o emprego de protocolos internacionais ou a adoção não-crítica de outras tecnologias, o que pode tornar as práticas inadequadas para a realidade local. Em ambos os casos, o que se pode observar é a ausência de processos de planejamento e avaliação – o que, certamente, não vem gerando a melhoria do cuidado, a possibilidade de ampliação do acesso ou do controle dos problemas de saúde da população.

Ao fazer resenha do livro “A construção da clínica ampliada na atenção básica” (CUNHA, 2005), Moreira (2007) alerta:

[...] dialogando com as ferramentas da gestão, entre elas os chamados protocolos ou guidelines, o autor promove uma análise importante acerca dos seus limites e do quanto eles podem promover alienação no trabalho quando passam a ser usados indiscriminadamente como padrões, perdendo-se a perspectiva originária de sua formulação. Os limites dos guidelines e protocolos para as situações complexas e a abordagem de doenças crônicas constituem um dos pontos referidos pelo autor. As situações de emergência e urgência muito graves são lócus onde esses protocolos apresentam mais sentido. É assim que a centralidade dos aspectos biológicos e a perspectiva de imutabilidade dos sujeitos invadiram a clínica tradicional e fizeram da programação em saúde um espaço de relações onde predominam as agendas fixas de acordo com o perfil dos pacientes a serem tratados. Estes parecem que não evoluem em seus quadros e reificam na perspectiva diagnóstica e têm seus retornos sempre agendados fixamente, oferecendo-se um cardápio de recursos invariáveis às necessidades – possivelmente muito variáveis e permeadas de componentes de imprevisibilidade – de atenção. O autor defende a ideia de que o espaço da saúde é um território aberto à produção e à variação. Portanto, faz-se necessário que as equipes promovam avaliações constantes no seu cardápio de recursos e respectivos impactos. O autor aponta, ainda, para os limites da Medicina baseada em evidências que, ao apoiar suas evidências em populações altamente selecionadas e não representativas, além de que suas ferramentas epidemiológicas não são sensíveis aos conflitos de interesses e às variações no campo das relações entre profissional e paciente, acaba por não conseguir responder à singularidade de cada situação apresentada na atenção básica. Segundo o autor, a utilização acrítica dessas ferramentas (programação em saúde, Guidelines e Medicina baseada em evidências) pode tornar-se um obstáculo a mais para a ampliação da clínica e para a construção de um diálogo que desconstrua a pretensão totalizante e generalizante da ação em saúde (MOREIRA, 2007).

Com o intuito de ilustrar a questão abordada nesta parte, vale a pena citar uma situação ocorrida recentemente na microárea 4 da equipe Verde (FARIA, 2008).

Quando os protocolos não respondem a uma demanda...

Rodolfo é um jovem de 13 anos de idade, saudável, residente na microárea 4 (uma comunidade rural distante oito quilômetros da área central de Sucupira, sem serviço de água tratada e fluoretada), trabalha auxiliando o pai na lavoura de tomate e batata e nunca foi ao dentista. Há aproximadamente um mês, em visita domiciliar realizada pela ACS Sônia e pela técnica de saúde bucal (TSB) Gilda, Rodolfo foi orientado a procurar o serviço de saúde bucal. Naquela ocasião, ao realizar um exame de rotina para definição da necessidade de tratamento odontológico (parte do protocolo utilizado pela equipe de Saúde Bucal para organizar o acesso), Gilda constatou que ele apresentava dentes em ótimas condições, mas, observou a presença generalizada de tártaro, gengivite, mau hálito e suspeita de uma pequena cárie, o que a levou a indicá-lo para o atendimento.

Na data marcada, D. Inês, avó de Rodolfo, acompanhou o neto até a unidade de saúde Vila Formosa I. Rodolfo foi atendido por Cláudia e Maria das Dores, cirurgiã-dentista e auxiliar de saúde bucal (ASB) da equipe verde. De acordo com o protocolo clínico adotado pela equipe de Saúde Bucal (ESB), em uma única consulta de aproximadamente 50 minutos, Rodolfo teve todo o seu tratamento realizado: evidenciação de placa bacteriana, raspagem e polimento coronário, aplicação tópica de flúor e entrega de escova e creme dental. Diagnosticou-se que a suspeita de cárie era apenas um sulco acastanhado, não sendo necessária intervenção. Ao longo da consulta, Rodolfo pôde ver a quantidade de placa que apresentava e foi informado sobre a ação desta no surgimento das doenças gengivais e da cárie, sobre a importância de se fazer a higiene frequente e sobre as técnicas de higienização com emprego de fio dental e escova, reafirmando a sua responsabilidade na manutenção da própria saúde bucal.

Ao terminar a consulta, Cláudia e Maria das Dores chamaram D. Inês e relataram tudo que haviam feito, reforçando a importância das instruções sobre a higiene e o autocuidado. D. Inês as ouviu pacientemente. Ao final, disse que tinha uma dúvida: embora compreendesse que elas fizeram uma excelente consulta, queria mesmo era saber com que idade aquele

Lembre-se:

Técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar de saúde bucal (ASB) são os novos termos definidos pela Lei Federal nº 11.889 de 24/12/2008 para os antigos técnico em higiene dentária (THD) e auxiliar de consultório dentário (ACD).

rapaz poderia extrair todos os dentes e colocar uma dentadura (prótese total), reafirmando ser esta a sua maior preocupação.

Cláudia e Maria das Dores ficaram estupefatas, considerando aquilo um absurdo. Afinal de contas, o que haviam feito é que era o correto. Era o que sabiam fazer, em função de tudo que aprenderam e experimentaram em suas vidas, reforçado pelos livros mais atualizados e pelos protocolos do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e do município de Curupira. Como aquela senhora poderia querer extrair os dentes excelentes de seu neto, sem qualquer indicação científica para tal? Não podiam concordar.

Então, como deveriam proceder? Ficaram tão incomodadas com o fato que o expuseram em uma reunião da equipe. Houve muita discussão e as opiniões, de forma geral, foram de concordância com a da equipe de Saúde Bucal. Porém, a ACS Sônia apresentou uma argumentação fundamental para o processo de trabalho da equipe. Disse compreender as razões da demanda de D. Inês. Para ela, que foi moradora da região por muitos anos, o que aquela avó estava lhes dizendo era um dos aspectos mais importantes de sua vivência com as questões da saúde bucal. Disse entender as razões da equipe de Saúde Bucal, mas achava que aquela situação estava acontecendo porque havia duas formas diferentes de se ver um mesmo problema. E propôs uma ação de acompanhamento mais constante da equipe à microárea 4, com o intuito de se aproximar e melhor conhecer os valores e hábitos daquelas famílias.

Decidiu-se, então que a equipe de Saúde Bucal, com a participação especial da ACS Sônia e do educador José Ribeiro, faria reuniões com as famílias da microárea, com o objetivo de discutir o problema.

Ao final de um mês de trabalho, foi possível compreender que o caso de Rodolfo e D. Inês era a forma de solução de problemas de saúde bucal de muitas famílias que, em função de sua situação social, resolviam seus problemas dentários, geração após geração, extraíndo dentes e colocando dentaduras. Além do desaparecimento definitivo da dor de dente e do “não ir mais ao dentista”, essa “solução” também servia como alívio para o orçamento doméstico.

Não se tratava, pois, de acatar a demanda de D. Inês: mas, de **compreendê-la.**

Para refletir: como proceder se os protocolos não apresentavam resposta para o problema?

Parte 13

Consequências da utilização de protocolos

O emprego responsável e regular de protocolos deve ser consequência de um processo de planejamento. Ele gera a necessidade de que os gestores estejam atentos e deflagrem um movimento de acompanhamento constante, avaliando a efetividade desses instrumentos, bem como as relações produzidas por este processo.

Embora não substitua o planejamento, é de se esperar que seu emprego facilite a interação entre trabalhadores e gestores e que, em relação aos usuários, seja capaz de possibilitar melhor conhecimento do padrão cultural de suas demandas.

É de se esperar, também, a construção de um processo de trabalho no qual haja elaboração e pactuação de metas e de indicadores que permitam avaliar processos e resultados, conduzindo a avaliações mais seguras e constantes. E, finalmente, que leve à incorporação de novas tecnologias de informação.

Outro aspecto relevante refere-se ao acompanhamento constante do emprego dos protocolos – adequação, pertinência, capacidade de induzir novas respostas e atualização. Esse acompanhamento poderá criar um espaço importante de produção de novas evidências científicas sobre a utilização de protocolos em atenção básica no SUS. Nesse caso, torna-se fundamental que esse acompanhamento se dê em parceria com instituições de ensino, no bojo de um processo de educação permanente.

Para refletir

Protocolos são instrumentos importantes para o desenvolvimento das ações de saúde e devem ser empregados com critérios técnicos, científicos e políticos. Podem ser úteis à organização do processo de trabalho e à construção do modelo de atenção:

- Na possibilidade de se reduzir a variação de práticas clínicas, proporcionando mais efetividade e eficiência no cuidado às pessoas;
- na padronização de rotinas de trabalho, procedimentos clínicos e fluxos internos e externos em uma unidade de saúde;
- na utilização científica de procedimentos e ações, bem como na introdução de novos conhecimentos, métodos e insumos;
- na implementação de medidas para aumentar o acesso (acolhimento, visitas domiciliares, ações intersetoriais);
- no estabelecimento de relações mais efetivas com os usuários;
- na produção de indicadores e no estabelecimento de metas, propiciando um processo mais efetivo de planejamento e avaliação.

Finalmente, a depender de como ocorrer o processo de discussão, adoção e implantação de protocolos, é possível afirmar a efetividade de protocolos como instrumentos de mudanças e de aumento da capacidade crítica dos profissionais, melhora de desempenho e postura individual e coletiva, gerando um trabalho capaz de produzir mais saúde.

**Atividade 5****Problema: hipertensão arterial**

Observa-se a existência de alguns protocolos para sua abordagem. Embora apresentem aspectos científicos comuns, é possível observar diferenças na construção, quando comparamos os protocolos propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo Ministério da Saúde (MS) e pelas secretarias estaduais e municipais de saúde.

Pesquise e avalie protocolos sobre este tema na literatura, sites de busca na Internet ou diretamente nos sites dessas instituições. Registre sua opinião sobre as diferenças e semelhanças desses protocolos.

Guarde em seu portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Seção 2

Como elaborar protocolos

Esta seção tem como objetivo discutir alguns aspectos gerais relacionados à elaboração de protocolos e, particularmente, os passos para sua elaboração. Ao final são apresentados alguns exemplos de protocolos.



Foto: Ana Lúcia Chagas

Parte 1

Aspectos gerais na elaboração de um protocolo de cuidado à saúde

Vamos ver, agora, alguns aspectos para a elaboração de protocolos.

Inicialmente, como devem estar articulados à política nacional de saúde. A seguir, as características dos profissionais e dos recursos de que devem dispor para elaborar e implantar protocolos.

1.1 | A construção de protocolos articulados à política nacional de saúde

Na construção dos protocolos, clínicos ou de organização dos serviços, deverão ser incorporados novos conceitos e definições sobre atenção à saúde, objetivando o alcance de resultados concretos que melhorem a qualidade de vida de cada usuário, numa prática que implica a cooperação entre os diversos profissionais por meio do desenho, execução e monitorização de um plano terapêutico.

A adoção de protocolos em nível nacional é um longo processo e sua efetiva implantação nem sempre ocorre de maneira imediata, pois o melhor conhecimento ou uma boa pesquisa não se transforma imediatamente em boas práticas de cuidado. De acordo com Picon e Beltrame (2002), “há um longo caminho entre a descoberta científica e a chegada desta ao [...] profissional [...] que toma as decisões e outro longo caminho até se alcançar o real benefício aos pacientes”.

Para os autores, “toda política de saúde em que uma nova recomendação é instituída somente recebe a atenção dos profissionais e apoio das instituições públicas governamentais e não-governamentais

se construída em bases sólidas e de forma participativa e democrática.” Assim, é necessário que muitos protocolos passem por um longo processo de construção participativa. Os textos produzidos deverão ser analisados por profissionais com reconhecida capacidade técnica e política e, se necessário, por consultores. As versões reavaliadas pelos consultores deverão ser submetidas a um processo de avaliação no Ministério da Saúde e, finalmente, publicadas no Diário Oficial da União em consulta pública nacional por um período de, pelo menos, 60 dias.

Consultas públicas possibilitam a participação efetiva de entidades, de profissionais de saúde, de gestores do Sistema Único de Saúde e de usuários, numa ampla discussão de cada protocolo. Esse processo pode agregar valiosas contribuições e sugestões para o aprimoramento dos textos originais publicados.

É fundamental que se faça uma avaliação do impacto financeiro de cada decisão sobre a nova tecnologia acrescentada aos processos de diagnóstico e tratamento gerados pelos protocolos. Esta não é uma tarefa fácil, diante das dificuldades encontradas em algumas áreas, com falta de informações epidemiológicas como a “prevalência de algumas doenças, frequência de utilização dos serviços de saúde, custos dos serviços prestados, impacto real dos tratamentos na saúde dos usuários, medidas de qualidade de vida” (PICON; BELTRAME, 2002).

Nesses casos, pode ser tomada a decisão por uma assessoria de custo-efetividade. Para alguns protocolos, a avaliação de custo-efetividade se faz com base em dados nacionais; para outros, na literatura internacional e para outros ainda, são propostos projetos de estudos futuros que incluam avaliação de custo-efetividade. Em seguida, os assessores da equipe técnica deverão elaborar as versões possíveis das diretrizes de ação e, a partir destas, devem construir os fluxogramas de tratamento. Os profissionais das equipes, com base nas diretrizes, irão elaborar os fluxogramas de ação, as fichas terapêuticas e os guias de orientação aos pacientes (PICON; BELTRAME, 2002).

Enfim, protocolos devem acompanhar a evolução do conhecimento técnico e científico e ser continuamente atualizados. Fica, assim, o desafio para gestores e equipes de saúde, que deverão ser capazes de produzir, periodicamente, a atualização desses protocolos. Para tal, é necessário que haja o engajamento dos profissionais e a adequada estruturação e treinamento das equipes, imprescindíveis à produção de efeitos benéficos para a população.

1.2 | O que precisamos ser e saber na elaboração de protocolos

Elaborar um protocolo não é uma tarefa fácil. Requer conhecimento, disciplina, determinação, paciência, trabalho em equipe, humildade, parcerias e recursos.

Precisamos conhecer o SUS: seus princípios e diretrizes e objetivos. Sua forma de organização e os recursos de que dispõe no local onde trabalhamos. Precisamos conhecer, em detalhes, a realidade do território sob a responsabilidade de nossa unidade de saúde. Conhecer as formas de organização da sociedade local e quais são as instituições sociais com presença e atuação na área. As condições de vida da população sob nossa responsabilidade. Os valores, hábitos e comportamentos das pessoas. As principais necessidades, os problemas e as demandas que essa população nos apresenta. Conhecer o quadro epidemiológico.

Ou seja, saber reconhecer as áreas de riscos (socioambientais) e quem está mais exposto a esses riscos. Conhecer os problemas de saúde e sua distribuição no território. Precisamos saber apontar as prioridades. E, quando for o caso, definir quem pode nos ajudar (parceiros para as ações intersetoriais) e os recursos dos quais necessitamos (humanos, materiais e financeiros).

Ao lado desse conhecimento, precisamos ser profissionais técnica e cientificamente preparados/atualizados para que possamos, de forma crítica, indicar, escolher e implantar protocolos adequados aos problemas que desejarmos superar. Precisamos desse conhecimento e dessa capacidade crítica, também para argumentar pela não-adoção de algum protocolo.

Precisamos ser: profissionais comprometidos com o serviço e responsáveis pela produção de saúde; sujeitos, na proposição de que esta tarefa aconteça em equipe; sujeitos no ato de fazer de seu trabalho o melhor para o serviço e para a saúde da população; sujeitos na produção do novo; determinados, disciplinados, competentes e humildes para produzi-lo, avaliá-lo (retomá-lo, refazê-lo) e superá-lo; pacientes diante do tempo requerido pela tarefa de produzir um protocolo. A elaboração, implantação e atualização dos protocolos na rede básica do SUS é função da gestão e deve acontecer segundo um processo preestabelecido. Em geral, eles são demandados pelos gestores e elaborados por profissionais especialistas ou com notória experiência no tema solicitado. Esses profissionais

devem participar de um processo de educação permanente que, além da rede SUS, envolva outras entidades e as instituições de ensino. Nesse processo, que deve ser dinâmico e com revisão e atualização periódicas, os protocolos devem ser discutidos com os trabalhadores das unidades de saúde, avaliados com os gestores, validados e homologados pela coordenação do SUS.

2.0 | Aspectos específicos na elaboração de um protocolo de cuidado à saúde

Na elaboração de um protocolo de cuidado, diante do problema a ser enfrentado, é fundamental ter claro o objetivo do mesmo, ou seja, saber o que se pretende com sua implantação. Nesse processo, as metas devem levar em conta que fatores – políticos, sociais, econômicos, culturais e biológicos – relacionados com seu surgimento devem ser modificados.

Objetivos

As ações propostas, direcionadas a esses objetivos, buscarão, além da organização das atividades preventivas e clínicas, a alteração positiva dos condicionantes e determinantes dos problemas a serem enfrentados, bem como considerar a magnitude, transcendência, vulnerabilidade e efeitos dos mesmos.

Condicionantes

Os condicionantes dizem respeito a situações essencialmente definidas pela posição social dos indivíduos na hierarquia social e na divisão social do trabalho e da renda. Correlacionam-se ao domicílio, ao ambiente peridomiciliar, à restrição de acesso à alimentação, à exposição a agentes tóxicos ou infectocontagiosos, às más condições sanitárias e às condições penosas de trabalho.

Determinantes

Os determinantes dizem respeito à qualidade de vida das pessoas e às consequências dessa situação sobre sua saúde. Abarcam condições sociais, econômicas e culturais que, além de estabelecer uma seletividade no acesso aos serviços, são responsáveis pela definição de diferentes valores, hábitos e costumes em relação ao seu corpo e à sua própria saúde.

Magnitude

A magnitude refere-se às taxas de morbidade e mortalidade de um problema. E revela o quanto um problema (doença) apresenta capacidade de ser mortal para uma população. Por exemplo, a raiva é uma doença de expressiva letalidade. Mas, como acomete poucas pessoas, apresenta pouca capacidade de matar grandes parcelas da população. Já a hipertensão arterial não é letal, pois uma pessoa hipertensa não necessariamente vai morrer desse problema. Porém, é uma doença que, se não controlada, pode levar ao agravamento de problemas cardíacos e circulatórios capazes de conduzir a incapacidades físicas e à morte. Assim, como acomete grande parcela da população, adquire importância fundamental para os serviços de saúde, tornando-se um problema prioritário.

Transcendência

A transcendência correlaciona-se ao grau de conhecimento e de importância atribuída pela população a um determinado problema de saúde. Assim, uma abordagem de um serviço, em ações de combate ao câncer, apresenta mais chances de êxito junto à população do que as de enfrentamento da hipertensão. Ou seja, a transcendência nos revela as chances de sucesso de uma ação de saúde frente ao valor culturalmente atribuído pela população aos seus problemas de saúde.

Vulnerabilidade

A vulnerabilidade representa o quanto um problema (doença) é sensível à tecnologia existente e disponível em um serviço de saúde. Por exemplo, a poliomielite (paralisia infantil) é totalmente vulnerável à vacina, não representando mais um problema de saúde no Brasil. Já o diabetes requer dos serviços cuidado redobrado em função de sua baixa vulnerabilidade aos recursos tecnológicos existentes e disponíveis nos serviços de saúde.

Efeitos

Os efeitos dizem respeito, caso o problema não seja resolvido, à gravidade para um número expressivo de pessoas atingidas pelo problema e à decorrente sobrecarga para os serviços pelo aumento da demanda e

dificuldade na ampliação das ações de atenção à saúde.

3.0 | Representação gráfica de um protocolo

Podemos elaborar um protocolo sob a forma de texto, observando os aspectos essenciais: introdução, justificativa, objetivos, condicionantes, determinantes, magnitude, transcendência, vulnerabilidade, efeitos, atividades, responsabilização. E podemos, também, descrever a sequência dos passos a serem seguidos, com as devidas recomendações aos profissionais, sob a forma de quadros. Outra forma de representação gráfica é a utilização de fluxograma, com algoritmos, em que podemos qualificar a representação e facilitar sua compreensão por parte dos profissionais.

Um **algoritmo** é uma sequência finita de instruções bem definidas e não-ambíguas, cada uma das quais pode ser executada mecanicamente num período de tempo finito e com uma quantidade de esforço finita. O conceito de algoritmo é frequentemente ilustrado pelo exemplo de uma receita, embora muitos algoritmos sejam mais complexos. Eles podem repetir passos (fazer iterações) ou necessitar de decisões (tais como comparações ou lógica) até que a tarefa seja completada. Um algoritmo corretamente executado não irá resolver um problema se estiver implementado incorretamente ou se não for apropriado ao problema.

Um algoritmo não representa, necessariamente, um programa de computador, e sim os passos necessários para realizar uma tarefa. Sua implementação pode ser feita por um computador, por outro tipo de autômato ou mesmo por um ser humano. Diferentes algoritmos podem realizar a mesma tarefa usando um conjunto diferenciado de instruções em mais ou menos tempo, espaço ou esforço do que outros. Tal diferença pode ser reflexo da complexidade computacional aplicada, que depende de estruturas de dados adequadas ao algoritmo. Por exemplo, um algoritmo para se vestir pode especificar que você vista primeiro as meias e os sapatos antes de vestir a calça enquanto outro algoritmo especifica que você deve primeiro vestir a calça e depois as meias e os sapatos. Fica claro que o primeiro algoritmo é mais difícil de executar que o segundo, apesar de ambos levarem ao mesmo resultado.

O conceito de um algoritmo foi formalizado em 1936 pela Máquina de Turing, de Alan Turing, e pelo cálculo lambda, de Alonzo Church, que formaram as primeiras fundações da Ciência da Computação” (<http://>

pt.wikipedia.org/wiki/Algoritmo - acessado em 30 de junho de 2009).

Um algoritmo tem cinco características importantes

- **Finitude:** um algoritmo deve sempre terminar após um número finito de passos.
- **Definição:** cada passo de um algoritmo deve ser precisamente definido; as ações devem ser definidas rigorosamente e sem ambiguidades.
- **Entradas:** um algoritmo deve ter zero ou mais entradas, isto é: informações que são lhe são fornecidas antes do algoritmo iniciar.
- **Saídas:** um algoritmo deve ter uma ou mais saídas, isto é: quantidades que têm relação específica com as entradas.
- **Efetividade:** um algoritmo deve ser efetivo. Isto significa que todas as operações devem ser suficientemente básicas de modo que possam ser, em princípio, executadas com precisão em um tempo finito por um humano usando papel e lápis (CRUZ; KNOPMAN, 2001).

Desta forma, em muitas situações, para ordenar e estabelecer os fluxos das ações de um protocolo é recomendável a utilização de algoritmos. Para seu emprego, é fundamental o conhecimento dos símbolos e seus significados para a correta elaboração dos fluxogramas que acompanham e explicam o “acontecer” de protocolos no interior das redes de saúde.

Símbolos padrões e definições para os algoritmos (Figura 1)

Oval - cada algoritmo começa com um desenho oval, representando uma população de pacientes com uma característica definida, sintomas e queixas. Esses desenhos ovais também são chamados de “quadro clínico”.

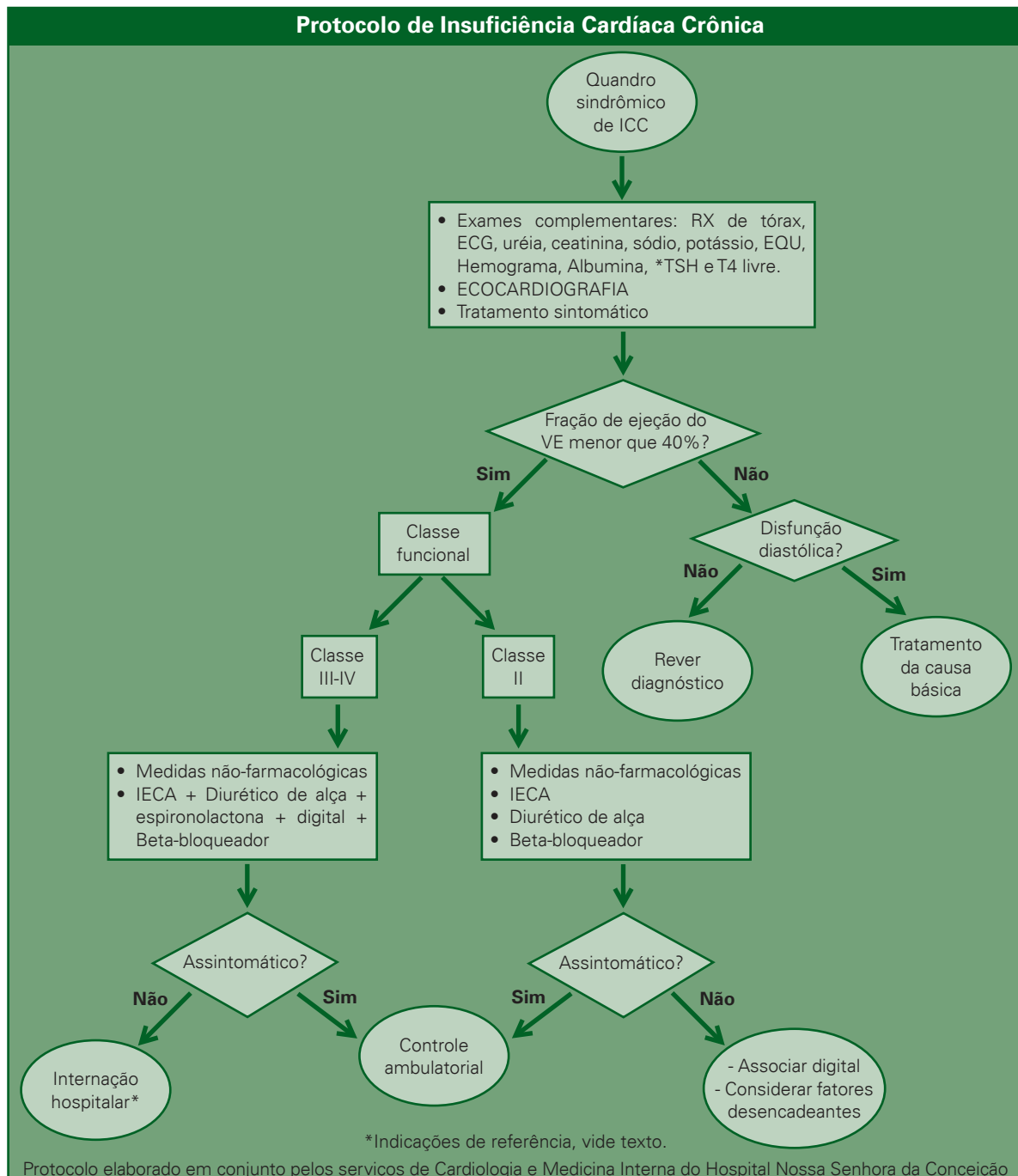
Círculo grande ou figura oval - usado como “saída”, ou seja, a cada vez que um processo chega a uma etapa conclusiva. Desse elemento gráfico não partem flechas, é figura de encerramento.

Hexagonal/losango - as decisões clínicas mais importantes são representadas pelos hexágonos ou losangos, os quais têm somente dois possíveis desfechos: sim ou não (pontos dicotômicos). São decisivos para os próximos passos e, por isso, são denominados pontos de decisão.

Retângulos - grupos específicos do processo do atendimento nos quais as intervenções diagnósticas ou terapêuticas devem ser realizadas; são representadas pelos retângulos.

Círculos pequenos - uma ligação com outra parte da diretriz clínica. Isto elimina a seta que iria para trás ou um entrecruzamento.

Os símbolos são conectados por flechas, uma única flecha deixa um oval ou entra num hexágono ou retângulo. Duas setas deixam um hexágono (ponto de decisão): uma indo para a direita, habitualmente indicando uma resposta "sim"; e indo para baixo, habitualmente indicando uma resposta "não".



Fonte: SCHNEID, S. *et al.* Protocolos clínicos embasados em evidências: a experiência do Grupo Hospitalar Conceição. In: Revista AMRIGS, Porto Alegre, v. 47, n. 2, p. 104-114, abr/jun. 2003.

4.0 | Uma breve síntese

Os aspectos aqui elencados nos permitem caracterizar a importância e a urgência das soluções para os problemas e definir as prioridades. A partir dessa caracterização serão definidos os objetivos geral e específicos do protocolo e, em seguida, deve ser elaborado um plano de ação correspondente a esses objetivos, com o desenho das atividades – passos e caminhos a serem percorridos – necessárias ao enfrentamento do problema. Dessa forma, um protocolo baseado em problemas será constituído de ações de recuperação, reabilitação, prevenção e promoção da saúde, organizando o processo de trabalho da equipe. Para tanto, é necessário o estabelecimento de um processo contínuo de monitoramento e avaliação das ações e de seus resultados.

Parte 2

Elaboração de protocolo clínico

Antes de iniciar a leitura desta parte do texto, volte à introdução da seção 2 e certifique se já assimilou, com clareza, os “aspectos gerais e específicos na elaboração de um protocolo de cuidado à saúde”. Eles são fundamentais (e complementares) à compreensão dos conteúdos que se seguem.

Pressuposto

Na rede de serviços do SUS, os protocolos clínicos se constituem em instrumentos importantes na formulação e implantação de rotinas que, além de estruturar a assistência, poderão auxiliar a organização do processo de trabalho nas unidades de saúde.

Glossário

Evidências científicas: Derivadas da expressão “Medicina baseada em evidências”, as evidências científicas devem ser compreendidas por meio dos seguintes componentes: as evidências, as vivências, a competência e a ética. São elementos que devem ser integrados na prática de qualquer profissão na área da saúde.

Os **protocolos clínicos** tendem a seguir o modelo proposto pelas evidências científicas. Para sua elaboração, os profissionais deverão conhecer, com clareza, o que é protocolo baseado em evidências e como construí-lo, sendo importante saber como e onde encontrar a(s) evidência(s) por meio da análise de artigos científicos.

As evidências (prática em saúde baseada em evidências)

São as informações da literatura geradas pelas pesquisas clínicas de boa qualidade para orientar o profissional de saúde no processo de tomada de decisão. As pesquisas clínicas podem ser primárias (por exemplo, estudos de acurácia, ensaios clínicos aleatórios, estudos coortes) e as secundárias (por exemplo, revisões sistemáticas, estudos de análise econômica).

A experiência (prática em saúde baseada em vivências)

São as informações geradas pelo contato direto e diário com os problemas dos usuários para o entendimento do contexto no qual os resultados das pesquisas podem ser aplicados e extrapolados. É a vivência que oferece o refinamento no processo de tomada de decisão

Competência (prática em saúde baseada em competência)

São os conhecimentos, habilidades e atitudes que o profissional de saúde possui para obter e interpretar as informações derivadas do problema apresentado pelo usuário (anamnese e exame físico), dos exames complementares, das evidências e das vivências. São também a capacidade de avaliar as circunstâncias (local de atendimento e gravidade da doença) na qual a decisão está sendo tomada.

Ética (prática em saúde baseada na ética)

Tem por objetivo garantir que a relação entre o profissional de saúde e o indivíduo doente transcorra num clima de mútua cordialidade e respeito. Nessa relação, o indivíduo doente participa como agente ativo, ajudando no processo de tomada de decisão, e o profissional tem compromisso para com ele (levando em conta os princípios de autonomia, justiça e não-maleficência).



Foto: www.corbis.com

A decisão clínica (juntando as peças do quebra-cabeça)

Associar os quatro componentes – evidências, vivências, competência e ética – em benefício da saúde do ser humano é o alvo de toda a atenção do profissional de saúde. Cabe ao profissional de saúde coordenar a utilização dos quatro componentes no processo de tomada de decisão, interpretando, contextualizando e ajudando o indivíduo doente no que for necessário. A integração desses componentes no processo de tomada de decisão resulta em maior probabilidade de acerto. A expressão mais apropriada deveria ser prática de saúde além das evidências.

(Medicina Baseada em Evidências” (2003), acessível em <http://www.evidencias.com/mbe/>. Acesso em 30 de junho de 2009).

Para Schneid *et al.* (2003), o conteúdo dos protocolos deve ser escolhido a partir do conhecimento dos problemas prevalentes em uma

sociedade, em conformidade com os critérios de magnitude (frequência), transcendência (gravidade) e vulnerabilidade (efetividade da intervenção).

Quanto aos objetivos, os protocolos clínicos buscam estabelecer os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado por meio de passos terapêuticos adequados, com emprego dos medicamentos disponíveis nas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados. Observando a prescrição médica, os protocolos têm, também, o objetivo de criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz de medicamentos (PICON; BELTRAME, 2002).

Assim, antes de iniciar a elaboração do protocolo clínico, é necessário observar alguns aspectos preliminares, sugeridos a seguir:

1. Definição do problema central do protocolo para o que é necessário que se passe por um processo de problematização com a busca de respostas às perguntas relevantes sobre o tema. Esse processo poderá resultar em aspectos facilitadores, elucidando várias dúvidas e mostrando caminhos possíveis para sua efetivação. Nesse momento é fundamental que se faça um preciso registro de todas as dúvidas.
2. Constituição da equipe de autores e divisão de tarefas.
3. Realização de pesquisa bibliográfica: para as referências de literatura, sugere-se também o acesso aos sites (veja alguns no Apêndice A) que possibilitam o conhecimento científico mais recente, bem como as evidências científicas necessárias à elaboração de protocolos.
4. Identificação dos pontos em que existe um consenso e os pontos controversos do assunto em estudo.
5. Informação sobre os níveis de evidência encontrados. Buscar as respostas e as críticas aos problemas e dúvidas registradas. Definição e divisão das tarefas (ações).
6. Registro prospectivo das decisões que estão sendo tomadas e as referências em que se baseiam.
7. Organização da proposta de ações e fluxos em algoritmos que poderão ser constantemente avaliados, consolidando um processo permanente de construção desses protocolos. Caso seja necessário – em casos específicos –, é possível lançar mão do recurso de uma consultoria – interna ou externa ao SUS.
8. Verificação da possibilidade de incluir dados epidemiológicos da rede SUS.
9. Definição dos modelos propostos para o texto, o gráfico e a bibliografia, necessários à elaboração de protocolos.

Parte 3

Elaboração de protocolo de organização dos serviços

Antes de iniciar a leitura desta parte do texto, volte à introdução da seção 2 e certifique se já assimilou, com clareza, os “aspectos gerais e específicos na elaboração de um protocolo de cuidado à saúde”. Eles são fundamentais (e complementares) à compreensão dos conteúdos que se seguem.

Pressuposto

Um protocolo de organização de serviços deve estar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, diretrizes das secretarias de saúde do estado e do município e com outros protocolos de serviço já existentes.

Na elaboração de um protocolo de organização de serviços em uma instituição ou unidade de saúde, é necessário estar atento às especificidades profissionais e às interfaces dos vários componentes da equipe, que são aspectos importantes no processo de trabalho e, por isso, deverão ser contempladas.

Consideramos que um protocolo de organização dos serviços é dinâmico, deve ser flexível e, por isso, deve ser construído coletivamente e pactuado com os diversos profissionais e colaboradores do nível local, bem como dos demais níveis de atenção. É importante que, no processo de elaboração de um protocolo de cuidado, tomemos como referência as normas técnicas, manuais, protocolos e demais documentos do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde. Nesse processo, é fundamental que esses protocolos sejam aplicáveis às realidades locais para que produzam impactos positivos sobre a qualidade de vida da população assistida pela equipe.

Um protocolo de organização de serviços, além de seus elementos próprios (relativos à organização das ações intersetoriais, ao processo de trabalho da equipe, dos fluxos de referência e contrarreferência), pode apresentar também, para o enfrentamento dos aspectos relativos aos cuidados clínicos, os elementos constitutivos de um protocolo clínico.

Uma vez que um protocolo de cuidado – seja ele clínico, de organização de serviços ou misto – significa uma proposta de enfrentamento de uma situação que se deseja modificar, é fundamental que seja feito o registro dos indicadores relativos ao(s) problema(s) que caracterizam a situação a ser superada. Este registro serve de base tanto para melhor definição dos objetivos quanto para que sejam estipuladas as metas possíveis necessárias à superação do(s) problema(s).

Esses indicadores podem revelar aspectos inerentes ao quadro epidemiológico (riscos, danos, gravidade e distribuição das doenças), a situações relativas à estruturação dos serviços (rotinas com recursos materiais, fluxos internos e externos, capacitações, etc.), à gestão do modelo de atenção (organização da rede de serviços, acesso, relações com a comunidade, trabalhos junto aos usuários, impacto, financiamento, etc.) ou ao processo de trabalho existente em uma unidade de saúde (planejamento, compromisso dos profissionais, participação, etc.).

Em consequência, novos indicadores devem ser propostos para que funcionem tanto como balizadores no estabelecimento de metas quanto como referência no processo posterior de avaliação da efetividade dos protocolos como estratégia de enfrentamento da situação inicial.

Quando a equipe responsável pela elaboração de um protocolo finaliza sua tarefa, é importante que este seja apresentado para discussão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde e, posteriormente, para ser oficializado pelo gestor em ato de publicação oficial por intermédio de Portaria ou equivalente. E, ainda, que os profissionais passem por processos de capacitação para desenvolverem as ações pactuadas. Para a elaboração de protocolos, é importante observar as recomendações e passos que estão relacionados a seguir. A mesma instrução se aplica tanto à elaboração do protocolo da equipe quanto ao protocolo municipal.

Orientações para elaboração de um protocolo de cuidado

1º Passo: Diagnóstico, indicadores, objetivos, aprovação

- Realizar o diagnóstico conjuntural, estrutural e epidemiológico da saúde;
- selecionar os indicadores importantes revelados por esse diagnóstico;
- definir os objetivos e as metas a serem alcançadas com o emprego do protocolo de cuidado;
- fazer o levantamento e análise das diretrizes da instituição, do processo de trabalho, dos nós críticos, dos aspectos facilitadores, das parcerias, etc.;
- buscar a construção de viabilidade do projeto junto ao gestor municipal, aos gerentes, às chefias, etc.;
- formar o grupo de coordenação dos trabalhos;
- definir a metodologia de trabalho, estratégias e prazos.

2º Passo – Elaboração do protocolo

Organizar o processo de estruturação do protocolo:

- Tomando por base a importância e a gravidade dos indicadores revelados pela situação inicial;
- tendo, como referência, os objetivos e metas propostos para a superação da situação inicial;
- referenciando-se nos manuais e normas técnicas do Ministério da Saúde e das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde – necessário fazer o levantamento do referencial teórico;
- envolvendo os diversos profissionais, por meio de um processo de construção coletiva, envolvendo os diversos profissionais;
- elencando as diversas atividades possíveis no enfrentamento do problema, visando às metas estipuladas e definindo responsabilidades (quais profissionais as realizarão) e prazos para sua realização;
- identificando, na redação da proposta, autores, instituição, caracterização do problema, plano de intervenção, novos indicadores;

- formatando o protocolo, de acordo com aspectos básicos das normas técnicas de publicações, como, por exemplo: capa, ficha técnica, apresentação, sumário, introdução (com justificativa, aspectos legais, objetivos e metodologia utilizada), conteúdo com o referencial técnicocientífico (de preferência por áreas), referências e anexos;
- apresentando o protocolo e pactuando-o com o conjunto dos trabalhadores da(s) unidade(s) de saúde, visto que o trabalho em saúde requer ação interdisciplinar, compondo o trabalho em equipe em benefício de uma assistência integral ao usuário;
- propondo ações intersetoriais e demais parcerias que se fizerem necessárias;
- submetendo protocolo à apreciação, para aprovação, do Conselho de Saúde e do gestor municipal.

É importante ressaltar que, para a implantação de um protocolo de cuidado, é preciso que seja verificada a necessidade de capacitação da equipe/profissionais, para que as ações do protocolo sejam executadas com segurança e responsabilidade.

Vale dizer, ainda, que um protocolo é um instrumento que tem validade transitória, devendo ser avaliado permanentemente e modificado segundo as circunstâncias envolvidas, capacidade operacional e perfil epidemiológico.

Veremos, a seguir, a representação gráfica, sob a forma de quadros, de um protocolo de organização de serviço e outro de referência e contrarreferência entre a atenção primária e a atenção especializada em saúde bucal.

A observação do primeiro exemplo remete à reflexão sobre algumas questões básicas que poderão funcionar como importantes referências para os processos de definição, implementação e avaliação de protocolos em um serviço de saúde.

Embora voltado para uma questão de natureza mais clínica (diarreia infantil), ele nos apresenta uma organização do trabalho interna e externa à unidade de saúde, englobando ações de prevenção e clínicas (1 a 8, Figura 3), ações educativas e informativas (9 a 14, Figura 4) e ações de caráter intersetorial (15, Figura 4). São ações resultantes de uma organização do processo de trabalho que partem do saber sobre o território e criam respostas com potência para modificar a realidade ao atuar nos determinantes e produzir saúde quando geram conhecimento, alimentam um sistema de informação e aproximam instituições internas e externas ao setor de saúde.

Figura 2 – Representação gráfica de protocolo de organização de serviço, baseado em problema: diarreia em menores de cinco anos (continua na Figura 3).

Protocolo baseado em problemas

| Equipe de Saúde da Família | |
|--|---|
| Cidade: | Problema: |
| Equipe: | Diarreia em menores de cinco anos |
| Área de abrangência: | |
| Caracterização do problema | Plano de Intervenção |
| <p>Magnitude: “X” casos de diarreia em menores de cinco anos em 2008 (SIAB); “Y” internações por diarreia em menores de cinco anos em 2008 (SIH); “Z” óbitos por diarreia em menores de cinco anos em 2008 (SIM, SIAB);</p> <p>Transcendência: A equipe não consegue dimensionar a importância que o problema diarreia tem para a comunidade.</p> <p>Vulnerabilidade: A equipe conhece e tem acesso a algumas tecnologias para prevenção de novos casos de diarreia (ações educativas, incentivo ao aleitamento materno) e de recuperação. A equipe não tem controle sobre medidas de prevenção/promoção mais efetivas, por exemplo, saneamento básico (oferta de água tratada, coleta de lixo e esgoto sanitário).</p> <p>Efeitos: Aumento da demanda aos serviços de saúde, incluindo internações; interferência no crescimento, desenvolvimento e estado nutricional e no risco de desidratação e óbitos; sobrecarga e trabalho para a família; aumento do absenteísmo e risco de desemprego.</p> | <p>Determinantes: Saneamento básico deficiente; desmame precoce; condições higiênicas – pessoal e domiciliar – e alimentares precárias; pouco acesso por parte da população às informações relativas a diarreia; baixa cobertura/ resolutividade dos serviços de saúde.</p> <p>Objetivos: Tratar as crianças com diarreia, evitando o agravamento da doença e necessidade de internação e os óbitos; desenvolver medidas de prevenção para reduzir a ocorrência de novos casos de diarreia; promover parceria com entidades governamentais e não-governamentais, visando à melhoria das condições de saneamento básico.</p> <p>Elenco de atividades / responsáveis: Ver coluna “Atividades” e responsabilização dos diversos profissionais)</p> <p>Mecanismos de acompanhamento/ avaliação: Ver coluna “Acompanhamento”</p> |

Figura 3 – Representação gráfica de protocolo de organização de serviço, baseado em problema: diarreia em menores de cinco anos, com detalhamento de ações preventivas e clínicas (continua na Figura 4).

Protocolo baseado em problemas

| Equipe de Saúde da Família | | | | | | |
|--|-----|-----|----|-----|-----|---|
| Atividades 1 a 8: clínicas | Méd | Enf | AE | ACS | ESB | Acompanhamento |
| 1 Captar e registrar os casos de diarreia em menores de 5 anos na área de abrangência. | X | X | X | X | X | Investigar casos de diarreia que não tenham sido registrados pela equipe de SF. |
| 2 Orientar a busca de atendimento na unidade de saúde. | | | | X | | Investigar os casos encaminhados pelo ACS e não atendidos pela equipe (indicador 1). |
| 3 Avaliar o tipo e gravidade de cada caso e instituir as medidas propedêuticas e terapêuticas indicadas de acordo com as normas estabelecidas pelo serviço – AIDPI. | X | X | X | | X | Investigar óbitos e internação por diarreia (indicadores 2 e 3). |
| 4 Registrar/notificar casos conforme as normas da vigilância epidemiológica. | X | X | | | | Comparar os registros da vigilância epidemiológica e SIAB (indicador 4). |
| 5 Providenciar, nos casos indicados, o atendimento de referência para outros níveis de complexidade da rede de serviços. | X | X | | | | Conferir a efetivação do atendimento de referência (indicador 5) e analisar a indicação dos encaminhamentos realizados. |
| 6 Acompanhar o atendimento de referência. | | | X | | | Relatar a evolução dos casos referenciados para os demais membros da equipe. |
| 7 Atender os casos contrarreferenciados. | X | X | | | X | Conferir a efetivação da contrarreferência (indicador 6). |
| 8 Realizar o acompanhamento domiciliar de todos os casos (atendidos pela equipe de SF e egressos de outros níveis de atendimento). | | | | X | | Relatar a evolução dos casos selecionados para os demais membros da equipe. |
| Indicadores | | | | | | |
| 1. Número de casos encaminhados pelo ACS: atendidos / total de casos encaminhados pelo ACS | | | | | | |
| 2. Número de casos de diarreia atendidos por médicos e enfermeiros / total de casos registrados | | | | | | |
| 3. Número de casos referenciados atendidos / total de casos referenciados | | | | | | |
| 4. Número de casos acompanhados pelo ACS no domicílio / total de casos registrados | | | | | | |
| 5. Número de casos referenciados acompanhados / total de casos referenciados | | | | | | |
| 6. Número de casos contrarreferenciados atendidos / total de casos contrarreferenciados | | | | | | |

Figura 4 – Representação gráfica de protocolo de organização de serviço, baseado em problema: diarreia em menores de cinco anos, com detalhamento de ações educativas e intersetoriais (continuação da Figura 3).

Protocolo baseado em problemas

| Equipe de Saúde da Família | | | | | | |
|---|-----|-----|----|-----|-----|--|
| Atividades 1 a 8: clínicas | Méd | Enf | AE | ACS | ESB | Acompanhamento |
| 9 Realizar ações educativas sobre as vantagens da amamentação e riscos de desmame precoce a partir do 1º trimestre de gravidez, priorizando as primíparas, as que trabalham fora e mães com antecedentes de desmame precoce. | X | X | X | X | X | Conferir os casos de desmame precoce (indicador 7) |
| 10 Orientar as lactantes sobre técnicas de amamentação e de retirada manual do leite, sua conservação e administração ao lactente, quando necessário. | X | X | X | | X | Verificar a adoção das recomendações, caso a caso |
| 11 Encaminhar, quando necessário, mãe e criança para atendimento especial (tratamento de Problemas intercorrentes, utilização do banco de leite). | X | X | | | X | Verificar a adoção das recomendações, caso a caso |
| 12 Desenvolver ações educativas relacionadas à higiene pessoal, domiciliar e alimentar. | X | X | X | X | X | Verificar as mudanças das condições de higiene pessoal, do domicílio e na manipulação/consumo/ acondicionamento de alimentos |
| 13 Difundir e intercambiar, na comunidade, informação sobre a ocorrência, a prevenção, causas e consequências da diarreia em sua área de abrangência. | | X | | | | Verificar o grau de informação de informação das pessoas sobre a ocorrência, a prevenção, causas e consequências da diarreia |
| 14 Mapear os fatores de risco relacionados à diarreia, decorrentes das precárias condições de saneamento básico. | | X | | | | Conferir a atualização de registros nos mapas das áreas de atuação de cada ACS, verificando as alterações dos fatores de risco relacionados ao saneamento básico |
| 15 Promover articulações entre comunidade e gestores públicos para redução ou controle dos fatores de risco mapeados. | X | X | X | X | X | Conferir o surgimento e evolução de iniciativas, ações ou projetos intersetoriais para melhoria no saneamento básico (indicador 8). |
| Indicadores | | | | | | |
| 1. Número de menores de 6 meses com desmame precoce / total de menores de 6 meses | | | | | | |
| 2. Número de famílias com condições precárias de saneamento / total de famílias da área de abrangência | | | | | | |

Protocolo de referência da atenção primária aos serviços especializados para diagnóstico das lesões de boca e câncer bucal*

A Portaria n.º. 599/GM, de 23 de março de 2006, estabelece que todo centro de especialidade Odontológica deva realizar no mínimo atividades de estomatologia, com ênfase no diagnóstico de câncer bucal.

A avaliação estomatológica nos centros especializados não deve invalidar os esforços dos profissionais para o diagnóstico precoce de doenças bucais nas unidades básicas de saúde.

3.1| Requisitos básicos para a referência

- 3.1.1** As necessidades de avaliação estomatológica deverão ser encaminhadas com formulários específicos de referência e contrarreferência, nos quais constem o motivo de encaminhamento, dados clínicos e localização da enfermidade ou da lesão.
- 3.1.2** O paciente referenciado para diagnóstico especializado de lesões com potencial de malignização ou com suspeita de malignidade na boca deve ser acompanhado e continuamente sensibilizado para seu comparecimento aos locais, desde a suspeita da lesão e comprovação do diagnóstico até o eventual tratamento.
- 3.1.3** Diante das dificuldades do sistema de saúde em operacionalizar os tratamentos de alta complexidade, a referência ao nível superior deve ser formalizada por documentos de referência e acompanhada pelos profissionais do CEO.
- 3.1.4** A execução de biópsias no CEO são procedimentos incluídos sob os códigos 08.01101-0, 0801102-8, 0801103-6, 0801136-2, 0801135-4, 0805212-3 ou 0805213-1 na tabela SIA SUS. A Portaria 566/SAS, de 06 de outubro de 2004, incluiu o código 12.011.03-7 para a realização do procedimento laboratorial de exame anatomopatológico pelo patologista bucal.
- 3.1.5** O atendimento de referência para as lesões suspeitas de câncer, lesões com potencial de malignização ou de outros agravos estomatológicos (de etiologia diversa) nos centros de especialidades odontológicas não deve inviabilizar a realização destes procedimentos nas unidades básicas de saúde.

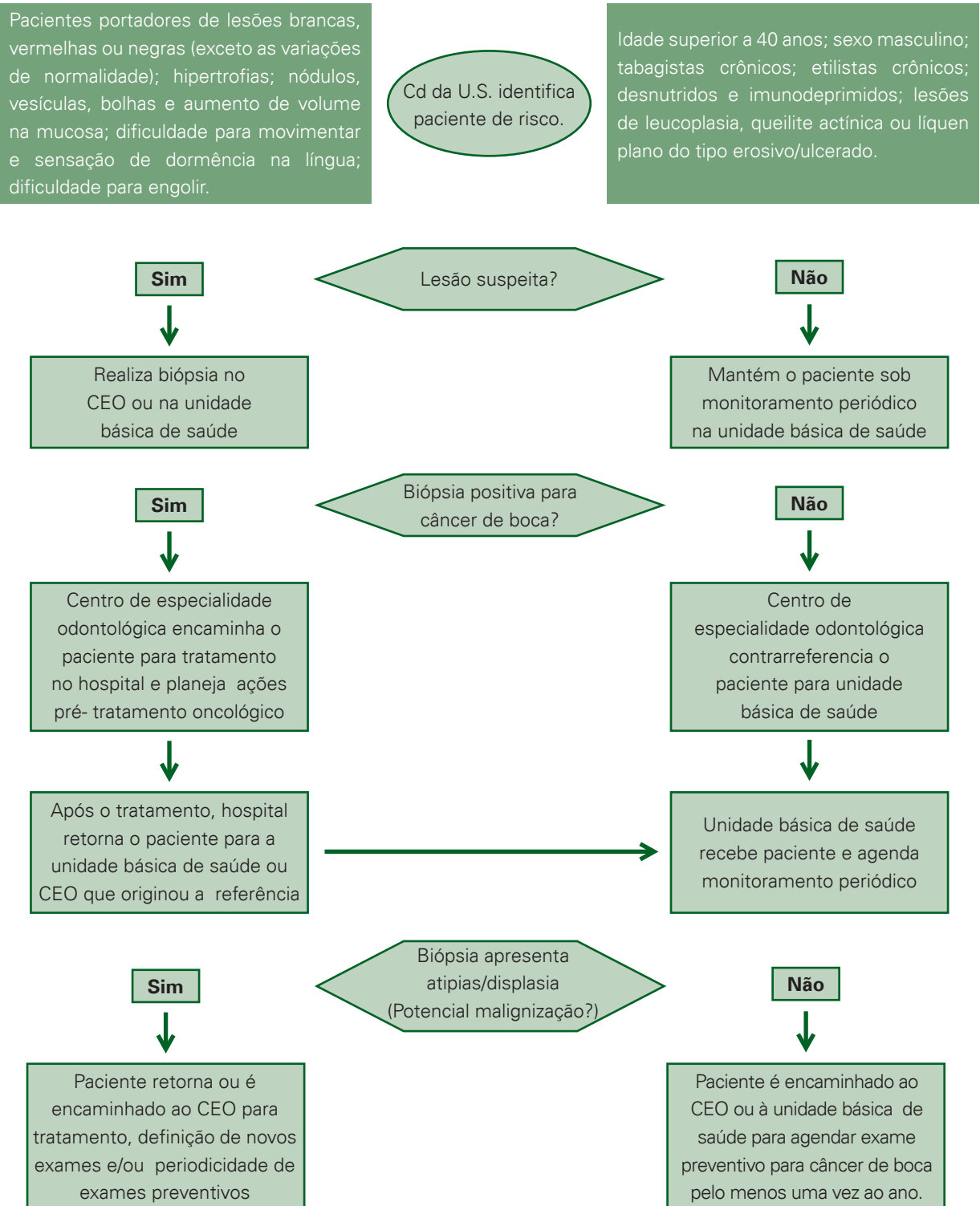
3.2| Critérios de inclusão

- 3.2.1** Encaminhar pacientes com sinais evidentes de lesões na mucosa bucal e estruturas anexas, recorrentes ou não, onde esteja indicado, ou seja, desejado o esclarecimento clínico, exame histopatológico (biopsia) ou solicitação de outros exames complementares adicionais.
- 3.2.2** Pacientes com áreas da mucosa bucal que, mesmo sem ulcerações, nódulos e/ou infartamento ganglionar, apresentem-se com formação de placas esbranquiçadas, áreas atróficas ou manchas escurecidas. Deve ser dada ênfase especial a pacientes com histórico de tabagismo, etilismo ou exposição solar e que estejam acima de 40 anos de idade.
- 3.2.3** Lesões ósseas de natureza diversa, localizadas na maxila ou na mandíbula.
- 3.2.4** Pacientes com nódulos, vesículas ou bolhas e infartamento ganglionar.

Na presença de lesões ulceradas, atróficas, hiperkeratóticas ou nodulares, avaliar a vigência de possíveis agentes causais locais, removendo-os, quando possível, e acompanhando a evolução antes do encaminhamento.

Figura 5 - Protocolo (fluxograma) de diagnóstico oral.

Fluxograma – Diagnóstico oral*



Fonte: Adaptado do Protocolo de Saúde Bucal das Prefeituras Municipais de Curitiba e Vitória- 2005. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica - Saúde Bucal. Vol 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Atividade 6

Como atividade final deste módulo, você deve escolher um problema que necessite de intervenção mais sistematizada e elaborar um protocolo de cuidado (organização de serviços) que contemple a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Sugerimos usar, como referência, o modelo descrito no protocolo “Diarreia em menores de cinco anos”, que se inicia pelo estudo do problema, descrição das ações, avaliação e construção de indicadores. Solicitamos, porém, que, naquilo que se refere ao tratamento, seja elaborado também o protocolo clínico conforme modelo do protocolo da “Insuficiência cardíaca”, dado como exemplo. **Importante:** os exemplos do texto (Diarreia em menores de cinco anos e Insuficiência cardíaca) serão tomados apenas como referência de como fazer essa atividade, **não** devendo ser escolhidos estes mesmos problemas para efeito do exercício. Como atividade de dispersão, você deverá implantar o protocolo elaborado e avaliar seus resultados ao final de três meses de implantação.

Esta atividade deve ser elaborada juntamente com sua equipe. Guarde em seu portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.





Conclusão do módulo

Conclusão do módulo

Neste módulo estudamos um instrumento que pode fazer parte do dia-a-dia do trabalho das equipes de Saúde da Família: o protocolo. Ressaltamos que os protocolos podem ajudar a definir, padronizar e revisar continuamente a maneira de processar a atenção direta à saúde e as ações de organização do serviço. Frequentemente podem ser complementares ou ser um único protocolo que atenda a essas duas abordagens.

Salientamos que os protocolos podem atender a problemas dos mais variados graus de complexidade, porém devem atender a princípios e diretrizes, sejam aplicados ao setor público ou ao privado – integralidade, eficácia e eficiência, qualidade e incorporação de evidências científicas, integração de serviços e profissionais, entre outros.

Protocolos também devem ter direcionalidade política, tanto na dimensão do cuidado à pessoa e à comunidade como no contexto epidemiológico, sociocultural e da organização do serviço de saúde e suas relações com outros equipamentos sociais do território de atuação.

É importante lembrar que protocolos são aplicados por pessoas, seja cada um dos profissionais ou a equipe de Saúde da Família. Ou seja, guardam relação direta com o processo de trabalho, valores profissionais e compromisso com a sociedade. Competência profissional é uma exigência: elaboração e acompanhamento da utilização de protocolos é excelente oportunidade de educação permanente em saúde.

Protocolos só têm valor ao intervir em problemas e necessidades da população ou da gestão do serviço. Nesse ponto é interessante retomar alguns termos que utilizamos ao comentar a abordagem de problemas: objetivo, condicionantes e determinantes, magnitude, transcendência, vulnerabilidade e efeitos. Lembrar também que a tecnologia é meio, não é o fim em si mesma. Vale, nessa etapa final do módulo, voltar à reflexão sobre o “fetiche da tecnologia”

As orientações para a concretização de um protocolo, sejam no formato de texto ou organizado graficamente em quadros ou fluxograma e algoritmos, devem ser aplicadas na prática diária. Exercícios podem ser iniciados com problemas ou situações menos complexas – que tal o cafezinho da Equipe Verde? Outro passo são as rotinas de trabalho, que exigem complexidade média, organizadas como protocolo. O protocolo resultante pode ficar exposto na área pública, nas salas da unidade de saúde ou em portfólio, de fácil acesso pelos profissionais. Vimos, neste módulo, que protocolos mais complexos podem ser elaborados ou aplicados localmente, a partir de normativas regionais, nacionais ou internacionais.

Este módulo, por este livro e pelas referências disponibilizados na Biblioteca Virtual do curso de especialização, pela consulta a outros sites sugeridos no Apêndice A, é proposto como elemento inicial de estudo, que pode ser ampliado pelo protagonismo dos profissionais em permanente educação.



Referências

Referências

Leituras recomendadas

CARDOSO, F. C. Planejamento e avaliação das ações de saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

CUNHA, G. T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Editora Hucitec, 2005. 212 p.

FARIA, H. P. *et al.* Modelo assistencial e atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

FARIA, H. P. *et al.* Processo de trabalho em saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

SANTANA, J. P. (Org.). Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Colaboração do Ministério da Saúde e do Pólo de Capacitação em Saúde da Família da UFMG: NESCON- Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/ Representação do Brasil, 2000. 80p. Disponível em: www.opas.org.br, Acesso em: set. 2008.

SCHNEID, S. *et.al.* Protocolos clínicos embasados em evidências: a experiência do Grupo Hospitalar Conceição. Revista AMRIGS, Porto Alegre, v. 47, n. 2, p.104-114, abr/jun. 2003.

VASCONCELOS, M. *et al.* Práticas educativas em atenção básica à saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

Outras referências

BARRETO, J. A. E.; MOREIRA, R. V. O. A decisão de Saturno: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano. Fortaleza: Casa José de Alencar, 2000. (Coleção Alagadiço Novo).

BOFF, L. Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 199 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ato Portaria nº 373/GM, de 27 de Fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS – NOAS/SUS – 01/02. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa. Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais. Manual Operacional. Porto Alegre: 2008. 11 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=27148>. Acesso em: 03 de março de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 816 de 31/05/2005. Constitui o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, nº 104 de 02 jun. 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-816.htm>>. Acesso em: 03 de março de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. v. 17.

CAMPOS, V. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.849-859, 2007.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM/MINAS GERAIS-COREN-MG. Câmara Técnica da Atenção Básica. Memorando nº. 023/2006. Belo

Horizonte, 11 de setembro de 2006. Disponível em: <www.Coren-mg.org.br/basica/2306.htm> . Acesso em: 20 set. 2008.

CRUZ, A. J. O.; KNOPMAN, J. O que são algoritmos? Wikipédia, a enciclopédia livre. Disponível em:<<http://pt.wikipedia.org/wiki/Algoritmo>>. Acesso em: 30 jun. de 2009.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde. Anexo 6. Linhas-Guia e Manuais. Disponível em:<<http://www.sedes.es.gov.br/projetodesaudees/nexo%20%206%20Linhas%20Guias.doc>>. Acesso em 02 set. 2008.

FERREIRA, A. B. H. Novo dicionário da língua portuguesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1838 p.

JACQUES, E. J.; GONÇALO, C. R. Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais: o compartilhamento de ideias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva. Revista de Administração e Inovação, São Paulo, v. 4, n. 1, p.106-124, 2007.

LUZ, P. M.; MIRANDA, K. C. L. As bases filosóficas e históricas do cuidado e a convocação de parceiros sexuais em HIV/AIDS como forma de cuidar. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007 Disponível em: <www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo-int.php?idartigo=1400>. Acesso em: 29 maio 2009.

MATOS, M. A. B. A implantação de Linhas Guia de Atenção à Saúde em Minas Gerais. ppt. In: MOSTRA NACIONAL DE PRODUÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 3., 06 de Agosto de 2008, Brasília. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/evento/mostra/documentos/mr/ok15h_marco_antonio_mr16.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Linhas-guia da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/evento/mostra/documentos/mr/ok15h_marco_antonio_mr16.pdf>. Acesso em: 30 out. 2009.

MOREIRA, M. C. N. A construção da clínica ampliada na atenção básica. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p.1735-1742, jul. 2007.

MOYSÉS, S. T. *et al.* Protocolo de atendimento. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica, 2003.

PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL.Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: contribuição para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.14-40.

PICON, P. D.; BELTRAME, A. (Org.). Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: medicamentos excepcionais. Porto Alegre/RS: Gráfica e Editora Palotti, 2002. v.1, p.13-6.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2004. 320p.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; MELLO ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Construção social da demanda. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 65-112.

STEIN, A. T. Busca da melhor evidência e de efetividade no GHC. Momento & Perspectiva Saúde. Revista Técnico-Científica do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p.72-73, jul./dez. 2005.



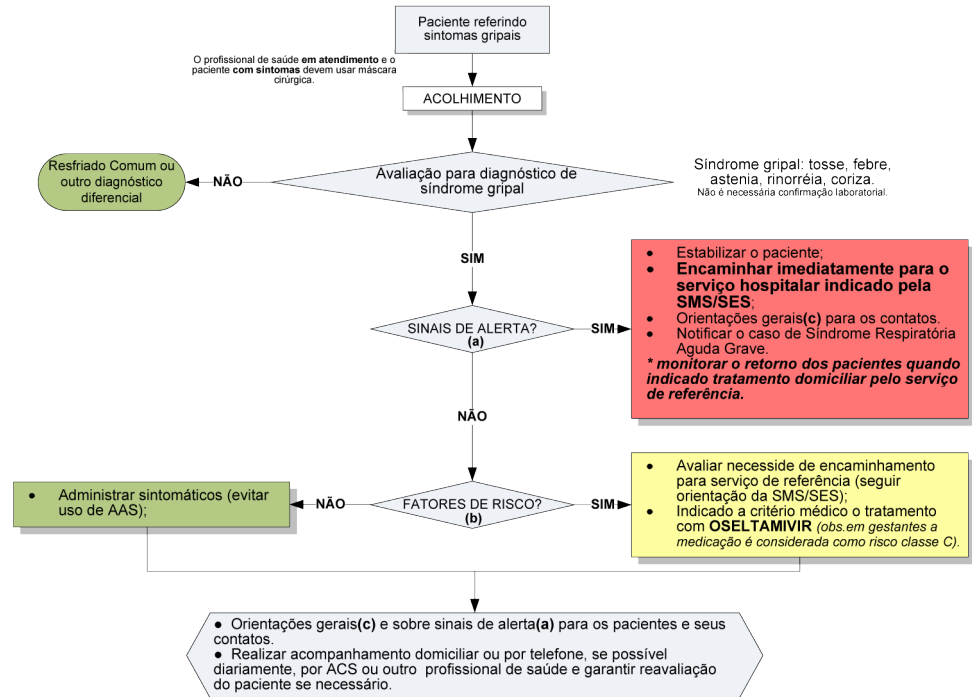
Apêndice

Apêndice A - Sites de interesse para informações sobre protocolos

| Instituição | Site |
|-------------------------------------|--|
| Biblioteca Cochrane | www.centrocochranedobrasil.org.br |
| American College of Physicians | www.acp.org |
| American Medical Association | www.ama-assn.org |
| Current CME Reviews | www.cme-reviews.com |
| Hospital Virtual Brasileiro | www.hospvirt.org.br |
| InteliHealth | www.intelihealth.com |
| Intramed/InCor | www.uol.com.br/intramed/incor |
| Medical Matrix | www.medmatrix.org |
| Publicações Eletrônicas em Medicina | www.epub.org.br |
| Revista Informática Médica | www.epub.org.br/informaticamedica |
| Revista Intermedic | www.epub.org.br/intermedic |
| Universidade Estadual de Campinas | www.nib.unicamp.br/cursos |
| Universidade Federal de São Paulo | www.virtual.epm.br |

Anexo

Anexo A - Protocolo de atendimento ao paciente com suspeita de Influenza A (H1N1) na atenção primária à saúde.



(a) Sinais de Alerta

Presença de pelo menos um dos critérios a seguir:

- **Taquipnéia** (**crianças**: até 2 meses: FR > 60 irpm; > 2m e < 12m: > 50 irpm; 1 a 4a: > 40 irpm; > 4 anos FR > 30 irpm; **adultos**: FR > 25 irpm);
- Desidratação;
- Batimento de asa de nariz; tiragem intercostal, coragem; convulsões;
- Agravamento dos sinais e sintomas iniciais (febre, mialgia, tosse, dispnéia);
- Alteração do estado de consciência;
- Queda do estado geral;
- Alteração dos sinais vitais: hipotensão arterial (PAD < 60 mmHg ou PAS < 90 mmHg); FC elevada (> 120 bpm);
- Febre (T > 38 graus) persistente por mais de 5 dias;
- Oximetria de pulso: sat O₂ < 94% (somente se disponível na unidade);
- **Crianças**: Cianose; incapacidade de ingerir líquidos ou qualquer um dos sintomas anteriores.

(b) Fatores de Risco

- Gestantes; pacientes com doença crônica pulmonar, cardiovascular, renal, hepática, hematológica, neurológica, neuromuscular, metabólica (incluindo obesidade [IMC > 35] e diabetes mellitus); imunodeprimidos (SIDA; transplantados e tratamento crônico com imunossupressores); idade < 2 anos ou > 60 anos.

(c) Orientações domiciliares para pacientes contaminados e contatos

Para pessoas com suspeita de contaminação

- Higienizar as mãos com água e sabonete (ou se possível álcool gel 70%) após tossir, espirrar, usar o banheiro e antes das refeições.
- Não compartilhar objetos de uso pessoal e alimentos;
- Permanecer sempre que possível em sua residência;
- Ficar em repouso, utilizar alimentação balanceada e aumentar a ingestão de líquidos;

Para familiares e cuidadores

- Evitar aglomerações e ambientes fechados (manter os ambientes ventilados);
- Higienizar as mãos frequentemente;
- Evitar tocar os olhos, nariz ou boca após contato com superfícies potencialmente contaminadas;

Para população em geral

- Não há necessidade de usar máscara;
- Evitar aglomerações e ambientes fechados (manter os ambientes ventilados).



Apoio



Ministério da Educação



Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Ministério da Saúde



Realização



UFMG

