



**Universidade Estadual Paulista – UNESP**  
**Faculdade de Medicina de Botucatu**

**Elisângela Cristina de Campos**

**PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: VISÃO DO  
ENFEMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Botucatu

2017



**Universidade Estadual Paulista – UNESP**  
**Faculdade de Medicina de Botucatu**

**Elisângela Cristina de Campos**

**PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: VISÃO DO  
ENFEMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador (a): Prof. (a). Dr (a) Regina Stella Spagnuolo.

Botucatu

2017

**Elisângela Cristina de Campos**

**PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: VISÃO DO ENFEMEIRO NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador (a): Prof. (a). Dr (a) Regina Stella Spagnuolo.

**Botucatu**

**2017**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM. DIVISÃO  
TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Campos, Elisângela Cristina.

Protocolo de assistência de enfermagem: visão do  
enfermeiro na estratégia de saúde da família / Elisângela  
Cristina Campos. - Botucatu, 2017

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista  
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de  
Botucatu

Orientador: Regina Stella  
Spagnuolo Capes: 40602001

1. Enfermagem. 2. Avaliação em Enfermagem. 3. Cuidados  
em enfermagem - Planejamento. 4. Enfermeiros. 5.  
Protocolos médicos.

# **Elisângela Cristina de Campos**

Protocolo de assistência de enfermagem: visão do enfermeiro na estratégia saúde da família

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador (a): Prof. (a). Dr (a) Regina Stella Spagnuolo.

Comissão examinadora

---

Prof (a). Dr (a) Regina Stella Spagnuolo  
Universidade Estadual Julio de Mesquita Filho

---

Prof (a). Dr (a) Carmem Maria Casquel Monti Juliani  
Universidade Estadual Julio de Mesquita Filho

---

Prof (a). Dr (a) Fernanda Cristina Manzini Sleutjes  
Faculdade Sudoeste Paulista

Botucatu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

*Apresentação*

## **APRESENTAÇÃO**

Nascida em Piracicada, interior de São Paulo, perdi meu pai com um ano de vida por uma fatalidade do destino. Criada somente por minha mãe que recebia ajuda de minhas tias e avós durante toda a minha criação e formação como pessoa. Desde cedo tive que trabalhar e assim aprendi a valorizar o suor de cada dia.

Tive um dia o sonho de ser médica, para dar orgulho ao meu falecido pai, mas a vida me direcionou para um outro caminho. Quando aos 13 anos de idade prestei vestibulinho no Centro Paula Souza para o curso de Técnico de Enfermagem, percebi no decorrer do curso o quanto é valiosa a profissão de Enfermeira. E como fui feliz e que formação brilhante, me encantei... e lá se vão 23 anos no ramo. Sou imensamente grata às enfermeiras que fizeram parte deste processo, neste período aprendendo procedimentos de enfermagem e formação ética, conheci ainda menina, o real valor do ser humano.

Desde então comecei a trabalhar como técnica de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva em minha cidade natal e foi assim por cinco anos. O amor pelo cuidado ao próximo que esta profissão me despertou foi o impulsionador para que eu continuasse nesta carreira, que com certeza iria trazer orgulho ao meu pai, assim como eu sonhava.

Aos 23 anos fui aprovada no vestibular na Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, universidade pública e bem conceituada. Por quatro anos fui aprendendo, reforçando os conceitos trazidos da prática como técnica, me formando e reformulando como ser humano e profissional. No quarto ano tive a oportunidade de me inserir na pesquisa, desenvolvi um trabalho de iniciação científica em uma das grandes áreas de atuação do enfermeiro, a administração. Deste momento surge o gosto por este campo.

Ah! Chegado o dia da formatura, aos 23 de novembro de 2007 após o culto ecumênico recebi uma proposta de trabalho, uma vaga como enfermeira na UTI Central, minha outra paixão dentro da enfermagem. Aos 21 de dezembro do referido ano iniciei minha vida profissional como ENFERMEIRA assistencial, neste setor fui abençoada com um imenso conhecimento técnico científico de diversas clinicas, pacientes e tecnologias.

Outras oportunidades foram surgindo em minha vida profissional, fui convidada a fazer parte do time de enfermeiros no Hospital Misericórdia Botucatuense, onde

inicie minhas atividades em junho de 2009 até dezembro de 2013. Concomitante, no ano de 2012 me desafiei na área de administração hospitalar pela Fundação UNI, sendo responsável técnica pelo Hospital Municipal de Conchas.

Mas, como a vida traça novos caminhos e desafios, no ano de 2013 um novo cenário me foi proposto, atuar na gestão de serviços de saúde na atenção básica. A princípio assumi a encomenda com certo receio, pois toda minha formação e pós-graduação eram em ambiente hospitalar, mas ainda tenho o objetivo de fazer o nome do meu pai brilhar, lembro-me que ainda criança fiz esta promessa à minha avó paterna, então aceitei o convite e me debrucei nos estudos numa esfera desconhecida e que a cada dia se torna mais fascinante.

Sendo assim, muitos empecilhos, desafios, lágrimas, ensinamentos, conhecimentos e surpreendentemente uma paixão pela atenção básica pude adquirir nesta trajetória. Em 2014 me senti preparada para passar para aqueles que se propõem a fazer parte do time de enfermeiros e/ou técnicos de enfermagem do nosso país, os conhecimentos adquiridos. Para tanto, como tudo exige conhecimento e aperfeiçoamento, me propus a fazer o mestrado aspirando ao doutorado com o objetivo de multiplicar conhecimentos e ser um agente formador desta profissão.



*Dedicatória*

## DEDICATÓRIA

Dedico este projeto aos meus pais Giomar Alcides de Campos (*in memoriam*), Benedita Conceição Maricato Campos e à minha tia Maria Maricato Marcos.

A você mãe

Por ter me educado com princípios e me ensinado a ser uma mulher forte e determinada como você meu maior exemplo. Pelos inúmeros colos e afagos, que me davam forças para seguir em frente, quando as dificuldades pareciam impossíveis de serem vencidas.

Ao meu pai

Que tão brevemente retornou aos braços de Deus, agradeço pela vida que me deste, é uma pena não ter você presente para vibrar comigo em momentos como este, mas aonde estiver quero que receba este sentimento de gratidão como uma luz em seu caminho, meus pensamentos estarão em você.

A minha tia

Que sempre acreditou que eu seria capaz e nunca desistiu de tornar os meus sonhos em realidade, apostou em mim, e graças a você criei asas e voei muito alto para chegar até aqui.

Minha consideração e respeito a vocês!

*Agradecimento Especial*

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

Meu sincero agradecimento à minha orientadora Profa Dra Regina Stella Spagnuolo, por aceitar fazer parte deste projeto, momento tão importante de minha vida acadêmica e profissional.

Agradeço toda dedicação, ensinamentos e incentivo. Tenho também que dizer obrigada pelas críticas que contribuíram para o meu crescimento como pessoa.

Reconheço ainda, seu mérito em não desistir de mim, quando a execução deste parecia impossível de ser alcançada. Grata por tudo, graças a você a conclusão deste estudo que parecia longe demais para chegar, aconteceu.

*Agradecimentos*

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de neste momento poder abraçar cada um que direta ou indiretamente fizeram parte da realização deste sonho, mas na dificuldade em fazê-lo, deixarei meus sinceros agradecimentos a cada um.

A minha família que sempre me apoiou e a cada vitória vibrava comigo.

A minha irmãzinha, embora já mulher, mas será minha eterna irmãzinha, por deixar momentos de sua vida pessoal de lado para me auxiliar na transcrição dos discursos deste trabalho.

Ao meu esposo por cuidar de mim com tanto carinho, amor e dedicação, por fazer parte da minha vida e deixa-la cada vez mais feliz, me dando colo quando desanimei, ombro para me apoiar quando desabei, elaborando pratos especiais para que eu me sentisse especial, cuidando de minha alimentação enquanto eu trabalhava duro noite a dentro, em cima dos livros e do notebook, me oferecendo lanchinhos maravilhosos, tanto cuidado e tanta paciência...gratidão meu amor.

As minhas amigas Leticia Diniz Vieira e Anna Paula Ferrari, por me ajudarem em cada etapa deste projeto, corringindo, dando dicas, lendo e relendo junto comigo cada capítulo escrito, sempre muito disponíveis e atenciosas quando as dúvidas surgiam (e quantas foram, não!).

A minha amiga, confidente e companheira de trabalho Luziane Coelho, pelas inúmeras ideias e incentivos, correções gramaticais (e não foram poucas rs), por não me deixar desanimar e por diariamente estar ao meu lado, compartilhando alegrias, choros e angústias, enfim pela amizade verdadeira que ganhei em tão pouco tempo.

As minhas “ermãs” Luana Pagan, Mariana Camara e Camélia Felice, novamente Leticia Vieira e Anna Paula por não deixarem faltar uma taça de vinho nos momentos de relax e stress, o que seria de mim sem vocês.

Não poderia deixar de mencionar minhas amigas Daniela Silva, Rivania Castilho e Tânia de Cácia Gasparelo, por não me deixarem desistir do mestrado quando às vésperas da entrega do projeto, tudo foi mudado. Se hoje estou aqui é por causa de vocês.

Aos amigos da Camaradagem que sempre me proporcionam momentos de muitas risadas e descontração.

Aos meus colegas de trabalho que sempre me apoiaram e estiveram juntos, lado a lado durante este processo.

A Fundação UNI por me oferecer uma oportunidade maravilhosa de crescimento profissional e pessoal.

A Diretoria Municipal de Saúde de São Manuel pela autorização para realização da pesquisa.

Em especial às enfermeiras de Saúde da Família de São Manuel, que aceitaram prontamente o convite para participar deste estudo e puderam contribuir de maneira valiosa para esta investigação. Vocês estão construindo a Saúde de São Manuel!

À banca examinadora Prof (a). Dr (a) Carmem Maria Casquel Monti Juliani e Prof (a). Dr (a) Fernanda Cristina Manzini Sleutjes pelas ricas contribuições neste momento tão especial.

*Epigrafe*



A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!"

**Florence Nightingale**

*Resumo*

## Resumo

CAMPOS, ELISANGELA CRISTINA DE. **Protocolo de assistência de enfermagem: visão do enfermeiro na estratégia saúde da família**. 2017. 119 f. Dissertação (mestrado em saúde pública) – Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu.

**Introdução:** Protocolos são instrumentos norteadores capazes de orientar o profissional na tomada de decisões visando atendimento integral. Os enfermeiros devem realizar a sistematização da assistência de enfermagem apoiados em protocolos aprovados pelos serviços de saúde. **Objetivo:** Identificar na literatura nacional, como o protocolo de enfermagem vem sendo discutido na perspectiva de diversos autores e conhecer os desafios na construção e implantação do protocolo de enfermagem na visão dos enfermeiros que compõem a Estratégia de Saúde da Família de um município do interior paulista e **Método:** Foi realizada uma revisão integrativa de literatura, e no segundo momento para a abordagem qualitativa os dados foram coletados por meio de grupo focal, nos meses de junho e novembro de 2015, sendo tratados pela análise de conteúdo e discutidos à luz da integralidade do cuidado. **Resultados:** Os resultados desta revisão desvelaram que esta ferramenta contribui com a enfermagem tanto em aspectos assistenciais como gerenciais, fornecendo subsídios para uma prática sistematizada e de qualidade. A análise qualitativa dos dados desvelou três categorias: Protocolo de Assistência de Enfermagem: 1) visão do enfermeiro, 2) desafio da construção à implantação e 3) relacionamento da equipe multiprofissional e vínculo com a comunidade. **Discussão:** O protocolo de enfermagem oferece autonomia e segurança aos enfermeiros que dele se utilizam. Foi possível percebê-lo como construtor de vínculos entre os membros da equipe e população. Por outro lado, foi constatado que, além dos benefícios apresentados, o protocolo tem uma face representativa de sobrecarga profissional, por agregar mais responsabilidades. **Conclusão:** Este estudo revelou as diferentes concepções da construção, validação e implantação de protocolos de assistência em seu cotidiano na sistematização da assistência de enfermagem, tais como: construção coletiva, sistematização do cuidado, valorização profissional, dentre outros. Os resultados foram reveladores para outros cenários semelhantes e poderão auxiliar na materialização da sistematização de enfermagem amparada pela integralidade do cuidado tão almejada pelos mesmos.

**Palavras Chaves:** enfermagem; saúde da família, protocolo.

*Abstract*

## Abstract

CAMPOS, ELISANGELA CRISTINA DE. **Nursing care protocol: vision of the nurse in the family health strategy.** 2017.119 f. Dissertation (master's degree in public health) - Faculty of Medicine of Botucatu. Paulista State University "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu.

**Introduction:** Protocols are guiding instruments capable of guiding the professional in making decisions aiming at integral care. Nurses must carry out the systematization of nursing care supported by protocols approved by the health services. **Objective:** Identify in the national literature, how the nursing protocol has been discussed in the perspective of several authors and to know the challenges in the construction and implantation of the nursing protocol in the view of the nurses who makes up the Strategy of Family's Health of a city in the interior of São Paulo; unveiling its contribution to the effectiveness of nursing care, raising the difficulties and facilities during this process. **Method:** An integrative literature review was carried out, and in the second moment for the a qualitative study with data collected through a focus group, in the months of June and November 2015, being treated by the content analysis and discussed in the light of integral care. **Results:** The results of this review revealed that this tool contributes to nursing both in aspects of care and management, providing subsidies for a systematic and quality practice. The analysis of the data revealed three categories Nursing Assistance Protocol: 1) nurses' vision, 2) construction challenge to the implementation, and 3) multiprofessional team relationship and bond with the community. **Discussion:** The nursing protocol offers autonomy and safety to the nurses who use it. It was possible to realize it as a linker between team members and the population. On the other hand, it was found that, in addition to the benefits presented, the protocol has a representative face of professional overload, since it adds more responsibilities. **Conclusion:** This study revealed the different conceptions of the construction, validation and implementation of assistance protocols in its routine in the systematization of nursing care, such as: collective construction, systematization of care, professional valuation, among others. The results were revealing to other similar scenarios and could help in the materialization of the nursing systematization supported by the integrality of the care so desired by them.

**Keywords:** nursing; family health, protocol.

*Lista de ilustrações*

**Lista de Ilustrações**

Figura 1 - Sistematização da Assistência de Enfermagem .....34  
Figura 2 - Critérios de seleção e exclusão dos artigos da revisão integrativa .....41  
Figura 3 - Modelo de grupo focal.....66

*Lista de tabelas*



**Lista de Tabelas**

Tabela 1- Distribuição dos artigos sobre consulta e protocolo de enfermagem em periódicos nacionais, segundo ano de publicação e região brasileira.....43

Tabela 2 - Distribuição das escolas de nível superior, segundo região brasileira .....43

Tabela 3 - Distribuição dos artigos sobre consulta e protocolo de enfermagem em periódicos nacionais, segundo periódico e abordagem metodológica .....44

Tabela 4 - Distribuição dos artigos sobre consulta de protocolo de enfermagem em periódicos nacionais, segundo estrato de classificação CAPES, frequência .....45

Tabela 5 - Distribuição dos artigos sobre consulta e protocolo de enfermagem em periódicos nacionais, segundo profissão e titulação dos autores.....45

*Lista de quadros*

**Lista de Quadros**

Quadro 1 - Variáveis dos artigos selecionados: Periódico, título/ano, autores e resultados.....47

## *Lista de abreviaturas e siglas*

### **Lista de abreviaturas e siglas**

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
MS	Ministério da Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
DE	Diagnóstico de Enfermagem
AB	Atenção Básica
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PAE	Protocolo de Assistência de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
PBE	Prática baseada em evidências
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
CE	Consulta de Enfermagem
UV	Úlcera venosa
USF	Unidade de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OSS	Organização Social em Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária

*Sumário*

---

## Sumário

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	6
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	33
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	37
2.1 Objetivo geral .....	37
2.2 Objetivos específicos .....	37
<b>3 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA</b> .....	39
3.1 Método .....	39
3.2 Seleção da Amostra .....	42
3.3 Resultados .....	43
3.3 Síntese .....	51
3.3.1. Os protocolos como instrumentos que sistematizam a prática de enfermagem em busca do cuidado integral.....	51
3.3.2. Segurança frente às prescrições de medicamentos e solicitações de exames .....	53
3.3.3. Prática de enfermagem sem protocolo assistencial ou uso inadequado deste instrumento.....	54
3.3.4. Educação continuada e permanente .....	57
3.3.5. Considerações finais .....	59
<b>4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	62
4.1. Contextualizando o objeto de estudo .....	62
4.2. Pesquisa Qualitativa.....	62
4.3. Desenho da Pesquisa .....	64
4.3.1. Cenário do estudo .....	64
4.3.2. Participantes do estudo .....	64
4.4. Técnica de coleta de dados: Grupo focal .....	65
4.5. Análise dos dados .....	67
4.6. Validade e rigor .....	68
4.7. Aspectos éticos .....	69
4.8 Referencial teórico: integralidade do cuidado.....	70
<b>5. RESULTADOS</b> .....	72
5.1 O protocolo de assistência de enfermagem: autonomia do enfermeiro. ....	72
5.2 O protocolo de assistência de enfermagem: desafios da construção à implantação. ....	76

5.3 O protocolo de assistência de enfermagem: relacionamento com a equipe multiprofissional e vínculo com a comunidade. ....	80
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>83</b>
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	<b>95</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>97</b>
<b>APÊNDICE A–Fichamento de revisão bibliográfica – Instrumento para coleta de dados</b> .....	<b>110</b>
<b>APÊNDICE B - ROTEIRO CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA</b> .....	<b>111</b>
<b>APÊNDICE C - Questões norteadoras para o grupo focal</b> .....	<b>112</b>
<b>Anexo I– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)</b> .....	<b>114</b>
<b>Anexo II – Aprovação do Projeto no CEP</b> .....	<b>115</b>
<b>Anexo III – Aprovação do Protocolo de Assistência de Enfermagem pelo Gestor e Conselho Municipal de Saúde</b> .....	<b>118</b>



## *1. Introdução*

## 1 INTRODUÇÃO

Os governos municipais têm o compromisso de colaborar e responsabilizar-se pela gestão dos serviços de saúde por meio de ferramentas normativas que busquem resolver os problemas da população de maneira ágil (COREN/SP 2012).

Dessa forma, as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) têm importante papel no cumprimento das políticas pactuadas pelo Ministério da Saúde (MS), utilizando-se de protocolos assistenciais que materializem a integralidade do cuidado (COREN/SP 2012).

Para se discutir sobre instrumento norteador da prática do enfermeiro, necessita-se conhecer a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é uma estratégia científica utilizada no reconhecimento das condições de saúde e doença, e que auxilia a traçar planos de cuidados como prescrever medicamentos que atuam na recuperação, promoção e prevenção da saúde dos indivíduos, suas famílias e comunidade (COFEN/1993; COREN/SP, 2014 a), dessa forma, a SAE torna-se a principal ferramenta para mudança de comportamento em busca de estilos de vida saudáveis, pois permite desenvolver educação em saúde por meio da criação do vínculo e corresponsabilização. (GONÇALVES, 2013).

Com a utilização da SAE, foi possível observar uma evolução progressiva e contínua da enfermagem na linha de cuidado integral ao paciente, de maneira sistematizada e com planejamento das ações (LIMA, 2013; MAEBARA et. al., 2013). Ampliando, a compreensão do indivíduo em seus aspectos biopsicossociais a partir da elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) e de um plano assistencial que forma um conjunto de ações com a finalidade de nortear práticas de saúde adequadas (SANTOS; CUBAS, 2012).

O enfermeiro tem esta prática apoiada na lei do exercício profissional nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (BRASIL, 1986), regulamentada pelo decreto 94.406/87 (COFEN).

Alinhada a esta lei, a Portaria 2.488 de 2011 que regulamenta a Atenção Básica (AB) no Brasil, destaca as atribuições específicas do enfermeiro em relação à SAE, sendo autorizada a solicitação de exames que possam complementar os DE, prescrever medicamentos, encaminhar a outros serviços conforme a necessidade do usuário, realizar procedimentos de sua competência, fazer ações em grupo conforme protocolos e normas institucionais, garantindo o proposto pela lei do exercício profissional (BRASIL, 2011a).

A SAE é composta por cinco etapas, a saber: histórico de enfermagem (anamnese/exame físico), diagnóstico de enfermagem, planejamento da assistência, implementação e avaliação. Estas etapas são complementares, ligadas e relacionadas entre si, conforme determina a Resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 358/2009 e ilustrada na figura 1 (COFEN, 2009):

Figura 1 - Sistematização da Assistência de Enfermagem



Fonte: Santos e Cubas (2012), adaptada.

Neste cenário, destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), onde o enfermeiro vem legitimando sua prática profissional, aumentando seu espaço nas atividades diárias, por intermédio dos atendimentos à população com a SAE, apoiado por protocolos de assistência de enfermagem (PAE) construídos coletivamente (PINHEIRO et. al., 2012).

Esses protocolos são instrumentos norteadores capazes de orientar o profissional na tomada de decisões em busca de atender ao paciente de maneira integral (GONÇALVES, 2013).

Assim sendo, na ESF, cenário desta pesquisa, o enfermeiro deverá realizar a SAE mediante protocolos assistenciais que foram aprovados pelos serviços de saúde, ajustados aos programas de saúde pública, dentro das normativas nacionais, estaduais e municipais (COREN/RJ, 2012, COREN/SP, 2014b, COREN/SC, 2014a).

---

Os Protocolos têm como definição segundo Conselho Regional de Enfermagem (COREN):

Protocolo é a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/ diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde. Um protocolo contém vários procedimentos. (COREN/SP, 2015 p.11).

Considerando a lei do exercício profissional da enfermagem e a Portaria 2.488/2011, diversos municípios optaram pela construção de protocolos de assistência, de acordo com a realidade local e utilizando os cadernos de atenção básica (BRASIL, 2005), em busca de uma assistência integral e de qualidade ao paciente.

No campo das práticas de enfermagem, a implantação e o uso de protocolos de assistência ainda permanece um desafio para o enfermeiro e, frente a este cenário, este estudo está ancorado na seguinte questão: O protocolo é um instrumento modificador da prática cotidiana do enfermeiro quando realiza a Sistematização da Assistência de Enfermagem?

## ***2. Objetivos***

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Conhecer os desafios na construção e implantação do protocolo de enfermagem na visão dos enfermeiros que compõem a Estratégia de Saúde da Família de um município do interior paulista.

### **2.2 Objetivos específicos**

Desvelar como o PAE contribui para a efetivação da SAE;

Levantar as dificuldades e facilidades encontradas durante a implantação do PAE e;

Identificar na literatura nacional, nos últimos dez anos, como o objeto de estudo vêm sendo discutido na perspectiva de diversos autores.

### *3. Revisão integrativa da literatura*

### **3 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

A revisão integrativa é um método de pesquisa utilizado na Prática Baseada em Evidências (PBE), que tem como escopo reunir e sintetizar resultados de estudos sobre um determinado assunto ou questão, de maneira sistemática e organizada, contribuindo para o aprofundamento do assunto investigado, ou seja, permite a incorporação de evidências na prática clínica. Este método tem sido relatado no campo científico desde 1980 (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO; 2008).

Esta metodologia permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área particular de estudo. Tem também o potencial de construir conhecimento em enfermagem, produzindo um saber fundamentado e uniforme para os enfermeiros realizarem uma prática clínica de qualidade (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO; 2008).

Trata-se de um recurso valioso para a enfermagem, visto que torna os resultados de pesquisas mais acessíveis, uma vez que em um único estudo o leitor tem acesso a diversas investigações realizadas, ou seja, permite agilidade na divulgação do conhecimento, já que muitas vezes os profissionais não têm tempo para realizar a leitura de todo o material científico disponível (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO; 2008).

Para a construção da revisão de literatura, percorrem-se seis etapas distintas, em conformidade com os pressupostos de Ganong (1987), as quais se seguem:

#### **3.1 Método**

##### **1ª Etapa: Estabelecimento do problema de revisão**

A definição da questão norteadora é a fase mais importante da revisão, pois determina quais estudos serão incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado (SOUZA; SILVA; CARVALHO; 2010). As publicações no período de 2005 a 2015, referentes à construção de protocolos de enfermagem, tem contribuído para modificar o processo de enfermagem no contexto nacional?

##### **2ª Etapa: Seleção da amostra**

A busca em base de dados deve ser ampla e diversificada, os critérios de amostragem precisam garantir a representatividade da amostra, sendo importantes indicadores da confiabilidade dos resultados. Para isso a conduta ideal é incluir todos



os estudos encontrados ou uma seleção randomizada, porém se as duas possibilidades forem inviáveis pela quantidade de trabalhos, devem-se expor e discutir claramente os critérios de inclusão e exclusão de artigos, estando estes em concordância com a pergunta norteadora (SOUZA; SILVA; CARVALHO; 2010).

Como instrumentos de busca, foram utilizados os seguintes descritores: “protocolo de enfermagem”, “enfermagem” e “atenção primária”, tendo como base de dados Descritores em Ciências da Saúde (DecS). A revisão da literatura sobre o protocolo de assistência de enfermagem na ESF foi realizada utilizando as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), revistas de enfermagem online e documentos institucionais disponíveis em meio eletrônico.

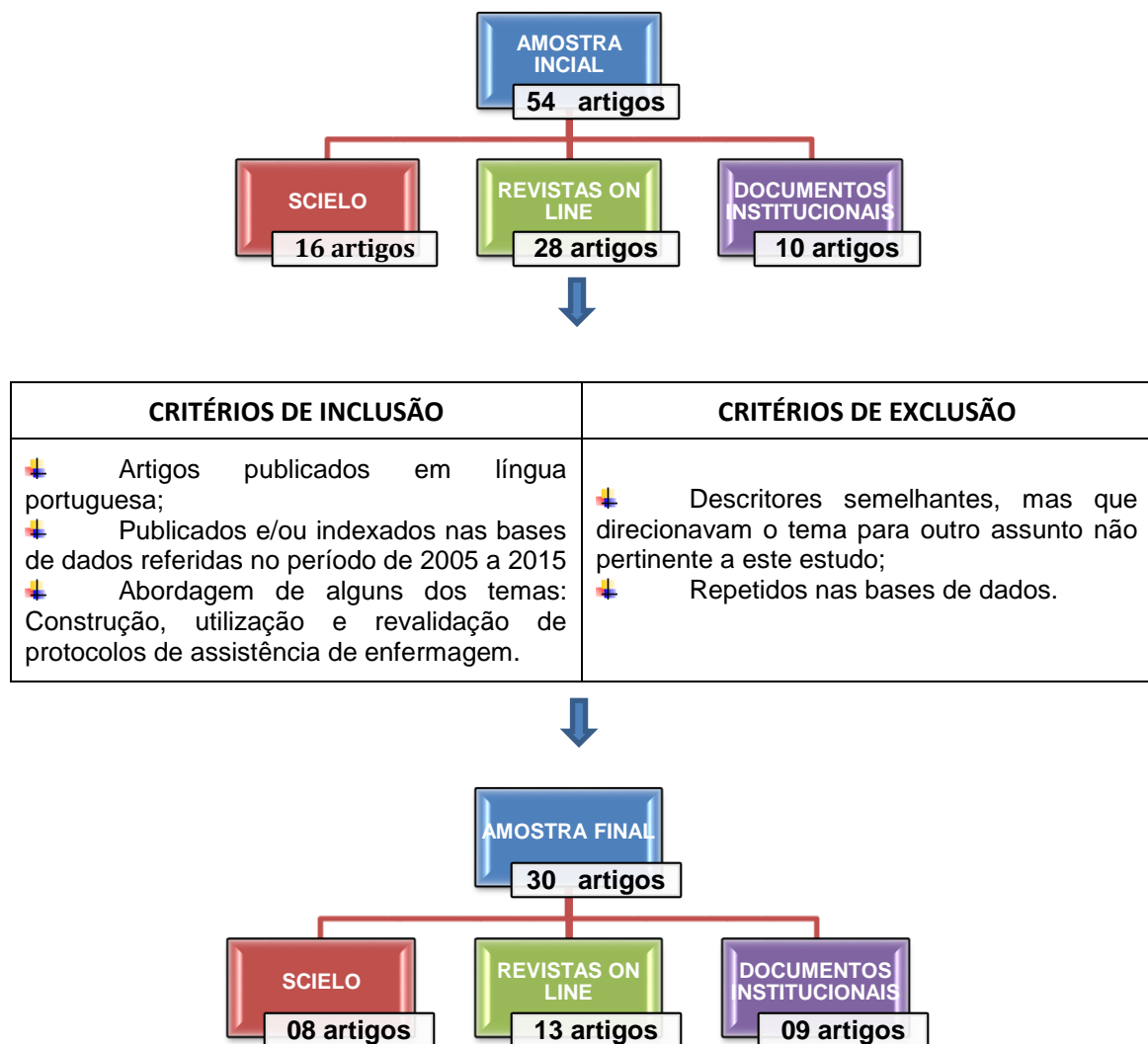
Para a seleção dos artigos, valeu-se dos seguintes critérios de inclusão: artigos intencionalmente publicados em Língua Portuguesa para delinear o contexto nacional, buscando conhecer a realidade brasileira; publicados e/ou indexados nas bases de dados no período de 2005 a 2015 e que abordaram alguns dos temas: construção, utilização e revalidação de protocolos de assistência de enfermagem. A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2015 a outubro do referido ano.

Durante a pesquisa de artigos, foram encontrados na literatura materiais relevantes sobre o protocolo de enfermagem em instituições hospitalares, sendo assim, foram incluídos, pois acredita-se que seus resultados podem contribuir para responder à pergunta norteadora desta revisão.

Foram excluídos estudos que continham descritores semelhantes, mas que direcionavam o tema para outro assunto não pertinente ao objetivo em questão e repetidos nas bases de dados.

A figura 2 apresenta o total de estudos obtidos nas bases de dados com as palavras chaves, totalizando uma amostra de 54 artigos, sendo destes 30 trabalhos selecionados para constituir a amostra final, após avaliação pelos parâmetros de inclusão e exclusão.

Figura 2 - Critérios de seleção e exclusão dos artigos da revisão integrativa



### 3ª Etapa: Categorização dos estudos

Nesta etapa, o pesquisador deve organizar e condensar, de maneira clara e objetiva, as informações de modo a garantir um banco de dados de fácil consulta. As referências devem conter os participantes, os objetivos, o método utilizado, resultados e as considerações finais relevantes (GANONG, 1987).

Para este fim, foi utilizado um instrumento denominado de fichamento, adaptado por Rocha, 2009 (Apêndice A), que contém dados relevantes, e que permitiu examinar separadamente os estudos possibilitando a obtenção de dados e resumo destes.

### 4ª Etapa: Avaliação dos estudos incluídos na revisão

Nesta etapa, propõem-se realizar um panorama das produções científicas e avaliar a qualidade, representatividade e confiabilidade dos estudos. Os resultados

foram apresentados em tabelas, extraídos do instrumento de fichamento adaptado por Rocha (2009), apoiados por Ganong (1987) que demonstram os delineamentos e características dos artigos.

A análise dos dados das pesquisas se deu de forma organizada e detalhada, a fim de ponderar o rigor e as características de cada artigo, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes dentre os estudos apresentados.

### **5ª Etapa: Apresentação dos resultados e discussão**

Esta fase corresponde à discussão dos principais achados nas pesquisas convencionais. A partir da interpretação e síntese realizadas anteriormente, compararam-se os dados evidenciados na análise de cada artigo, além de identificar as possíveis lacunas presentes no conhecimento sobre o tema, possibilitando delimitar prioridades para futuros estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO; 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO; 2010).

### **6ª Etapa: Apresentação da revisão**

Para facilitar a análise dos artigos selecionados, estes foram divididos em subgrupos por periódico, título/ano de publicação, autores e resultados.

Com a utilização de um instrumento de tabulação elaborado, para organizar, foi dado o seguimento das técnicas de extração de dados das fontes primárias, possibilitando resumir e organizar os achados. Para esta sistematização, foi elaborado um quadro contendo as variáveis mencionadas organizados de forma crescente.

## **3.2 Seleção da Amostra**

Os resumos de 54 artigos foram analisados criticamente, conferindo a potencialidade de cada um em responder à questão norteadora estabelecida. Após esta avaliação, 25 (46,30%) artigos sobre protocolo de enfermagem e 5 (9,26%) estudos sobre sistematização da assistência de enfermagem passaram a compor a amostra desta revisão, sendo lidos na íntegra.

Do material selecionado, 30 estudos encontrados de agosto a outubro de 2015, 8 (26,67%) foram indexados na base de dados Scielo, 9 (30%) são documentos institucionais, tais como: Documentos de SMS, Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e 13 disponíveis em revistas eletrônicas (43,33%).

### 3.3 Resultados

Na tabela 1, é possível verificar a amostra por ano de publicação e regiões brasileiras, totalizando um quantitativo significativo de publicações entre os anos de 2009 a 2011 (51,72%). Todo material foi produzido em âmbito nacional, correspondendo a 100% da amostra e distribuído da seguinte forma: Sudeste 58,62%; Nordeste 20,68%; Sul 13,8% e Centro Oeste 6,9%. Não foram encontrados trabalhos na região Norte do país no período de pesquisa.

Tabela 1- Distribuição dos artigos sobre consulta e protocolo de enfermagem em periódicos nacionais, segundo ano de publicação e região brasileira

Variáveis	N	%
<b>Ano de Publicação</b>		
De 2005 a 2008	06	20
De 2009 a 2011	11	36,67
De 2012 a 2015	13	43,33
Total	30	100
<b>Região Brasileira</b>		
Sudeste	17	56,67
Nordeste	06	20
Sul	04	13,33
Norte	00	0
Centro Oeste	03	10
Total	30	100

Atribui-se a maior quantidade de publicações na região Sudeste por esta abarcar a maioria de escolas de nível superior, tendo hoje cadastradas 61 instituições, conforme tabela 2 (BRASIL, 2016).

Tabela 2 - Distribuição das escolas de nível superior, segundo região brasileira

Variáveis	N	%
Região Brasileira		
Sudeste	61	48,03
Nordeste	23	18,11
Sul	27	21,25
Norte	06	4,72
Centro Oeste	10	7,87
Total	127	100

Fonte: Ministério da Educação e Cultura, 2016.

O material apresentado encontra-se disponível nas bases conforme apresentado na tabela 3:

Tabela 3 - Distribuição dos artigos sobre consulta e protocolo de enfermagem em periódicos nacionais, segundo periódico e abordagem metodológica

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Nome do Periódico</b>		
Documentos institucionais	10	33,34
Revista Brasileira de Enfermagem	04	13,34
Acta Paulista de Enfermagem	02	6,67
Revista Latino Americana de Enfermagem	02	6,67
Revista Escola Enfermagem USP	02	6,67
Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	02	6,67
Revista Gaúcha de Enfermagem	01	3,33
Cogitare Enfermagem	01	3,33
Revista Enfermagem Integrada	01	3,33
Texto Contexto Enfermagem Florianópolis	01	3,33
Revista Eletrônica de Enfermagem	01	3,33
Ciência y Enfermería XIX	01	3,33
Revista mineira de Enfermagem	01	3,33
Revista de enfermagem UFPE online	01	3,33
Total	30	100
<b>Abordagem metodológica</b>		
Qualitativo	27	90
Quantitativo	03	10
Total	30	100

Ao analisar a tabela 3, percebe-se que a abordagem qualitativa foi a mais prevalente (90%), o que denota trabalhos realizados no campo teórico acerca do nosso objeto de estudo, enquanto o método quantitativo representou (10%). Não foram encontrados estudos quanti-quali.

Ainda a respeito dos periódicos encontrados, são classificados de acordo com o sistema de avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). A saber, estes são analisados por estratos, sendo A1 o nível mais elevado e C o mais baixo. Desta forma busca-se aferir a qualidade dos artigos e de outros tipos de produção, a partir de análise da qualidade dos veículos de divulgação, ou seja, periódicos científicos (BRASIL, 2014). Neste estudo, foi possível observar a relevância dos dados tendo em vista que os artigos pesquisados estão dentro dos quatro primeiros estratos de classificação (A1, A2, B1 E B2), tendo boa significância acadêmica, representados na tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos artigos sobre consulta de protocolo de enfermagem em periódicos nacionais, segundo estrato de classificação CAPES, frequência

Nome do Periódico	Classificação	N
Documentos institucionais	Sem avaliação	10
Revista Brasileira de enfermagem	A2	04
Acta Paulista de Enfermagem	A2	02
Revista Latino Americana de Enfermagem	A1	02
Revista Escola Enfermagem USP	A2	02
Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	B2	02
Revista Gaúcha de Enfermagem	B1	01
Cogitare Enfermagem	B2	01
Revista Enfermagem Integrada	Sem avaliação	01
Texto Contexto Enfermagem Florianópolis	A2	01
Revista Eletrônica de Enfermagem	B1	01
Ciencia y Enfermeria XIX	B1	01
Revista Mineira de Enfermagem	B2	01
Revistade Enfermagem UFPE online	B2	01
Total		30

Fonte: Plataforma Sucupira, 2016.

Após avaliação dos pesquisadores que contribuíram para a construção dos artigos, foi observado que 14,13% estudos não apresentam dados sobre a ocupação dos autores. Enfermeiros representam 83,70%, seguidos de médicos 1,09% e dentistas 1,08%.

Tabela 5 - Distribuição dos artigos sobre consulta e protocolo de enfermagem em periódicos nacionais, segundo profissão e titulação dos autores

Variáveis	N	%
<b>Profissão</b>		
Enfermeiro	77	83,70
Sem especificação	13	14,13
Médico	01	1,09
Dentista	01	1,08
Total	92	100
<b>Titulação</b>		
Sem especificação	27	29,35
Doutores	22	23,91
Alunos de iniciação científica	14	15,22
Mestres	10	10,87
Professores sem especificação de titulação	10	10,87
Especialistas	09	9,78
Total	92	100

Ao que se refere à qualificação destes, foi possível concluir que profissionais sem titulação especificada são mais representativos, correspondendo a 29,35%, seguidos de doutores com 23,91%, alunos de iniciação científica com 15,22%, mestres 10,87%, professores sem titulação expressa nos artigos 10,87% e, por fim, especialistas representando 9,78%. Diante do exposto, verifica-se que a maioria das produções estão vinculadas as instituições e ao meio acadêmico, conforme tabela 5.

O quadro 1 apresenta um resumo dos 30 artigos que atenderam ao proposto por este estudo. Para facilitar a sua interpretação, os artigos foram divididos em subgrupos por periódico, título/ano de publicação, autores e resultados que são discutidos posteriormente.

Quadro 1 - Variáveis dos artigos selecionados: Periódico, título/ano, autores e resultados

N	PERIÓDICO	TÍTULO/ANO	AUTORES/INS TITUIÇÃO	RESULTADOS
1	Revista Brasileira de Enfermagem	Avaliação da realização e do registro da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário (2005)	REPPETTO, M.A., SOUZA, M.F.	O uso de uma ferramenta técnico-científica é importante para manter os profissionais atualizados e contribuir para a execução de todas as fases da SAE.
2	Autarquia Municipal de Saúde Londrina	Protocolo Clínico de Avaliação e Assistência de Enfermagem (2006)	Secretaria Municipal de Saúde de Londrina	Por meio de protocolos a assistência de enfermagem torna-se sistemática e organizada garantindo ao usuário cuidado integral.
3	Revista Brasileira de Enfermagem	Administração de quimioterápico: uma proposta de protocolo de enfermagem (2007)	ANDRADE, M., SILVA, S.R.	A ausência de protocolos institucionais é capaz de trazer à instituição, aos profissionais e aos usuários inúmeras perdas como cuidado inadequado, desorganização das unidades de assistência, conflitos interpessoais (ausência de definição de papéis), desvalorização profissional e ainda, desperdício de tempo.
4	Manual técnico: Secretaria da Saúde – São Paulo	Documento de atualização dos protocolos de enfermagem (2007)	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	Os autores destacam que por meio da utilização do protocolo a atuação do enfermeiro está fundamentada em conhecimentos técnicos científicos, tendo total responsabilidade por suas ações.
5	Revista Brasileira de Enfermagem	Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentosa na Estratégia Saúde da Família (2007)	XIMENES NETO, F.R.G. et.al.	Os autores evidenciaram a insatisfação dos profissionais enfermeiros em realizar prescrições, baseados em protocolos que não correspondiam à realidade local, sendo necessária a revisão e adequação destes instrumentos para uma assistência de qualidade e segura.
6	Acta Paulista de Enfermagem	Protocolo para avaliação da síndrome de abstinência alcoólica por profissionais de enfermagem nos serviços de urgência: teste piloto (2008)	LUIS, M.A.V., LUNETTA, A.C.F., FERREIRA, P.S	No estudo realizado a equipe de saúde percebeu o protocolo como uma ferramenta de grande utilidade, pois permitiu o reconhecimento das necessidades de cada indivíduo e apoiou os profissionais na tomada de decisão.
7	Coopmed	Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço (2009)	WERNECK, M.A.F.; FARIA, H.P.; CAMPOS, K.F.C.	Os autores trazem o conceito de protocolo como instrumento organizador tanto para as práticas assistenciais, como para a temática gerencial. Apoiando o enfrentamento de problemas relacionados a estas duas vertentes de trabalho.



8	Prefeitura municipal de Campinas Secretaria de saúde	Prefeitura municipal de campinas secretaria de saúde – protocolo de ação para assistência de enfermagem (2009)	Secretaria Municipal de Saúde de Campinas	O protocolo institucional elaborado pelas autoras busca sistematizar a assistência de enfermagem objetivando o cuidado integral e a segurança aos direitos dos profissionais e usuários do Sistema Unico de Saúde (SUS).
9	Conselho Regional de Enfermagem Goiás	Protocolo de Enfermagem em Atenção a Saúde de Goiás (2010)	COREN GO	A elaboração e uso de protocolo assistencial não é um ato simples, pois, está diretamente interligado às crenças e práticas já adquiridas pelos profissionais, dessa maneira o uso deste instrumento é percebido como um desafio.
10	Revista Latino Americana de Enfermagem	Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: influência na ansiedade e depressão (2010)	LIMA, F.E.T et al.	O uso desta ferramenta possibilitou a enfermagem avaliar de maneira sistemática, sem lacunas, percebendo as reais necessidades dos usuários e proporcionou a elaboração de um planejamento de cuidado que atendessem os indivíduos de maneira integral.
11	Revista Gaúcha de Enfermagem	Sistematização da assistência de enfermagem: espaço para criação e utilização de protocolo para usuários após revascularização miocárdica (2010a)	LIMA, F.E.T et al.	O uso do protocolo assistencial permitiu a avaliação sistemática, planejamento das ações do enfermeiro, com o objetivo de melhorar a assistência prestada, obter soluções pertinentes na manutenção e recuperação do indivíduo.
12	Cogitare Enfermagem	Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento às vítimas (2010b)	ULBRICH, E. M. et al.	Foi possível desvelar neste estudo o protocolo de enfermagem como um instrumento capaz de sistematizar a classificação de risco em Serviço de Pronto Socorro, promovendo agilidade e eficácia nos atendimentos.
13	Revista Enfermagem Integrada	Compreensão do enfermeiro quanto à prescrição de medicamentos na estratégia saúde da família (2011)	MONTEIRO, K.A., BARBOSA, S.P.	A prescrição de medicamentos é uma prática que tem trazido valorização ao enfermeiro, porém, para que este ato seja exercido regularmente, há a necessidade da implantação de um instrumento que respalde a enfermagem no cumprimento de suas atribuições.
14	Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis	Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar (2011)	ALMEIDA, M.L. et al.	Protocolos fornecem dados relevantes para a práxis gerencial do enfermeiro, garantindo assistência de qualidade bem como satisfação profissional.
15	Revista Escola Enfermagem USP	Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (2011)	RODRIGUES, E. M., NASCIMENTO, R.G., ARAÚJO, A.	Lacunas existentes no atendimento de pré-natal podem ser evitadas com a adequada utilização do protocolo assistencial, qualificação e reciclagem dos profissionais envolvidos.

16	Revista da escola de enfermagem da USP	Amamentação: a prática do enfermeiro na perspectiva da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem (2011)	CHAVES, M.M.N et.al.	Questões relacionadas com a amamentação não estão contempladas no protocolo existente, dessa forma, os autores aconselham a inclusão dessas competências no instrumento de modo a ampliar o campo de atuação da enfermagem.
17	Acta Paulista de Enfermagem	A Classificação das intervenções de enfermagem na prática clínica de enfermeiros brasileiros (2011)	SAMPAIO, R.S et. Al.	Segundo os autores, estas ferramentas funcionam como base para a tomada de decisão quanto ao cuidado prestado, assegurando cuidado integral e individualizado.
18	Revista Eletrônica de Enfermagem	Ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro em unidade de terapia intensiva (2012)	CHAVES, L.D.C.P; LAUS, A. M.; CAMELO, S. H.	A implantação de protocolos busca organizar as atividades do enfermeiro, porém, isoladamente este instrumento não é um modificador de ações, sendo, portanto, importante estar associados ao comportamento, formação e condutas éticas do profissional que dele se utiliza.
19	Manual técnico: Secretaria da Saúde – São Paulo	Manual de enfermagem saúde do adulto (2012a)	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	A atualização dos manuais municipais objetivou tornar a assistência mais resolutiva, de modo a garantir organização do cuidado e promover novas habilidades aos enfermeiros, almejando atingir atendimento com qualidade.
20	Manual técnico: Secretaria da Saúde – São Paulo	Manual de enfermagem saúde da criança e do adolescente (2012b)	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	O protocolo é reconhecido pelos autores como um instrumento que organiza os serviços, agrega valores, possui teor técnico científico com o objetivo de ordenar as condutas frente às questões da saúde da criança e adolescente.
21	Manual técnico: Secretaria da Saúde – São Paulo	Manual de enfermagem saúde da pessoa idosa (2012c)	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	O protocolo da Saúde do idoso constitui-se como um ordenador da prática diária dos enfermeiros, tendo em vista a legislação vigente e a Lei do exercício profissional.
22	Revista Brasileira de Enfermagem	Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica (2012)	FELIX, L.G.; SOARES, M.J.G.; NOBREGA, M.M.L.	A construção da ferramenta consiste em um essencial recurso para orientar o enfermeiro no planejamento do cuidado e promoção de breve recuperação dos usuários.
23	Revista Latino Americana de Enfermagem	Estrutura conceitual para pesquisa e prática clínica na mudança de comportamentos em saúde cardiovascular (2013)	GALANI, M.C. et.al.	Os autores percebem o protocolo de planejamento como um meio para intervenções de educação em saúde com usuários em acompanhamento devido à afecção cardiovascular.
24	Ciencia y Enfermeria XIX	Ações do pré-natal realizadas pela equipe de Enfermagem	DUARTE, S.J.H.,	Foi constatado pelos autores que existem lacunas importantes nas consultas de pré-natal. Os exames solicitados não têm uma padronização, sendo pedido por vezes de acordo a

		na atenção primária à saúde, Cuiabá (2013)	MAMEDE, M.V.	vivência dos enfermeiros. Diante deste cenário os pesquisadores ressaltam a importância de protocolo assistencial como fonte norteadora das atividades de enfermagem.
25	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	Sistematização da assistência de enfermagem pediátrica na perspectiva de enfermeiros da estratégia saúde da família (2013)	GASPARINO, R.F.; SIMONETTI, J.P.; TONETE, V.L.P.	As autoras concluíram que a SAE tem sido realizada de modo desestruturado, sem sistematização, sem o devido uso de referências técnico-metodológicas que auxiliem o profissional enfermeiro a executar adequadamente seu processo de trabalho.
26	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na estratégia saúde da família (2013)	OLIVEIRA, F. F. S et. al.	Constatou-se neste estudo que as consultas estão centradas somente no histórico de enfermagem, exame físico. Sendo assim, há necessidade de implantar um protocolo assistencial para otimizar o cuidado prestado às crianças na ESF.
27	Revista mineira de Enfermagem	Cuidados às pessoas com úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família (2013)	REIS, D.B. et. al.	Evidenciou-se neste estudo que há manejo incorreto das lesões, como medida de sanar estas dificuldades, os profissionais entrevistados sugeriram a elaboração e implantação de um protocolo que norteie suas práticas.
28	Conselho Regional de Enfermagem Goiás	Protocolo de Enfermagem em Atenção a Saúde de Goiás (2014)	COREN GO	Os manuais, além de possuírem um papel ordenador da assistência, a elaboração deste documento também auxilia os gestores na tomada de decisão e respaldo para as práticas dos profissionais de enfermagem.
29	Conselho Regional de Enfermagem São Paulo	Guia para elaboração de protocolos assistenciais de enfermagem (2015)	COREN SP	Vantagens: O protocolo proporciona segurança, ações organizadas, qualificação dos profissionais, adesão à novas tecnologias, os recursos são utilizados de maneira mais racional e efetivas, facilitador de comunicação interpessoal. Desvantagens: Uso incorreto deste instrumento, não seguindo adequadamente suas orientações, desrespeitar seus limites e serem elaborados aquém da prática baseada em evidências.
30	Revista de enfermagem UFPE online	Protocolo do enfermeiro na estratégia saúde da família: relato de experiência (2015)	MOURA, S.G.; OLIVEIRA, F.M.C.; CAVALCANTI, Y.L.P.	Deste estudo, constatou-se que, o protocolo é um instrumento que os profissionais precisavam para orientar as práticas diárias dentro da ESF, almejando respaldo legal no atendimento ao paciente e ainda, valorização do profissional.

Fonte: Scielo, Revista Eletrônica de Enfermagem, Documentos Institucionais.

### 3.3 Síntese

O *corpus* de análise revelou quatro categorias temáticas que sumarizaram o que há de publicações atualizadas sobre o tema, a fim de contribuir com o processo de trabalho em enfermagem, bem como embasar futuros estudos.

#### 3.3.1. Os protocolos como instrumentos que sistematizam a prática de enfermagem em busca do cuidado integral.

Dos 30 artigos encontrados, 18 (LONDRINA, 2006; LUIS; LUNETTA; FERREIRA, 2008; WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009; CAMPINAS, 2009; COREN-GO, 2010; LIMA et. al., 2010 a; LIMA, et. al. 2010 b; ULBRICH et. al. 2010; ALMEIDA, et. al., 2011; SAMPAIO et. al., 2011; CHAVES; LAUS; CAMELO, 2012; FELIX et. al., 2012; SÃO PAULO, 2012 a, b, c; GALANI et. al., 2013; COREN-GO, 2014; MOURA; OLIVEIRA; CAVALCANTI, 2015) trataram dos benefícios trazidos pela implementação de protocolos de enfermagem, com o intuito de sistematizar a assistência, e representou 60,0% das publicações. Em busca da assistência de qualidade, integral e intersetorial, autores de diferentes serviços de saúde afirmam que esta ferramenta normatiza e sistematiza o atendimento aos usuários do SUS (LONDRINA, 2006; CAMPINAS, 2009; LIMA et. al., 2010 a; SÃO PAULO, 2012 a, b, c).

Além disso, o PAE permite o aperfeiçoamento das práticas de enfermagem, proporcionando conhecimento técnico, aprendizagem de novas habilidades e estímulo à equipe em busca de qualidade na atenção à saúde. Para tanto, os profissionais de enfermagem devem adequar as orientações em seu campo de prática e norteá-los aos objetivos de cada localidade. (SÃO PAULO, 2012 a, b, c).

Ainda neste contexto, Werneck, Faria e Campos (2009) caracterizam o PAE, em um serviço ambulatorial de hospital público, como organizador tanto na esfera assistencial como na gerencial, sendo valioso no enfrentamento de problemas nestes campos.

As ações gerenciais e assistenciais são complementares. O enfermeiro quando gerencia o processo de trabalho, dimensiona recursos humanos, materiais e insumos com o objetivo de promover assistência integral ao paciente, atendendo-o em suas necessidades de promoção, prevenção, proteção e reabilitação (ALMEIDA, et. al., 2011).

Buscando orientar o enfermeiro em suas ações, essencialmente na esfera gerencial, Almeida et. al. (2011) e Moura, Oliveira e Cavalcanti (2015) recomendam a elaboração de protocolos que atualizem e ofereçam aos enfermeiros dados importantes para a prática.

No campo assistencial, o uso de um protocolo voltado aos atendimentos de usuários etilistas foi percebido pela equipe de saúde como uma ferramenta de grande utilidade, que permitiu o reconhecimento das necessidades de cada indivíduo e apoiou a tomada de decisão. Este instrumento possibilitou que os profissionais de enfermagem reconhecessem sinais, sintomas e seus agravos, informações estas antes desconhecidas pelos sujeitos (LUIS; LUNETTA; FERREIRA; 2008).

A importância do uso de protocolos de enfermagem também foi evidenciada no atendimento aos usuários pós-revascularização do miocárdio. Este instrumento facilitou as ações do enfermeiro, permitiu elencar as prioridades de cada indivíduo, traçando assim o plano de cuidado almejando para a breve recuperação (LIMA, et. al. 2010 b). O estudo de Galani et. al. (2013), alinhado no cuidado aos usuários revascularizados, aponta o uso da prática sistematizada também na educação em saúde, com o objetivo de evitar complicações das afecções cardiovasculares.

Nesse sentido, o uso desta ferramenta consiste em organizar o cuidado a estes usuários, desde a fase ambulatorial até o momento da alta hospitalar. Ainda é fonte de orientação aos pacientes sobre autocuidado, hábitos de vida saudáveis, sendo também muito valioso para a recuperação e breve retorno às atividades diárias (FELIX et. al., 2012).

Nos de pronto-socorro é imprescindível a agilidade na prestação do cuidado, sendo o PAE um poderoso aliado na materialização da assistência de enfermagem rápida e de qualidade, ganhando tempo e facilitando o processo de trabalho da equipe, em busca da integralidade do atendimento. O protocolo, associado à classificação de risco proposta pelo MS, proporciona atendimento de acordo com a necessidade de cada indivíduo, não sendo realizado de maneira impessoal e tampouco por ordem de chegada (ULBRICH et. al., 2010).

Nesse campo da urgência e emergência, no interior das unidades de terapia intensiva (UTI), o instrumento que baliza as ações de enfermagem tem sido percebido como organizador da prática, porém somente o PAE não possibilita a normatização das atividades de enfermagem. O alcance dos objetivos a que se propõe este instrumento está fortemente associado ao comportamento, conhecimento,

subjetividade e condutas éticas de quem dele se utilizam (CHAVES; LAUS; CAMELO; 2012).

Sintetizando esses achados, a importância da tomada de decisão em busca do atendimento contínuo e integral por meio da SAE, tem sido amplamente discutida pelos autores Sampaio et. al. (2011), que trazem o protocolo como instrumento metodológico na organização das ações que, combinadas a uma rede dinâmica e interligada, resultam no processo de cuidar.

Para o Conselho de Classe do estado de Goiás, as atividades da enfermagem estão cada vez mais expostas às tecnologias, o que tem gerado conflitos entre o ser e o fazer. Desta forma, com o intuito de reduzir danos e garantir ações seguras e de qualidade, este órgão propõe a elaboração de protocolos que materializem a SAE (COREN-GO, 2015).

### **3.3.2. Segurança frente às prescrições de medicamentos e solicitações de exames**

As prescrições de medicamentos e solicitações de exames por parte do enfermeiro estão amplamente regulamentadas e têm representado para a enfermagem uma conquista para o crescimento profissional (XIMENES NETO, et. al., 2007). Porém, faz-se necessário o uso de meios que garantam a segurança e respaldo, como evidenciado em quatro artigos (ANDRADE; SILVA, 2007; XIMENES NETO, et. al., 2007; SÃO PAULO, 2007; COREN/SP, 2015), que representaram 13,3% da amostra.

Ao observar uma prática sem sistematização, nota-se com clareza o descomprometimento no cuidado, com qualidade duvidosa, serviços de saúde desorganizados, constantes conflitos, desvalorização profissional e uso do tempo disponível de maneira inadequada. Dessa maneira, as autoras sugeriram a implantação de protocolos que modifiquem positivamente este cenário (ANDRADE; SILVA, 2007).

O avanço científico tem proporcionado ao enfermeiro independência e autonomia em suas ações, porém tem exigido que este tenha conhecimento técnico cada vez mais atualizado. Sendo assim, a enfermagem vem experimentando, também, um aumento equivalente de responsabilidade (XIMENES NETO, et.al., 2007).

A cidade de São Paulo, por meio da SMS, em busca de um atendimento de qualidade e seguro, atualizou no ano de 2007 os protocolos de enfermagem baseados na lei do exercício profissional, com o objetivo de proporcionar autonomia ao enfermeiro no que se refere à prescrição de medicamentos e solicitação de exames. Desta maneira, os autores enfatizam que as ações deste profissional estão baseadas em conhecimentos técnico-científicos sendo, portanto, o enfermeiro responsável por todas as suas condutas. Em caso de inconformidade, este estará sujeito a sanções previstas em lei (SÃO PAULO, 2007).

Ao que se refere à proteção profissional, o COREN/SP aponta o uso de protocolos como garantia de segurança dos usuários e profissionais que se utilizam deste recurso. É possível elencar como benefício ações organizadas, enfermeiros mais qualificados, recursos utilizados de maneira racional e adequada, além da redução de conflitos interpessoais (COREN/SP, 2015).

Assim como a cidade de São Paulo (2007), o Conselho de Classe do Estado destaca que, para que o profissional esteja amplamente respaldado em suas ações, os protocolos devem ter seus limites respeitados, suas orientações necessitam ser seguidas corretamente e elaboradas de acordo com evidências científicas (COREN/SP, 2015).

Estes instrumentos abarcam informações fundamentais aos coordenadores de serviços por ser um ordenador das práticas dos enfermeiros e da equipe multiprofissional. A elaboração e uso de protocolo assistencial pode ser percebido como um desafio, pois significa, em muitas situações, romper crenças e práticas já incorporadas, almejando competência técnica e política, com sensibilidade para questões da vida e do coletivo COREN-GO (2010).

### **3.3.3. Prática de enfermagem sem protocolo assistencial ou uso inadequado deste instrumento.**

Essa categoria está apoiada em 23,3% do material selecionado, sendo composto por sete artigos, mas Ximenes Neto, et. al. (2007) foi discutido também na categoria dois, (XIMENES NETO et. al., 2007; MONTEIRO; BARBOSA, 2011; RODRIGUES et. al., 2011; CHAVES et. al., 2011; DUARTE; MAMEDE, 2013; GASPARINO; SIMONETTI; TONETE; 2013; OLIVEIRA et. al., 2013; REIS et. al., 2013) que elucidaram os riscos do uso incorreto ou até mesmo da ausência deste instrumento no cotidiano da enfermagem.

No estudo realizado por Ximenes Neto et. al. (2007), percebeu-se a insatisfação dos enfermeiros em realizar prescrições, não pela prática em si, mas pelo contexto onde estão inseridos, pois os protocolos existentes não correspondem à realidade local. Dessa forma, foi proposta uma revisão e adequação destes instrumentos para uma assistência de qualidade e segura.

Em cenário muito semelhante, a prescrição de medicamentos proporcionou autonomia e valorização do enfermeiro, porém no serviço estudado não há documento normativo que fundamente esta prática, sendo urgente a implantação de um instrumento que respalde a enfermagem e garanta aos usuários uma assistência com ética, legalidade e resolubilidade (MONTEIRO; BARBOSA, 2011).

Nos achados apresentados por Rodrigues et. al. (2011), no estado de Minas Gerais, observou-se problemas na SAE no acompanhamento de pré-natal, que apresentaram lacunas, como por exemplo, tempo escasso para realização de consultas, capacitação inadequada dos profissionais, ausência de apoio da SMS e da equipe de saúde na execução da SAE, e não contemplam todas as especificidades do pré-natal.

Em pesquisa realizada em Cuiabá, a realidade das gestantes não é diferente. A solicitação de exames de primeiro e terceiro trimestre não é padronizada, sendo por vezes, pedida conforme cadernos de atenção básica e em outras situações pela vivência dos enfermeiros. Um exemplo disto é a solicitação de sorologia para hepatite A em usuárias assintomáticas e ausência de requisição para hepatite B, que é preconizado pelo MS (DUARTE; MAMEDE, 2013).

Outro fato que merece ser destacado é que há uma diferenciação entre os enfermeiros que atuam na ESF e nos centros de saúde. Neste último, os profissionais não possuem a permissão para prescrição de medicamentos basilares no pré-natal, mesmo estes estando preconizados pelo MS, sendo esta prática mais efetiva para os profissionais de ESF (DUARTE; MAMEDE, 2013).

Foi possível perceber neste caso, que os enfermeiros desconhecem seu papel frente à assistência de pré-natal. Estes profissionais entendem que é um cuidado privativo da classe médica (RODRIGUES, et. al., 2011).

Os autores concluem que o uso do protocolo é percebido como um aliado pela maioria dos enfermeiros, porém ainda se enfrenta resistência em seu uso por parte de médicos e alguns profissionais de enfermagem. Associado a esta problemática, os participantes do estudo acreditam que a ausência de capacitações, apoio dos



gestores, esclarecimentos acerca do protocolo assistencial e o modelo biomédico de atendimento, são fatores que comprometem a eficácia da assistência no cenário estudado (RODRIGUES, et. al., 2011).

Em Curitiba o protocolo assistencial existente não possui todos os diagnósticos de enfermagem necessários à atenção às puérperas no que se refere ao aleitamento materno. Foi possível constatar que as ações relacionadas à esta fase da vida materna não estão sob responsabilidade do enfermeiro e sim direcionadas aos profissionais médicos. Os autores que reconhecem o papel fundamental da enfermagem na prevenção de lesões mamilares e promoção do aleitamento materno, propõem a revisão do instrumento implantado com o objetivo de incluir a participação do enfermeiro (CHAVES, et. al., 2011).

Aliada à estas lacunas foi possível, ainda, destacar a formação do enfermeiro que se apresenta distorcida quando se discute o ensino dentro dos limites da universidade e o que o profissional vivencia no campo de trabalho. Relatos acerca desta problemática envolvendo a SAE podem ser confirmados pelos discursos que se seguem:

*Na graduação, aprendi a realizar a SAE com os cinco passos, mas na prática vi que ela não era realizada, e quando era, faziam de qualquer jeito, não priorizavam os diagnósticos, não faziam um plano de cuidados. (E14). Encontrei distanciamento relacionado à prática do enfermeiro com a utilização e efetivação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, e pelos estabelecimentos de saúde desconhecerem a necessidade desta sistematização. (E10)*

*A SAE não era realizada em nenhuma etapa já que tinha sob minha responsabilidade em média de 40 a 50 pacientes. (E13) (TREVISAN, et. al., 2013, p. 334).*

Neste mesmo sentido, em Curitiba-PR, os participantes da pesquisa apontam que uma boa assistência de enfermagem deve ser exercida em condições adequadas com respaldo institucional por meio de protocolos, recursos em quantidade suficiente, leis que regem o exercício profissional, apoio teórico e delineamento da realidade dos usuários (CHAVES, et. al., 2011).

Em relação às consultas de puericultura na ESF, dois estudos, um realizado no interior Paulista e outro em Picos-PI, apontam que as consultas de enfermagem (CE) estão sendo realizadas de modo desorganizado, sem estruturação e apoio técnico científico, sendo assim, é unânime entre as pesquisadoras a necessidade de construir uma ferramenta que oriente e otimize o cuidado prestado às crianças (GASPARINO; SIMONETTI; TONETE; 2013; OLIVEIRA et. al., 2013).

No interior paulista, durante os estudos que envolviam o tema puericultura, as enfermeiras desvelaram como dificultadores para a execução da CE problemas relacionados com infraestrutura inadequada, demanda espontânea, rotatividade médica, diversas atribuições agregadas ao enfermeiro e ações voltadas à cura e não à prevenção e promoção. Deste modo, foi possível verificar que os profissionais demonstram dificuldade em organizar suas ações e a de sua equipe, mesmo reconhecendo a importância do adequado processo de trabalho (GASPARINO; SIMONETTI; TONETE; 2013).

Em Picos, cidade do Piauí, não há relatos de problemas organizacionais para a correta realização da CE em puericultura. No entanto, é evidente que as lacunas são decorrentes do desconhecimento dos profissionais. Evidenciou-se que apenas o histórico e exame físico aparecem com mais frequência nas CE, contrariando as cinco fases que compõem a SAE, e assim, o cuidado integral à saúde da criança não tem sido alcançado (OLIVEIRA et. al., 2013).

Observando outra linha de cuidados, Reis et. al. (2013) demonstraram que no atendimento aos usuários portadores de úlceras venosas (UV), há lacunas de conhecimento técnico-científico dentre os profissionais enfermeiros, o que tem acarretado manejo incorreto destas lesões.

A escolha inadequada de condutas frente às UV compromete a cicatrização das feridas, aumenta as chances de recidivas e a resolubilidade da atenção primária fica comprometida. Os usuários passam a procurar os serviços secundários e terciários por não acreditarem mais na AB. Como medida de sanar essas dificuldades, os profissionais entrevistados sugeriram a elaboração e implantação de um protocolo que norteie suas práticas e também treinamento dos profissionais (Reis, et. al., 2013).

Pelo exposto percebe-se que os autores concordam que é necessária a implantação do PAE em busca de qualificação da equipe, ampliação do campo de trabalho e fonte norteadora das práticas de enfermagem (DUARTE; MAMEDE, 2013).

#### **3.3.4. Educação continuada e permanente**

Os artigos apresentados pelos autores (REPETTO; SOUZA, 2005; LONDRINA, 2006; LUIS; LUNETTA; FERREIRA, 2008; COREN-GO, 2010; RODRIGUES, et. al., 2011; SÃO PAULO, 2012 a, b; CHAVES, et. al., 2012; GASPARINO et. al., 2013; MOURA; OLIVEIRA; CAVALCANTI, 2015) discutiram o protocolo como ferramenta na atualização dos enfermeiros, sendo que, dos nove estudos elencados, apenas um

ainda não foi mencionado nas categorias anteriores, correspondendo 3,34% da amostra. Muitos são os termos aplicados à educação no ambiente de trabalho. Estes termos são apresentados de maneira clara e sucinta por Gasparino et al (2013).

Educação contínua ou continuada, educação em serviço e educação permanente. A educação permanente é um instrumento que pode ampliar a qualidade da análise da realidade e da construção de ações de promoção e cuidados integrais de saúde, propiciando aos profissionais o empoderamento comunitário, além de contribuir para a melhor compreensão da promoção à saúde e dos processos de trabalho. A qualificação dos trabalhadores de saúde, principalmente os da ESF, se faz necessária devido aos avanços de diferentes naturezas ocorridos desde sua implantação, além da variedade de aspectos assistenciais e gerenciais inerentes, impondo novas situações a serem enfrentadas no cotidiano das Unidades de Saúde da Família (USF's). A educação permanente em saúde permite a resignificação do processo de trabalho, por ser desenvolvida em serviço e a apropriação efetiva do território, com suas necessidades de saúde sentidas ou não.

Cabe acrescentar que, para além do preparo técnico, as ações de Educação Permanente em Saúde, institucionalmente, podem desencadear soluções de problemas de diferentes ordens, com consequentes mudanças na prática da enfermagem junto às crianças e suas famílias, visando à integralidade da assistência (GASPARINO, et. al., 2013, p. 1120).

No estudo apresentado por Repetto e Souza (2005), o uso de um instrumento técnico-científico é importante para manter os profissionais capacitados para o exercício de suas atividades, desde o momento da identificação de problemas até a avaliação do cuidado prestado.

Neste seguimento, o município de São Paulo se apoiou em seus protocolos para proporcionar capacitação técnica e ainda, esse mecanismo possibilitou o aprendizado de novas habilidades aos enfermeiros (SÃO PAULO, 2012 a, b).

Os protocolos, além de serem importantes para a prática do enfermeiro, são poderosos aliados aos gestores por conterem informações indispensáveis ao cuidado, e também para as atividades de educação permanente, almejando a assistência integral e de qualidade (COREN-GO, 2010).

Entretanto, na ESF o significado dado à qualidade deve ser estendido à utilização de recursos públicos de forma eficiente, eficaz e efetiva. Conseqüentemente, o uso correto de instrumentos disponíveis proporciona desenvolvimento técnico-científico das equipes de saúde, sendo esta uma das finalidades dos protocolos assistenciais (LONDRINA, 2006).

Neste cenário é preciso pensar o enfermeiro como um profissional que tem suas habilidades desenvolvidas ao longo do tempo e aperfeiçoadas por meio de ações de educação permanente, que proporcionam uma prática baseada em argumentos e senso crítico (MOURA; OLIVEIRA; CAVALCANTI, 2015).

Quando se discute educação continuada em enfermagem, as primeiras ideias são que as atividades sejam desenvolvidas em determinados locais e setores de trabalho, porém é necessário compreendê-la de maneira mais ampla, que proporcione melhor qualificação profissional e assim favoreça uma assistência de qualidade aos usuários. Desta maneira, é possível perceber a educação permanente como estratégia no processo de ensino para o desenvolvimento das ações em saúde, como também na sistematização dos serviços (CHAVES, et. al., 2012).

Os autores Luis, Lunetta e Ferreira (2008), apontam o protocolo de enfermagem como um instrumento capaz de auxiliar na capacitação e atualização dos enfermeiros que, no cenário estudado, se apoiaram nas informações do PAE para sanar dúvidas acerca dos processos de doença e proporcionaram a busca de novos saberes.

A ausência de capacitação para uso de protocolos assistenciais e práticas de enfermagem, é percebida pelos enfermeiros como um dificultador no atendimento às gestantes, comprometendo a qualidade da assistência prestada (RODRIGUES, et. al., 2011).

Podemos concluir que a educação continuada e em saúde, por meio de protocolos, tem sido fundamental para o alcance de melhores condições de trabalho aos profissionais e atendimento de qualidade aos usuários.

### **3.3.5. Considerações finais**

Foi possível elencar várias situações impulsionadoras para a elaboração do PAE: garantia de acesso aos usuários e melhoria na qualidade da assistência, valorização do profissional enfermeiro, organização das práticas nos serviços de saúde, evitar/reduzir o despreparo da equipe, oferecer suporte para enfrentamento de problemas relacionados com a assistência/gerência, apoio para tomada de decisão, instrumentalizador para o autocuidado e educação em saúde.

A despeito de encontrarem-se cenários distintos, a busca pela assistência integral, as lacunas de atendimento em decorrência da ausência ou uso inadequado de protocolos acabaram proporcionando uma melhor articulação entre os profissionais que, embora cada um estivesse envolvido com sua realidade, mobilizaram-se para alcançar um objetivo comum: assistência integral aos usuários, com a elaboração e/ou revisão dos protocolos.

É relevante reforçar que este instrumento só será eficiente e eficaz se for seguido corretamente e elaborado mediante PBE, e ao mesmo tempo, com conteúdo que contemple e oriente o profissional, perante os cenários vivenciados em cada região do Brasil.

Os dados encontrados nesta revisão contribuíram para evidenciar a importância da implantação e utilização de protocolos de enfermagem, além de oferecer subsídios para a contextualização do tema na área de enfermagem.

#### *4. Trajetória metodológica*

## **4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

### **4.1. Contextualizando o objeto de estudo**

A partir de 2013, a secretaria de saúde do município do interior paulista começou a planejar as padronizações das ações de enfermagem nas sete equipes que compõem a ESF e duas unidades básicas de saúde (UBS). Nesta época, foi observado que os enfermeiros realizavam a SAE de maneira limitada, com lacunas, e sem direcionamento sistematizado.

Assim sendo, em 2014, um grupo de profissionais capacitados foi formado para construir um instrumento assistencial, denominado de Protocolo de Assistência de Enfermagem, a fim de organizar a prática na AB deste município, enriquecer e sistematizar a assistência prestada pelo profissional enfermeiro (SÃO MANUEL, 2014).

O processo de elaboração constituiu-se da divisão dos temas em saúde da criança, adulto, idoso, e da mulher, entre as enfermeiras assistenciais, levando em consideração a realidade vivida de cada uma, tendo como referência os documentos do MS (portarias, cadernos de atenção básica), pareceres do COREN, protocolos da SMS de São Paulo e protocolos assistenciais de outros municípios.

Posteriormente, foi realizada uma revisão minuciosa de todo o projeto, o documento foi encaminhado ao gestor municipal de saúde para aprovação e em seguida submetido à avaliação do Conselho Municipal de Saúde, atendendo às exigências da legislação vigente, conforme registro de aprovação (ANEXO III).

### **4.2. Pesquisa Qualitativa**

Estudo de abordagem qualitativa, que nos últimos 30 anos vêm se sedimentando como importante possibilidade de estudo na área da saúde (BOSI, 2012; KERR; KENDALL, 2013).

Diversos são os caminhos para desenvolvê-la, o pesquisador pode realizar uma observação direta, compreendendo os participantes em seu ambiente, ou até mesmo observando comportamentos, não participando ativamente do processo. Outra possibilidade é a realização de entrevistas que podem ser abertas, semiestruturada e não estruturada (KERR; KENDALL, 2013).

Os autores que optam por esta metodologia procuram entender como as pessoas pensam, desempenham suas ações e como se comportam diante de

situações pontuais. Dessa maneira, é possível compreender o funcionamento e corpo do objeto em estudo por meio dos indivíduos que vivenciam tal experiência (MINAYO, 2014).

O pesquisador necessita possuir algumas características que irão assegurar a qualidade de seu estudo, como a percepção acurada e competência técnica. Sendo assim, é possível apreender que este tipo de pesquisa é uma tarefa complexa, que necessita de dedicação, comprometimento, capacidade de reflexão teórica e comprometimento ético (LACERDA; LABRONICI, 2011).

O estudo qualitativo direciona a interpretação de um determinado tema, trabalhando no campo da subjetividade, sem comprovação de hipóteses (PINTO, 2012; BOSI, 2012).

Reforçando o que Pinto (2012) aponta como conceito, Minayo (2004) define:

“[...] a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis”. (MINAYO, 2004 p. 28)

Este tipo de análise não se limita a quantificar ou elencar os fatos estudados e, tampouco, faz uso de análises estatísticas para avaliá-los. O ponto inicial da investigação são questões ou tópicos de interesse mais abrangentes que vão se destacando conforme o estudo vai se desenvolvendo (MEDEIROS, 2012).

O significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida é a preocupação essencial do investigador. Avalia-se a situação estudada a partir do olhar dos participantes da pesquisa, pelos discursos ou documentos, de modo a explicitar fatos que ficam invisíveis para pessoas que estão fora do processo analisado (MINAYO, 2014). Neste cenário, é possível compreender as experiências humanas e como elas vêm realizando suas atividades e pensando sobre estas. (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Na concepção de Oliveira (2015) este delineamento de estudo possui como característica relevante o pesquisador como instrumento fundamental na coleta dos dados, a qual é realizada no ambiente natural onde os participantes estão inseridos.

São usados neste tipo de pesquisa equipamentos como gravadores vídeos ou blocos de anotação. O observador deve exercitar-se como dispositivo mais confiável de apreciação, triagem, avaliação e explicação dos dados coletados (BELEI et. al., 2008).



### **4.3. Desenho da Pesquisa**

#### **4.3.1. Cenário do estudo**

O estudo foi realizado em sete Unidades de Saúde da Família (USF), de um município de pequeno porte II, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2016) e possui uma estimativa populacional de 40.367, localizado na região Centro-Sul do Estado de São Paulo, distante 284 km da cidade de São Paulo.

Compõe a rede de serviços de saúde: um hospital de baixo-média complexidade filantrópico e sem fins lucrativos, que possui 60 leitos e um pronto atendimento; cinco ESF sendo que em uma unidade possui três equipes e conta-se, também, com uma unidade móvel que presta atendimento à população de área rural.

Há o funcionamento de um ambulatório médico de especialidades, clínica da mulher, que atende gestantes de médio a alto risco e realiza procedimentos ginecológicos; possui também especialidades não médicas: fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, assistente social e psicologia.

Para atenção em saúde bucal, há profissionais dentistas em todas as unidades, bem como consultórios odontológicos nas escolas e um laboratório de próteses. Conta com o apoio de um laboratório de análises clínicas, onde são realizados os exames dos usuários atendidos na rede de serviços municipal, sendo também referência para as cidades vizinhas.

O gerenciamento das USF e algumas especialidades médicas estão sob a coordenação da Organização Social em Saúde (OSS) que, juntamente com o poder municipal local, firmou contrato de gestão no ano de 2013, com a pactuação de recursos humanos para atender as demandas das unidades de saúde acima descritas.

#### **4.3.2. Participantes do estudo**

O grupo amostral foi composto por sete enfermeiras, isto é, 100% das profissionais que atuam nas USF, todas do sexo feminino, com idade que variou de 23 a 50 anos. O tempo de formação delas foi entre três a 11 anos, sendo três anos (1), quatro anos (1), cinco anos (1), sete anos (1), 10 anos (1), 11 anos (2).

Dentre as sete participantes, apenas uma não possui curso de especialização e/ou pós-graduação. Quanto à titulação das sete profissionais, são distribuídas da

seguinte forma: uma mestra; duas cursando mestrado, sendo uma delas especialista em saúde pública com ênfase em saúde da família e gestão em saúde, e a outra com aprimoramento em saúde coletiva; uma especialista em saúde da família.

Quanto ao tempo de trabalho na ESF, quatro possuem um ano e três participantes têm entre oito e nove anos de experiência.

Foram excluídos profissionais que se desligaram do serviço no momento da implantação do PAE. O convite foi feito pela pesquisadora durante reunião mensal de equipe, momento em que foram demonstrados os objetivos e etapas deste estudo.

Com a finalidade de conhecer o perfil sócio-demográfico das enfermeiras, elas foram identificadas quanto à idade, tempo de formação e trabalho na ESF e cursos de pós-graduação (Apêndice B).

#### **4.4. Técnica de coleta de dados: Grupo focal**

A coleta de dados foi realizada por meio de grupo focal. Tal técnica pode ser utilizada quando se quer avaliar um projeto ou programa, fazer a análise de um objeto específico, um “foco” (RESSEL et. al., 2008).

São características do grupo focal: número de participantes do grupo pode variar de 4 a 12, não familiares entre si; devem possuir aspectos semelhantes ao objeto de estudo; os encontros tem duração média de 90 minutos, em um ambiente acolhedor livre de interferências e conduzidos por um moderador. No recrutamento, critérios de seleção e exclusão deverão fazer parte da escolha do pesquisador, seguindo os passos propostos pelo *Guidelines for conducting a focus group* (2005).

Outras características são relevantes para o grupo focal: deverá ser conduzido com questões pré-determinadas, as quais os participantes não poderão conhecer antecipadamente; devem ser diretas e objetivas, abertas e não levar as respostas como sim ou não. *Guidelines for Conducting a Focus Group* (2005). Nesta vertente, a autora Minayo (2014) propõe duas características indispensáveis para a execução da entrevista do grupo focal:

Ser suficientemente provocador para permitir um debate entusiasmado e participativo; e promover condições de aprimoramento, fazendo jus ao que se pretende com esta técnica (Minayo, 2014, p.192-3)

Para a condução do grupo, o moderador deverá coordenar todas as discussões, estimulando os participantes mais tímidos e limitando os que possuem características dominadoras. Quando o mediador começar a perceber respostas

repetidas, o grupo atingiu sua saturação. (GUIDELINES FOR CONDUCTING A FOCUS GROUP, 2005; BACKES et. al., 2011).

Um grupo focal não é um debate, terapia de grupo, uma sessão de resolução de conflitos e/ou resolução de problemas. O moderador deve ficar atento a essas questões e evitá-las (GUIDELINES FOR CONDUCTING A FOCUS GROUP, 2005).

São particularidades propostas pelo *Guidelines for Conducting a Focus Group* (2005), o tempo deverá ser pré-determinado, com início e fim e, preferencialmente, a disposição durante as discussões deverá ser organizada em forma de círculo, para maior interação dos participantes, conforme ilustrado na Figura 3.

Figura 3 - Modelo de grupo focal



Fonte: Figura extraída da internet, adaptada (2016).

Os dados foram coletados nos meses de junho de 2015 e novembro de 2015. O primeiro grupo focal foi realizado em junho de 2015, com a presença de seis enfermeiras, uma não pôde comparecer por problemas pessoais, e o segundo contou com a participação de sete profissionais. Os encontros ocorreram em dias diferentes e locais não coincidentes com as atividades laborais, com a pretensão de compreender os desafios na construção e implantação do PAE.

Com o propósito de manter o anonimato, cada uma das participantes foi caracterizada por letras e números sequenciais conforme a intervenção no grupo. Por exemplo: E1, E2, etc, demonstram o enfermeiro entrevistado na sua sequência.

O grupo focal constituiu-se de cinco perguntas que foram distribuídas em dois momentos, sendo um com três questões e o outro com duas (Apêndice C).

Na ocasião, a moderadora explicou quais eram os objetivos da pesquisa. Foi proporcionado às participantes um ambiente tranquilo, com o mínimo de interferência possível.

O segundo grupo aconteceu no mês de novembro de 2015, com a presença das sete enfermeiras, sendo incluída a participante que não esteve presente no primeiro encontro. No início, foram retomados os objetivos deste estudo, mantidas as condições ambientais para melhor condução das discussões.

Os discursos em sua totalidade foram áudio gravados digitalmente, em pontos distintos da mesa, com o objetivo de garantir a obtenção por completo das narrativas. O aplicativo de gravação utilizado foi Voice Recorder, disponível gratuitamente no Play Store. Após as gravações, as entrevistas foram transcritas e, em seguida, agrupadas em tabelas no Microsoft Word® 2013.

Consecutivamente ao registro das entrevistas, foram realizadas observações em memorandos acerca dos discursos, como ideias, comparações com a realidade local, sentimentos expressos pelos participantes, prevenindo a perda de elementos, como exemplo abaixo (SILVA, 2011):

“Como às vezes é algo reconhecido com embasamento teórico, muitas vezes eles preferem seguir (risos) ... Não vai errar, do que eles tomarem uma conduta encaminhar para o terciário sendo que o protocolo tem serviço secundário como orientação... para mim contribuiu muito”.

**Memo:** Há nesse momento uma inversão do que está posto na sociedade, onde a enfermagem é submissa em relação à classe médica, dos quais necessitam e se amparam nas orientações fornecidas pelo documento da enfermagem.

(Memo: 02/08/2015)

Para este estudo, foi oferecido treinamento para uma pesquisadora do Programa de Saúde Coletiva – Universidade Estadual Paulista (UNESP) que não possui grau de parentesco, amizade e/ou vínculo empregatício com as participantes, para assumir o papel de mediadora das discussões.

#### 4.5. Análise dos dados

Os discursos foram gravados e depois transcritos por uma estudante do ensino médio não pertencente à área da saúde, sem vínculo com as participantes, com o propósito de evitar direcionamentos ou interpretações equivocadas. Em seguida os dados foram revisados cuidadosamente pela pesquisadora e organizados tendo como alicerce a Análise de Conteúdo, proposto por Bardin (2011).

Este referencial busca explicar o conteúdo de maneira empírica, com o propósito de colocar-se em destaque, de modo objetivo, a essência e os estímulos a que os indivíduos estão expostos (BARDIN, 2011).

O processo de análise de conteúdo possui três etapas (BARDIN, 2011):

✚ **Primeira etapa - pré-análise:** Consiste no momento em que o pesquisador organiza os documentos que serão analisados, define objetivos e constrói indicadores que nortearão as conclusões finais. Essa organização é feita pela leitura flutuante, através da qual o investigador se aprofunda no conteúdo dos documentos. Há, também, a escolha do material, que deverá obedecer às regras da exaustividade; representatividade; homogeneidade e pertinência. E por fim, o levantamento dos objetivos.

✚ **Segunda etapa - exploração do material:** É o momento mais duradouro de todo o processo. Compreende a fase de codificação, na qual são realizados recortes em unidade de registro, contexto e a fase de categorização.

Unidade de registro: É a unidade de significado codificada e corresponde ao segmento do conteúdo considerado unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial (tema, palavra, frase).

Unidade de contexto: Serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores à unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro (p. 134, p.137)

✚ **Terceira etapa - tratamento dos resultados obtidos e interpretação:** Compreende a sistematização dos dados de modo a torná-los significativos e válidos, buscando o conhecimento adequado sobre o objeto estudado.

Tratar o material é codificá-lo. A codificação é realizada por recorte, agregação e enumeração. Com os fragmentos do objeto, faz-se a escolha das unidades de significação a codificar, as quais correspondem ao segmento de conteúdo. A saturação do trabalho ocorre quando o contato do pesquisador com os campos da pesquisa não oferece mais conteúdo que aprofunde a teoria apresentada.

Para possibilitar o alcance do objetivo proposto, foram seguidos os caminhos acima descritos.

#### 4.6. Validade e rigor

Na visão de Minayo (2014), para que uma pesquisa seja considerada de qualidade e confiável é necessário um excelente levantamento bibliográfico que dê consistência ao estudo e que este contenha os seguintes atributos: objetividade, coerência e originalidade.

Em conformidade com Silva (2011), a validação do estudo qualitativo não deve ser medida apenas por sua estrutura e seu planejamento, é necessário que a pesquisa seja consistente e rigorosa na aplicação de seu método e o autor analise profundamente seus dados em busca de novos pensamentos e conhecimentos.

Como métodos de validação, os autores Strauss e Corbin (2008) propõem o retorno ao campo de estudo em busca de comparar minuciosamente os dados iniciais com os resultados obtidos, e outra possibilidade é a divulgação do produto final da pesquisa aos participantes para que estes possam se perceber na história que está sendo descrita.

Os resultados foram apresentados às participantes em reunião de equipe, após defesa pública. A pesquisa foi validada por elas que se reconheceram nos discursos, assim sendo, classificaram o estudo como significativo, uma vez que a realidade local está fortemente discutida na literatura.

#### **4.7. Aspectos éticos**

Foram explicitadas aos participantes as questões de sigilo e anonimato que envolvem o estudo com seres humanos, as etapas a serem seguidas e os objetivos almejados.

A coleta de dados foi realizada após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por livre e espontânea vontade (Anexo I). Este documento busca atender aos princípios éticos em pesquisa que envolvem seres humanos de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, versão 2012 (BRASIL, 2012). O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa – Plataforma Brasil em 12 de janeiro de 2015, sendo aprovado em 02 de fevereiro do presente ano, sob o registro CAAE 40534215.0.0000.5411, (ANEXO II).

#### 4.8 Referencial teórico: integralidade do cuidado

As discussões foram apoiadas no referencial teórico da Integralidade do Cuidado segundo Pinheiro e Luz (2007). Por ser um conceito multissêmico, apresentam-se alguns:

A integralidade na atenção à saúde é definida como um princípio do SUS, orientando políticas e ações programáticas que respondam às demandas e necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões, biológica, cultural e social do ser cuidado. (SILVA; SENA, 2006 p. 49)

Na percepção de Quagliato; Netto; Forster (2015), a atenção integral consiste em ações da equipe multiprofissional e suas relações com os serviços. Consoante ao mencionado, para os autores Ferreira et. al. (2011) a construção desse modo de cuidado consiste em compreender o processo saúde-doença e o indivíduo em seus valores, crenças, inserções políticas, econômicas e sociais.

Para Pinheiro e Luz (2007), a integralidade é percebida como um comportamento social que surge da relação entre os atores e suas atividades diárias, nos diversos níveis de atenção à saúde. Serve como um cenário de implementação da integralidade como princípio e direito na assistência.

Neste sentido, as instituições de saúde assumem papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, na medida em que reúnem, no mesmo espaço, diferentes perspectivas e interesses de distintos atores sociais (médicos, dirigentes e usuários). Atuam para a construção e reprodução de saberes e práticas integrais de cuidado e atenção à saúde, assim como para a avaliação dos efeitos de uma política que o Estado desenvolve, face ao nível de saúde da população. Consideramos, portanto, as instituições de saúde um locus privilegiado de observação e de análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja quanto às práticas terapêuticas prestadas aos indivíduos, seja nas práticas de saúde difundidas na coletividade (PINHEIRO; LUZ, 2007 p.11).

O importante papel da atenção primária é executar ações de promoção, prevenção e reabilitação em nível individual e/ou coletivo (SOUZA, et. al. 2012). A compreensão de Alcântara (2013), a respeito da atenção integral fundamenta-se em um pilar organizador das atividades em saúde, de modo a atender as demandas das pessoas, no campo individual e coletivo.

Nesse sentido, foi utilizado como referencial teórico, os conceitos da integralidade do cuidado de Pinheiro e Luz (2007) para discutir o objeto do estudo, na perspectiva de responder à pergunta desta pesquisa e compreender a vivência dos enfermeiros no uso do PAE.

## ***5. Resultados***



## 5. RESULTADOS

Após análise dos dados, revelaram-se três categorias acerca da percepção das enfermeiras de ESF e do PAE e os significados atribuídos a elas, conforme segue:

### 5.1 O protocolo de assistência de enfermagem: autonomia do enfermeiro.

Essa categoria abarca o significado para a enfermagem do PAE, seus aspectos clínicos e gerenciais, que permitem o enfrentamento dos problemas em seu cotidiano, em busca de uma assistência integral e de qualidade.

Foi possível evidenciar nos discursos das participantes o PAE como um instrumento que sistematiza a assistência de enfermagem, também demonstrado pelos autores (LONDRINA, 2006); (CAMPINAS, 2009); (LIMA et. al., 2010 a, b); (SÃO PAULO, 2012 a, b, c); (WERNECK, FARIA e CAMPOS 2009); (ALMEIDA, et. al., 2011); (MOURA, OLIVEIRA e CAVALCANTI, 2015); (LUIS, LUNETTA e FERREIRA; 2008); GALANI et. al. (2013); (FELIX et. al., 2012); (ULBRICH et. al. 2010); (CHAVES; LAUS; CAMELO; 2012); (SAMPAIO et. al. 2011); (COREN-GO, 2014); (COREN-GO, 2010).

*“Acho que é um instrumento que guia, ele é um norte, tem uma padronização, que possibilita a todos ter a mesma conduta, ele é uma forma da liberdade para o teu trabalho. Aquela queixa, em que tem algumas coisas que você pode fazer, com a ajuda do PAE você vai planejar a sua assistência, acho que é tipo... um instrumento que gera autonomia mesmo como você falou, acho que é um respaldo, que é mais importante para você fazer uma coisa que tenha realmente uma base científica, para que eu tenha embasamento, e... eu acho que é um ganho para enfermagem, você ter um instrumento que te capacita, você tem como fazer aquilo, que você esta respaldada, acho que é importante nos ajuda muito... principalmente quando a gente fica sem médico.” E5*

*“Embora as colegas tenham mais experiência, eu acho que contribuiu na sistematização ali no momento da consulta. Ele guia a primeira consulta do pré-natal em tudo que é necessário, por exemplo”. E4*

Ademais, as participantes da pesquisa consideraram que o PAE, além de sistematizar as práticas cotidianas, acaba por facilitar as ações de enfermagem.

*“Acho que é tudo isso que as meninas falaram, acrescentou muito mesmo... Acho que tem muito mais pontos facilitadores do que negativos. Todos falam a mesma língua, acho que atender com autonomia, ter respaldo técnico, é uma forma de ser mais*

*reconhecida pela população. Porque antes só queriam passar com o médico, e depois começaram a confiar mais na enfermagem, que vai lá, a enfermeira resolve prescreve e funciona e a gente sai respaldada”. [...] “Da para ver a competência e agilidade das enfermeiras de atender a demanda... médico faz falta? Faz... Mas elas enfrentam, elas conseguem, porque têm o protocolo”. E6*

*“Então ajuda no sentido de que o paciente queria médico para pedir exames e com o protocolo eu já posso fazer o pedido para eles, mesma coisa com as receitas, entendeu? ” E1*

Além de atender as demandas dos usuários, o enfermeiro percebe a necessidade de ser resolutivo em suas ações, como é expresso nas sentenças abaixo:

*“Diminuiu a falta, porque antes ia passar com a enfermeira só para ela falar o que a médica já falou, só para reforçar... Agora com o protocolo a gente tem que ser resolutiva e eles esperam pela consulta, isso para mim é um ponto bom. ” E3*

*“Não é! Que nem na consulta de hipertenso e diabético, já sai com os exames, muitas vezes com a receitinha trocada. Então assim, para eles é aquele... E ela resolveu, não precisou passar no médico, que maravilha! Eles falam que agora está fluindo”. E6*

*É assim, não é um ajudante do médico...é um profissional que consegue resolver problemas também. E4*

A resolubilidade do enfermeiro certamente não pode ser discutida separadamente da autonomia profissional. Observando as narrativas abaixo, percebeu-se autonomia relacionada à implantação e utilização do PAE.

*“É um pouco de autonomia em relação aos atendimentos, visto que não depende tanto do médico. Nos sentimos mais útil. ” E1*

*“Acho que me dá liberdade para trabalhar, não fico tão amarrada, o protocolo ao invés de limitar ele amplia o meu campo de trabalho, facilita a vida ali no atendimento do paciente, facilita bastante eu fico menos dependente. ” E4*

*“Ele permite, ele dá autonomia, como no serviço secundário, na clinica da mulher, porque assim, a médica de lá tem uma agenda extremamente lotada se dependesse de ela resolver todos os problemas não é.... os problemas mais recorrentes é a saúde da mulher, reprodução sexual as DST’s, a gente está resolvendo, está melhorando o fluxo da unidade. ” [...] “Eu acho que até para própria população, eles adquirem mais confiança na gente... Por que evitamos a situação do “espera aí, vou conversar com o*

*médico da licença um pouquinho” ... Então, que nem saúde da mulher é uma coisa assim que a gente domina... A gente tem total autonomia, às vezes o médico vem conversar com a gente: O que você acha disso? Então ele vai folhear o protocolo muitas vezes com a gente. Isso acontece comigo. ” E6*

*“Segurança... Eu acho que é igual ao que a E6 falou, a população vê a gente não como só a simples enfermeira que não resolve nada, que tudo depende do médico. Eu fiquei um tempo sem médico foi o que me amparou... então para mim foi ótimo... quando estava para sair eu ficava assim: vai sair ou não, vai sair ou não, eu fiquei super agoniada, quando saiu eu falei: - Nossa! Alforria da enfermagem.... Agora nós vamos ter autonomia! ”. E2*

Além da autonomia, a segurança e respaldo fazem parte do cotidiano do enfermeiro quando este se utiliza do PAE.

*“De grande utilidade porque além de você tirar dúvidas, é um respaldo que você tem, porque todo mundo vai falar a mesma língua. ” E1*

*“E complementando o que a E5 falou, às vezes o paciente fala assim: mas o médico falou tal coisa para mim... que nem a introdução da papinha aos quatro meses, nós temos como provar para o paciente o jeito legal de fazer, e a maneira como deve ser feito... É como estamos comentando, temos respaldo ali na mão, isso é bem importante! Porque daí eles passam acreditar mais na enfermeira que às vezes eles falam assim: Ah! Você acha que eu vou acreditar no que ela está falando? Vou escutar o que o médico está falando! Acha que ela sabe mais que o médico? ” E2*

*“Eu acho que o protocolo tem uma finalidade, ele foi feito na minha opinião para padronizar a assistência, para evitar erros, existe a necessidade de segui-lo corretamente, porque ele foi feito, baseado em experiências para nos respaldar, então o protocolo é muito sério. Eu leio muito o protocolo porque um equívoco na minha leitura ou na minha interpretação pode resultar numa ação ou numa prescrição inadequada. ” E4*

*“Eu fiquei sem médico e não tinha protocolo, às vezes você via pela clínica que era uma candidíase, tinha queixa evidente e não tinha o que fazer, não tinha embasamento e tinha necessidade uma consulta médica para prescrever um medicamento que hoje tem no protocolo. Às vezes tinha que encaminhar para outro serviço coisa simples que poderia ser resolvida ali. O protocolo veio para melhorar... Ele veio antes do médico. ” [...] “Reconhecimento, mexe com autoestima não é, a valorização... Olha tudo que eu estudei realmente eu posso aplicar tem alguma coisa que me respalda em tudo que eu aprendi. ” E5*

---

*“As pessoas começam a confiar na gente.” E3*

Além disto, foi possível observar que, juntamente com os discursos apresentados, a valorização profissional e satisfação do usuário nos dois grupos focais realizados tiveram destaque, conforme exemplificado abaixo:

*“Você sente aquela valorização. Às vezes a gente sente no posto que a população vê a enfermeira que só vê a pressão e na hora que ele vê você numa consulta, que você está resolvendo o problema dele, ele sai agradecido, olha nem precisei passar no médico ela resolveu tudo para mim...” E6*

*“Acho que é reconhecimento profissional.” E4*

*“Eles conseguem chegar à recepção e não vê só o único profissional na equipe, o medicocêntrico, eles conseguem enxergar o enfermeiro, reconhecer que a enfermagem é uma grande profissão também e... É maravilhoso assim! Quando chega lá e fala assim: “quero falar com enfermeira”, mesmo tendo o médico na unidade. Olha que ganho! Estamos conseguindo ganhar a população, reconhecimento profissional e, autonomia. Foi ótimo.” E2*

*“Eu vi que as meninas lutaram bastante pelo protocolo. A E4 falou que a equipe toda passou a ter conhecimento que a gente pode avançar e colaborar com o paciente, por causa do protocolo!” E5*

*“Olha a parte que eu mais gosto vou ser sincera, quando vou atender gestante que a gente tem que fazer um monte de pedido de exame e já passa a medicação que ela terá que tomar, me sinto ótima!” E3*

Percebeu-se que o PAE representou um avanço para a enfermagem. O enfermeiro passou a ser mais resolutivo dentro da ESF, tendo suas práticas amparadas, sistematizadas e organizadas, sendo possível, apoiado pelo protocolo, atingir uma assistência segura e a valorização profissional tão almejada pela classe.

## 5.2 O protocolo de assistência de enfermagem: desafios da construção à implantação.

Esta categoria revelou as facilidades e as dificuldades encontradas pelas participantes durante a elaboração até a implantação do protocolo, bem como, os benefícios que o mesmo apresenta para a práxis da SAE.

*“Facilitador...Foi fácil porque sempre foi estabelecido o que cada um ia fazer não é, muito bem claro. E os prazos determinados [...] porque a gente sempre lutou pelo protocolo, e sempre foi empurrado, sempre prorrogando, eu e a E1 que estamos aqui há mais tempo, lutamos há anos, já construímos várias partes e nunca evoluía para a implantação ...” E3*

*“Faltam algumas coisas ainda, que eu acredito que até pelas diretrizes, como a nossa coordenadora falou ele está em processo de revisão, então tem algumas coisas que faltam no protocolo, como uma coisa importante em qualquer serviço, todo protocolo deve passar por revisão, então eu acho que as coisas vão surgindo baseados protocolo do Ministério da Saúde a gente vai conseguindo introduzir sempre através da revisão. ” E5*

*“Ele não é tão articulado, às vezes eu posso prescrever uma medicação na saúde da mulher que pode ser a mesma medicação para saúde do homem, mas só consta no PAE da mulher... O ideal é poder articular, para se respaldar. “E4*

Pôde-se perceber, mediante os relatos apresentados, que o trabalho de construção em equipe foi um diferencial para as participantes.

*“Cada um elaborou uma parte. Foi todo mundo, tudo junto...” [...] “É como ela falou, ficou bem mais fácil para a gente, todo mundo colaborou com isso. ” E1*

*“O que eu achei mais fácil foi a distribuição, cada enfermeiro ficar responsável por uma parte e depois no final, todo mundo sentar e ter acesso aos conteúdos e poder dar opinião. ” [...] “Todo mundo teve acesso, entendeu? Não ficou preso, centrado, em uma só enfermeira isso eu achei que foi legal. ” E2*

*“Foi uma satisfação, cada um teve que contribuir, com o que sabia. ” E7*

A oportunidade de participar ativamente do processo foi importante na visão das enfermeiras, foi possível conhecer o valor do trabalho coletivo e a desvalorização do método centralizador de construção de protocolos.

A partir do momento que o gestor lança mão do trabalho em equipe, estes membros são capazes de desenvolver atividades que grupos comuns não fazem, tendem a ser mais inovadores, efetivos na resolução de problemas, executam mais e com melhor qualidade, sentem-se mais motivados (NAVARRO, A.S.S; GUIMARÃES, R.L.S.; GARANHANI, M.L., 2013).

Nos serviços de saúde, o trabalho em equipe está alicerçado pelo planejamento e distribuição igualitária de atividades, solidariedade entre os membros, colaboração, discussões democráticas de modo a envolver todos os participantes com seus conhecimentos, práticas, necessidades, em busca de resultados comuns NAVARRO, A.S.S; GUIMARÃES, R.L.S.; GARANHANI, M.L., (2013).

Após a construção coletiva, passou pela fase de implantação do PAE e deste momento foi possível, novamente de forma conjunta, elencar os pontos dificultadores que o marcaram.

*“Para mim foi um ponto superpositivo, essa divisão rápida, prazo de entrega, correção, esclarecendo para todas que participavam como ia funcionar e, para mim a maior dificuldade foi adaptação mesmo, porque a gente se adequar a ele mudou a rotina, então a primeira semana mesmo foi para entender exatamente como ele funciona. O protocolo que tinha, era outro formato de trabalho, esse já tem bem mais informações, então para mim esse foi um ponto que dificultou um pouquinho mais. Mas manusear ele nas primeiras semanas, início de testes, foi importante...” E3*

*“A gente achou que era uma coisa e de repente montado, a gente viu que tinha muito mais informações, conteúdo riquíssimo.” E1*

Outros obstáculos foram elencados pelas enfermeiras como, por exemplo, a construção de instrumentos que estejam e abarquem toda a realidade local, com estabelecimento de fluxos e parcerias que garantam a referência e contrarreferência.

*“Tem da saúde da mulher bem completo, já o do homem não. Não está focado para a saúde do homem em si. ” [...] “Aí o paciente chega bravo na unidade falando sua receita não vale nada!” E6*

*“Pós vacinal.... No pós vacinal a gente não pode prescrever Dipirona, tem que passar pelo médico para pegar receita de Dipirona. ” (TODAS)*

*“Um ponto é que assim facilita a nossa vida, mas às vezes dificulta a vida do paciente pela própria articulação mesmo, por exemplo, a Metformina o protocolo vale aqui na rede e não vale na farmácia popular.” E5*

A demanda espontânea, acompanhada da implantação do PAE, também representou um empecilho aos enfermeiros, sendo estes evidenciados nos discursos que se seguem:

*“Às vezes você está lá com puericultura que demora uma hora, paciente está esperando com dor...” E7*

*“Primeiro passa com o enfermeiro e depois com o médico. São dois trabalhos!” (TODAS)*

*“E dá para você resolver outra coisa... Que adianta você ficar segurando para passar para o médico?” E1*

Em algumas unidades do município estudado, o atendimento eventual tem-se organizado por número de vagas pré-determinadas para o profissional médico, sendo que os usuários excedentes passam pela avaliação do enfermeiro que, em algumas situações, discute o caso ou até mesmo solicita o parecer médico para resolução do mesmo. Este processo acaba por atrasar as consultas programáticas do enfermeiro e, também, prolonga o período de espera do usuário na unidade de saúde.

Neste contexto, a enfermagem tem se distanciado da proposta de atenção primária no que se refere ao cuidado integral. Os atendimentos eventuais apontam para uma característica de assistência da condição aguda do indivíduo, sendo este cenário um desenho desequilibrado das políticas nacionais da AB, no que diz respeito à organização entre demanda espontânea e atendimento programado (MATUMOTO, S., et. al., 2012).

Esta situação tem sido repensada junto ao gestor municipal com o desejo de implantar a classificação de risco na AB, aperfeiçoar o atendimento aos pacientes e reorganizar os processos de trabalho.

Verificou-se que o protocolo assistencial tem trazido benefícios, mas vem também acompanhado de sobrecarga para o enfermeiro, como exposto nos diálogos abaixo:

*“Para a enfermagem é sempre mais demorado só de usar o protocolo, a gente perde muito tempo escrevendo.” E3*

*“Acho que foi benéfico para a população porque eles sabiam que iam ser atendidos, só que, sobrecarregou a enfermeira.” E6*

*“A demanda do médico diminuiu a partir do momento que o enfermeiro teve autonomia. ” [...] “Tem funcionado assim: passa comigo e depois vou checar com a médica o atendimento, mas o contrário nem sempre ocorre...” E7*

*“Então quando eu cheguei já estava implantado, mas... Eu vou ao que a E6 falou que acabou sobrecarregando, no momento eu não estou conseguindo enxergar um benefício porque eu não vi como era antes, mas eu acho principalmente que saúde da mulher mesmo, é queixa de saúde reprodutiva direto com a enfermeira, nem passa para o medico, daí a gente faz ali a triagem, se é uma coisa que não é a competência da enfermagem a gente passaria para eles.” E5*

O discurso acima reflete a atuação do enfermeiro e sua apropriação do modo de trabalho vigente. Há de se pensar que a insegurança em desempenhar seu papel ainda é muito presente.

*“Só acrescentou, a população está mais contente não é, a gente faz as coisas com mais certeza, com respaldo é que acaba assim, ficando corrido você deixa de fazer outras coisas que já faziam parte do programa atendendo essa demanda...” [...]“ Acho que tudo que a gente já falou anteriormente muitos benefícios, mas que acabou saturando um pouco. Tudo poderia ser dividido com os médicos dentro da unidade, mas com certeza só acrescentou só coisas boas...” E6*

Entende-se que a forma de elaboração conjunta do protocolo foi um marco positivo na visão dos enfermeiros, porém este instrumento veio acompanhado de dificuldades, as quais são compartilhadas por todas as participantes, tendo em vista que cada uma tem um tempo de formação, são egressas de diferentes instituições de ensino, possuem perfis, crenças e habilidades distintas que corroboram para as diversas análises do PAE.

Diante dos discursos, há necessidade de o cenário de estudo ser repensado pelos gestores, de modo que a introdução de um instrumento norteador tenha sua finalidade de otimizar e organizar o trabalho do enfermeiro, reduzindo assim a sobrecarga associada a esta ferramenta.

As atividades gerenciais e assistenciais necessitam ser reorganizadas dentro da ESF local. A implantação da política de acolhimento, conforme preconiza o MS, é uma das estratégias de avanço na qualidade de atendimento em busca da integralidade.

Nesse caso, a implantação de acolhimento da demanda espontânea “pede” e provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em



número limitado (fazendo com que os usuários formem filas na madrugada), nem é possível (nem necessário) encaminhar todas as pessoas ao médico (o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico). Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. É importante, por exemplo, que as equipes discutam e definam (mesmo que provisoriamente) o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias etc. Como se pode ver, é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções (BRASIL, 2011b, p. 22).

### **5.3 O protocolo de assistência de enfermagem: relacionamento com a equipe multiprofissional e vínculo com a comunidade.**

Foi possível compreender o PAE como um mediador no estreitamento de laços entre os usuários e a enfermeira. A resolubilidade e as conquistas por meio da SAE têm favorecido este elo, conforme observado abaixo:

*“Construtor de vínculos, um fortalecedor de vínculos” E5*

*“Com certeza é um bom construtor de vínculos!” (Todos)*

*“Eu tive um exemplo essa semana paciente chegou procurando um médico que estava com a coluna travada, passou comigo primeiro investigando...Podia sei lá.... Passar um analgésico para ela e liberar, pronto, volta na triagem. Dai você vai colhendo, colhendo, colhendo, eu descobri porque a coluna estava travada.... Porque ela saiu correndo do marido que agrediu, tentou espancar.... Daí já virou, de vez ir para o médico foi para a saúde mental, para a psicologia. Se fosse com ele, ele iria passar um analgésico. Ela queria desabafar, chorar e contar para alguém que foi agredida.” E1*

*“Uma boa sistematização da assistência de enfermagem quando a gente conquista o paciente, que muitas vezes vai ao médico não para falar da patologia, da doença, e sim para conversar, para um desabafo. Na consulta, durante o desabafo você consegue pegar a queixa dele e vai puxando as coisas tomando conhecimento dos fatos: “você tem isso vamos pedir tal exame” “sua mãe teve câncer, seu pai.... Então vamos agendar um papa, é importante; ” “vamos fazer um “controlinho” da pressão, a sua pressão está subindo porque você está nervosa com problemas de família.” E6*

*“Para mim o que foi mais produtivo, foram os agendamentos mesmo, os programáticos estão sendo mais reais, mais executados e então essa rotatividade de enfermeiro médico e médico e enfermeiro, a gente consegue com o protocolo ser mais resolutive. Porque antes fazíamos consultas, mas não podia medicar.... Eu vim aqui para você pedir para a médica trocar a minha receita.... Agora a gente pode pedir exames, avaliar exames, completar com um bom exame físico e, prescrever se necessário. Agora está tendo mais esse fluxo de vai e vem entre eu e o médico, para mim isso foi muito positivo, começaram a diminuir o número de faltas, ainda tem, mas diminuiu bastante.” E3*

Com a equipe médica, o vínculo se fortaleceu quando esta passou a fazer uso do PAE como guia para suas condutas, juntamente com a enfermagem, e desta forma, desperta nas participantes um sentimento de valorização profissional:

*“Às vezes o médico pergunta o que o seu protocolo fala diante dessa conduta, é uma JEC, é uma ectopia? O que o seu protocolo fala? Orienta encaminhar para o serviço secundário? Eles não têm uma padronização igual à gente tem.” E5*

*“Teve uma consulta que eu pedi para medica da equipe dá uma olhada no colo uterino da mulher, aí ela já tinha ido anteriormente, eu já tinha dado uma conduta baseada no protocolo aí eu falei com ela: - Olha, ela já veio, estava com corrimento tomei essa conduta baseada no protocolo. Ai nesse momento o Papanicolau já tinha chegado, ela estava com Tricomóníase, ela olhou o protocolo eu vi que ela se baseou no protocolo para dar a conduta dela.” E4*

É possível inferir que, para além da assistência clínica, o PAE é um importante recurso para aproximar a enfermagem da equipe multiprofissional e dos usuários em busca do atendimento integral.

## *6. Discussão*

## 6 DISCUSSÃO

O enfermeiro responsável pelo planejamento do cuidado ao usuário, com o objetivo de materializar a integralidade, deve gerir suas ações por meio de protocolos que possibilitem avaliar sistematicamente a qualidade dos serviços prestados (GABRIEL et. al., 2010).

Neste cenário, foi verificado que o protocolo oferece à enfermagem meio para avaliação sistemática de seus usuários, favorecendo a elaboração de plano de cuidado que o atendessem em todas suas necessidades (LIMA et. al., 2010 a; LIMA et. al., 2010 b).

Não obstante, a implantação de um instrumento norteador das práticas de enfermagem pode reparar falhas na assistência, possibilitando a busca pela integralidade (REIS et. al., 2013).

Com o objetivo de não haver lacunas durante o cuidado, sabe-se que o PAE representa um instrumento que guia, norteia e orienta o processo de trabalho do enfermeiro, sendo possível ainda, descrevê-lo como organizador e facilitador das ações, proporcionando aos usuários agilidade e eficácia no atendimento (ULBRICH et. al., 2010).

O protocolo foi definido pelas participantes como sendo de fato, um instrumento capaz de orientar, guiar, sistematizar a assistência de enfermagem na busca do cuidado integral, de qualidade e eficaz.

Quando se discute uma assistência eficiente e ágil, há que se pensar em uma circunstância elementar que é o cuidado à luz da integralidade, com estabelecimento de demandas e necessidades globais dos usuários, recursos físicos e tecnológicos disponíveis, que possibilitem o sucesso do processo de trabalho (ALCANTÁRA, 2013).

Ao se refletir sobre como os serviços e seus mecanismos de trabalho se organizam, o protocolo se insere como parte fundamental para a práxis gerencial do enfermeiro (ALMEIDA et. al., 2011). Também se faz necessário mencionar que esta ferramenta serve de alicerce para resolução de problemas de saúde (CHAVES et. al., 2011; SÃO PAULO, 2012 a, b, c; FELIX; SOARES; NOBREGA; 2012; GALANI et. al., 2013; DUARTE; MAMEDE, 2013; REIS et. al., 2013).

Ao abordar resolubilidade, percorre-se uma trajetória complexa entre necessidades vivenciadas e ditas, que se correlacionam com sentidos e representações trazidas pelos usuários e seus familiares, além de estarem atreladas

ao entendimento e compromisso dos profissionais em atender essas demandas por meio do cuidado integral (PIRES; RODRIGUES; NASCIMENTO; 2010).

Neste sentido, as participantes com a utilização do PAE vivenciaram a possibilidade de intervenção integral em relação às queixas de seus usuários, tornando-se resolutivas em suas práticas diárias.

Ademais, o conceito de resolubilidade é mencionado por Degani (2002) como: ser resolutivo é dispor ao cliente todas as técnicas e procedimentos acessíveis com o objetivo de se obter o correto diagnóstico de enfermagem e condutas na esfera individual e coletiva dos agravos de saúde. Contudo, isto significa resolver as demandas apresentadas pelo indivíduo, quando este procura a USF, possibilitando ações em todos os níveis de atenção quando necessário e esgotadas a capacidade da AB, conforme determina o conceito de resolubilidade como princípio do SUS (TORRES, et. al., 2012).

O uso do PAE, aliado à liderança e à segurança de poder fechar um diagnóstico de enfermagem com seus próprios meios, despertará o clima de confiança e cumplicidade dos usuários, que não se importarão de chegar à USF e serem atendidos pela enfermeira que resolve. Neste contexto, o poder de resolução do enfermeiro não pode ser discutido separadamente da autonomia profissional.

No campo de atuação da enfermagem, o conceito de autonomia corresponde às ações fundamentadas em ciência, aptidão e competências que determinam as condutas e resolução dos problemas apresentados pelos usuários (FENTANES et. al., 2011; SANTOS; MONTEZELI; PERES, 2012; STANCATO; GONÇALVES, 2012).

É importante relatar o verdadeiro sentimento de autonomia para os profissionais de enfermagem em relação ao PAE, tais como: não depender do médico, ter mais liberdade para trabalhar, aplicar suas práticas com segurança, atender a pedidos de exames e ao final, conquistar a confiança do paciente.

Outrossim, os profissionais de enfermagem são capazes de proporcionar a autonomia do usuário, favorecendo o atendimento às necessidades de maneira ampla, dando sentido à integralidade do cuidado (PIRES; RODRIGUES; NASCIMENTO; 2010).

Sustentando a autonomia, o protocolo assistencial atendendo aos princípios éticos e legais do exercício profissional, proporciona segurança para as ações do enfermeiro e aos usuários que dele se beneficiam (COREN – SP, 2015).

A importância de uma assistência segura, isenta de lacunas mediante o uso de protocolos, é capaz de proporcionar, além de tudo, capacitação e reciclagem dos profissionais (RODRIGUES; NASCIMENTO; ALISSON; 2011). Os autores Andrade e Silva (2007), Monteiro e Barbosa (2011) e Moura; Oliveira; Cavalcanti; (2015) destacam a importância da implementação de protocolos que amparem o processo de trabalho do enfermeiro.

Em concordância com estes autores, observou-se nos discursos pontos marcantes em relação ao período pré e pós-protocolo, destacando a questão da autonomia, segurança e resolubilidade do profissional enfermeiro, sendo também unânime a garantia de respaldo para assistência de enfermagem na visão da equipe. Foi possível, também, observar que a valorização profissional e satisfação do usuário tiveram destaque nas discussões.

Os dados deste estudo corroboram com a valorização da enfermagem por meio do PAE, na qual foi constatado na literatura que a prescrição de medicamentos proporciona um sentimento de valorização aos profissionais, que pode ser alcançado por meio da implantação de protocolos no campo gerencial (MONTEIRO; BARBOSA, 2011; ALMEIDA et. al., 2011).

Porém, quando discutimos prescrição de medicamentos e sua validade nas farmácias populares a valorização torna-se questionável, pois, na atualidade as receitas dos enfermeiros, mesmo sendo regulamentadas pelos órgãos de classe e MS, ainda não são reconhecidas nestes estabelecimentos, ocasionando um sentimento de incapacidade aos profissionais.

Não se diferenciando dos achados, enfermeiras da ESF atestaram que, com a utilização do PAE, sentem que sua voz tem valor e que muitas vezes o médico acaba consultando o conteúdo do protocolo de enfermagem. Tal atitude, assim como a prescrição permitida de alguns medicamentos, engrandece o profissional e, no cotidiano, acaba por derrubar a imagem de que enfermeiro assistencial só afere pressão arterial, temperatura e aplica injeções.

Perante o exposto, faz-se necessário a compreensão de que o enfermeiro pode avançar em suas atividades, contextualizando suas ações na integralidade, representadas por procedimentos de educação em saúde, permitindo troca de saberes entre usuários e profissionais. Ainda, compreende o processo de adoecimento e saúde dentro do cenário repleto de valores, crenças, definições

políticas, sociais e econômicas, as quais os indivíduos a serem cuidados estão inseridos (GONÇALVES, 2009).

Mesmo com toda discussão acerca da importância do enfermeiro na ESF, a enfermagem tem necessidade de se estabelecer no mercado de trabalho, conquistar seu espaço e rever o conceito cultural de ser um profissional subserviente ao médico. Deve sim sair do papel de submissão para a posição de equivalência profissional (FIORENTINO; FIORENTINO, 2009), como pode-se observar no fragmento que se segue:

*“Olha nem precisei passar no médico, ela resolveu tudo para mim...E6”.*

Esta frase tornou-se comum aos ouvidos da equipe após a implantação do PAE, e mostra a mudança de visão do usuário que acabou se deparando com um atendimento eficiente e seguro.

Ao longo dos processos evolutivos, a enfermagem tem buscado aprimorar seus conhecimentos, porém o abismo de status profissional entre médicos e enfermeiros ainda é muito presente. O médico com seu prestígio atribuído ao “poder da cura” e a enfermagem com sua capacidade centrada ao cuidado/cuidar, estabelece um desequilíbrio de poder relacionado a gênero e ao reconhecimento do saber da enfermagem.

Na busca de reduzir essa assimetria, os profissionais de enfermagem vêm sustentando práticas integrais de assistência e exercitando a interdisciplinaridade com eixo modificador do modelo médico vigente (FIORENTINO; FIORENTINO, 2009).

As ações focadas em um único profissional, centralizador das decisões, ferem o proposto da integralidade do cuidado; é preciso que as ações sejam planejadas, discutidas, compartilhadas pela equipe multiprofissional e focadas no indivíduo e suas necessidades. Desta maneira, minimizam as relações dominadoras entre médicos e enfermeiros perfazendo uma assistência balizada em condutas que se complementam e não sejam fragmentadas (SILVA; SENA, 2008).

Até junho de 2014, no município estudado, a enfermeira não podia solicitar exames, tampouco prescrever medicamentos, sendo restrito a elas as orientações básicas de saúde como: hidratação, alimentação saudável, dentre outros. O pedido de exames e a prescrição de todos os medicamentos ficava sob responsabilidade do profissional médico.

A expressão “*não sobrecarregar a agenda do médico (E1)*” remete a um recente passado vivenciado pela equipe, isto é, a dificuldade de fixar este profissional

na rede de saúde local. Facilitar o trabalho dele nesse período era uma das formas de mantê-lo no quadro de funcionários, e isso foi conseguido por meio da implantação do PAE.

Na ausência do profissional médico e sem o protocolo assistencial, ao identificar um agravo à saúde, o enfermeiro tinha que encaminhar o prontuário ou breve histórico do paciente a uma unidade em que o médico estivesse disponível para atender as demandas de modo que a conduta fosse dada ao usuário.

Essa deficiência de profissionais onerou o serviço em relação ao transporte de prontuários/históricos/usuários, ligações para acertar os detalhes da referência e contrarreferência, tempo gasto pelos profissionais e evidentemente atraso nas condutas.

A utilização do protocolo possibilitou que a enfermagem estabelecesse a conduta necessária do início ao fim de determinados tratamentos, sem a necessidade de terceirizar os cuidados, garantindo sua integralidade. Assim sendo, estes profissionais consideram em suas ações as particularidades de cada usuário, entendendo-os em suas necessidades e elaborando planos de cuidados individualizados (SHIKASHO, 2013).

Com reconhecida importância perante os médicos, estes passam a utilizar o PAE como forma de respaldo e garantia para suas condutas, reforçando para a enfermagem um sentimento de valorização.

Reforçar o sentimento de sentir-se valorizado é uma necessidade constante dentro da profissão de enfermagem. Com o uso do protocolo, as equipes passaram a ser reconhecidas profissionalmente pela população, conforme os discursos estudados. Para além da valorização profissional, a implantação de protocolos na práxis da enfermagem é uma necessidade vivenciada por eles, que buscam ferramentas que guiem as atividades nas unidades de saúde (REIS et. al., 2013).

O instrumento PAE foi incorporado recentemente na prática das participantes e passou por momentos de estudos, elaboração coletiva e implantação, surgindo facilidades e dificuldades neste período.

Neste contexto, os relatos das profissionais reforçam que, sem um protocolo atualizado, fica difícil gerenciar uma unidade de saúde que muitas vezes acaba ficando sem médico durante longos períodos, como também a falta desta ferramenta sobrecarrega as agendas dos médicos e o sistema de saúde como um todo.



E por outro lado, identificam as dificuldades em montar e organizar os conceitos que compõem o documento, além das várias tentativas de se colocar em prática e a não obtenção de sucesso nisso.

Para que um instrumento seja considerado de qualidade e seguro, após sua construção e implantação, percebe-se a necessidade de revisões periódicas baseadas em evidências técnicas e científicas, de modo a não comprometer a assistência prestada, como descrita na literatura (XIMENES NETO et. al., 2007; CHAVES et. al., 2011; SÃO PAULO, 2012) e constatado pelas participantes.

Foi possível compreender que a elaboração e revisão de protocolos assistenciais deve ser feita de forma coletiva com os profissionais envolvidos e que possuam conhecimento técnico em saúde. Esta composição se justifica pela construção partilhada entre os membros e subsequente avaliação do processo e sua efetiva utilização (GRANDO et. al. 2004).

Nesta mesma linha, o COREN/SC (2014b) considera como etapa fundamental para a elaboração de protocolos de enfermagem, a construção coletiva, fato este reforçado pelos documentos institucionais de LONDRINA (2006); FLORIANÓPOLIS (2010); SÃO PAULO (2012 a b, c) e COREN/RJ (2012).

Mediante os relatos apresentados, constata-se que o trabalho de construção em equipe foi um diferencial, pois cada uma elaborou parte do protocolo de acordo com sua vivência e foi um trabalho aberto para que toda equipe tivesse acesso aos detalhes.

Sugere-se que os documentos devem ser elaborados com o objetivo de ordenar o cuidado apoiado no processo saúde-doença centrado na integralidade, atendendo às premissas técnico-científicas da saúde coletiva, coordenação em saúde e produção da autonomia. Em linhas gerais, as ações de diagnóstico de enfermagem, tratamento e avaliação dos resultados são definidas por estes documentos que, além disso, são capazes de envolver os múltiplos atores do processo, favorecendo a comunicação entre os profissionais e os serviços (BRASIL, 2013).

A equipe, após a construção coletiva, passou pela fase de implantação do PAE e a partir deste momento foi possível, novamente de forma conjunta, elencar os pontos dificultadores que marcaram essa fase.

Assim como toda mudança, a implantação do PAE gerou dúvidas e dificuldades em seu manuseio. Observou-se que seu conteúdo era maior do que se esperava e, portanto, houve a necessidade de adaptações às novas condutas.

Com o objetivo de sanar essas dificuldades ou diminuí-las, Werneck e seus colaboradores (2009), apontam a educação continuada como premissa para o adequado uso de protocolos, como descrito:

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 (WERNECK; FARIA; CAMPOS; 2009, p. 68).

Para além da capacitação, outros obstáculos foram elencados pelas enfermeiras e que aparecem descritos na literatura, como por exemplo, a construção de instrumentos que estejam e abarquem toda a realidade local (Werneck; Faria; Campos, 2009), com estabelecimento de fluxos e parcerias que garantam a referência e contrarreferência (COREN/SC, 2014b).

É fundamental, neste ponto, destacar a importância do protocolo construído e organizado de acordo com as necessidades e características de cada região. Ao reconhecer a integralidade como base na elaboração do PAE, é indispensável valorizar as dimensões subjetivas na construção de um modelo de atenção e educação em saúde que se atente ao indivíduo, porém, não desprezando o meio que o cerca (ALCÂNTARA, 2013).

Referente ao PAE, vale destacar que, segundo Werneck; Faria; Campos (2009) e COREN-SP (2015), os protocolos possuem limites, não sendo permitido ultrapassá-los, necessitando de um processo de vigilância sistemática e constante.

O órgão fiscalizador de São Paulo aponta como dificuldade no manuseio do PAE, o desrespeito aos limites desta ferramenta, a elaboração sem bases científicas e o inadequado seguimento das ações protocoladas (COREN/SP, 2015)

Nesta linha, ganha destaque a não validação da prescrição dos enfermeiros em estabelecimentos que não façam parte da rede local. Apontada como uma dificuldade relevante e que coloca em evidência um ponto de limitação do PAE, trata-se de um sentimento negativo, tanto da enfermeira, como do paciente, que muitas vezes, não tem seu problema resolvido e a profissional, com todos os mecanismos de resolução em mãos, não pode ser efetiva.

Foi possível destacar este inconveniente em relação à farmácia popular quando uma das participantes relata que, com o não reconhecimento da prescrição neste estabelecimento o paciente acaba por desacreditar na enfermagem e esta se sente incapaz de materializar a integralidade do cuidado, tendo que em algumas situações terceirizar o papel de prescritor.

Para se alcançar a integralidade no cuidado à saúde, é necessário promover, em cada situação, o tratamento que melhor se adequa às demandas do indivíduo Viegas e Penna (2013).

Felizmente, com possibilidade de reversão deste quadro, em nota recentemente publicada pelo COFEN, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) comprometeu-se a rever a questão de prescrição de antibióticos por enfermeiros e sua validação nas farmácias populares (COFEN, 2016).

Outros inconvenientes também estão atrelados ao PAE, como o gerenciamento da unidade, o atendimento à demanda espontânea e o tempo em cumprir todas as exigências do protocolo.

A demanda espontânea é prevalente na USF, comprometendo a integralidade, isto posto, o cuidado torna-se focado na doença e seu manuseio é feito pelo modelo biomédico, não sendo, portanto, abordados aspectos subjetivos que envolvem o usuário (SILVA; SENA, 2008).

Para o gerenciamento da unidade, estudos trazem o protocolo como um organizador e apoio na tomada de decisão (WERNECK; FARIA; CAMPOS; 2009; COREN/GO, 2014). Ainda, para Paes e Leite (2013), o protocolo é uma ferramenta capaz de organizar o processo do saber e interligá-lo com o agir, de modo a garantir a autenticidade e independência da enfermagem, por meio das cinco fases da SAE.

Nesta lógica, o gerenciamento embora previsto em lei, necessita ser repensado nos cenários de prática, com o objetivo de reduzir as dificuldades encontradas pelos profissionais (PAES, 2011).

Na contramão do que relatou Werneck; Faria; Campos (2009), Coren/GO (2014), Paes e Leite (2013), o estudo de Paes (2011) evidenciou que, a partir da implantação do PAE, a equipe o percebe como uma tarefa adicional e não como uma ferramenta que auxilia a assistência.

No cumprimento das normas do PAE, nota-se a necessidade do correto registro dos cuidados prestados. Tal procedimento é conhecido como anotação de enfermagem, o que requer tempo e habilidade do profissional. Alguns dos elementos imprevisíveis como demanda excessiva de atendimentos, sobrecarga de trabalho, déficit de recursos humanos (SILVA, GOULART, AMADO, 2014), dentre outros, podem comprometer a realização desta atividade e também sua qualidade.

Estas anotações remetem à SAE completa, preconizada pelo COFEN, que é composta por cinco fases inter-relacionadas. Sendo assim, com o uso do protocolo, o

enfermeiro busca seguir corretamente suas orientações, passando um tempo exaustivo registrando suas ações, prática esta também exigida pelo COREN (COFEN, 2009; COREN/SP 2009). De acordo com COREN/SP, as anotações são definidas como:

Os registros efetuados pela equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) têm a finalidade essencial de fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações nas 24 horas, condição indispensável para a compreensão do paciente de modo global.

Os registros realizados no prontuário do paciente tornam-se um documento legal de defesa dos profissionais, devendo, portanto, estar imbuídos de autenticidade e de significado legal. Os mesmos refletem todo o empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando, assim, suas ações (COREN/SP, 2009).

Fortalecendo o discurso em relação à SAE, Tavares et. al., (2013) atribuem como um dos fatores de sobrecarga do enfermeiro a realização do processo de enfermagem, seja pela falta de conhecimento dos enfermeiros, pelo tempo escasso para realizar todo processo de enfermagem ou pelo acúmulo de atividades.

Finalizando as dificuldades, mas não as esgotando, foi possível evidenciar a sobrecarga que o protocolo acarretou à classe, porém quando pesquisado sobre esta questão, a literatura demonstra o oposto ao vivenciado pelas enfermeiras.

Os protocolos assistenciais têm sido utilizados como método de organizar a prática clínica, evitando a sobrecarga dos profissionais com a demanda crescente de usuários nos serviços (Vieira et. al., 2016). No aspecto gerencial, é considerado um instrumento que auxilia o enfermeiro na tomada de decisões, facilitando e agilizando seu trabalho (ANDRADE; SILVA, 2007; WERNECK; FARIA; CAMPOS; 2009; ALMEIDA, 2011).

Em meio às pesquisas, foi encontrado apenas um estudo que trata da sobrecarga aliada ao uso de protocolos e cumprimento de planilhas de metas, onde afirma-se que o tempo gasto pela enfermagem em suas atividades supera o período consumido pela classe médica. Sendo assim, evidenciou-se que o excesso de trabalho destes profissionais tem acarretado problemas em relação ao cuidado humanizado, às relações laborais e conseqüentemente à assistência ao usuário (Duarte, 2013).

Exemplificando o último achado, foi possível deduzir que mais autonomia e segurança no atendimento após implantação do PAE acabaram sobrecarregando as enfermeiras, embora tenha sido benéfico para a população, pois eles chegam e já

sabem que serão atendidos. Já a enfermagem deixa de realizar funções de sua rotina administrativa para se dedicar aos atendimentos, cuidados e anotações que regem o protocolo.

Considerando o cotidiano das participantes, o correto seguimento do PAE estendeu o tempo das consultas pelo preenchimento das requisições de exames, elaboração das receitas, a correta evolução de cada caso seguindo as cinco fases da SAE. Além disso, fica sob responsabilidade do enfermeiro o gerenciamento da ESF, como controle de frequência dos trabalhadores e supervisão de suas atividades, cumprimento de metas quantitativas, alimentação dos sistemas de informação do MS e municipal, organização de atividades de educação em saúde, controle de insumos, visitas domiciliares, dentre outros, gerando um acúmulo de tarefas ao enfermeiro.

Torna-se nítido que há uma relação de fascínio e desafeto em relação ao protocolo de enfermagem. Ao mesmo tempo em que há entusiasmo em relação à autonomia e respaldo que este instrumento oferece ao enfermeiro, há também uma sobrecarga deste profissional em decorrência do poder de resolubilidade e comodismo apresentado pelos médicos após a implantação do PAE.

Fica como reflexão que há necessidade de rever o processo de trabalho do enfermeiro e médico no cenário estudado e fortalecer vínculos entre os mesmos. A construção de vínculos é necessária para assegurar confiança entre os envolvidos à procura de melhor qualidade na assistência ao usuário.

A concepção de vínculo na ESF proposta por Monteiro et. al. (2009) consiste numa relação de proximidade e responsabilidade mútua entre os profissionais e usuários no atendimento das propostas do MS em busca da integralidade.

Quando se discute vínculo associado à integralidade, é importante mencionar que os laços construídos entre profissionais e usuários facilitam a criação de autonomia e responsabilização. Isto ainda é um desafio para o cuidado (VIEGAS; PENNA, 2013).

Em busca de superar este desafio, a equipe de saúde precisa reconhecer seu território, sua população adstrita e suas características, a fim de contribuir para o fortalecimento do elo entre usuários e profissionais, para se obter um melhor desenvolvimento do processo saúde-doença (NOGUEIRA et. al., 2012).

A secretaria de saúde de Campinas publicou no ano de 2015 o protocolo de assistência domiciliar, com o propósito de prestar cuidado humanizado e integral aos usuários que necessitam de atendimento em domicílio. Dentre os objetivos propostos

---

por este instrumento, destaca-se a manutenção do vínculo com o usuário e sua família, além disto, este documento apóia as práticas do profissional enfermeiro (CAMPINAS, 2015).

Os protocolos de enfermagem podem servir de amparo para as equipes multiprofissionais; para que isso seja possível, faz-se necessária a participação de outros profissionais na construção desta ferramenta e que estas ações sejam aprovadas por técnicos da área e pelo gestor do serviço (COREN/SP, 2015).

Diante do exposto, pensou-se num cenário em que o médico buscasse a opinião do enfermeiro e este, baseado na autonomia e respaldo que lhe garante o uso do PAE, apresentasse os meios de tratamento. Por sua vez, os usuários acabariam não se importando mais se o atendimento será feito pelo médico ou pelo enfermeiro, pois sabem que ambos possuem poderes de resolução. Um elo de confiança se forma entre médico X enfermeiro X paciente.

Há, neste contexto, uma inversão do que está posto na sociedade, onde a enfermagem é submissa em relação à classe médica, visto que esta última necessita e se ampara nas orientações fornecidas pelo documento da enfermagem.

No que se refere ao relacionamento com o paciente é unânime o entendimento das participantes de que o protocolo é um construtor de vínculo, como se observa neste fragmento “*Com certeza é um bom construtor de vínculos!*” **(Todos)**. Propicia uma boa sistematização da assistência de enfermagem, abre caminhos com o paciente e sua abordagem é capaz de compreender o indivíduo na sua subjetividade.

É importante que a enfermagem incorpore a singularidade e a subjetividade em seu olhar, perceba as diferenças entre os usuários/profissionais e que suas experiências sejam lapidadas dia a dia. Contudo, cabe à enfermagem identificar os indivíduos e suas potencialidades na concepção de vida, de maneira a representar a responsabilidade e autonomia dos sujeitos no processo de cuidar (SILVA; SENA, 2008).

## *7. Conclusão*

## 7 CONCLUSÃO

O método escolhido pode revelar a visão das participantes acerca dos protocolos, sendo concebidos como ferramenta que apoiam as práticas da enfermagem em seu cotidiano, garantindo autonomia e resolubilidade. Pode-se ainda depreender que os mesmos oferecem respaldo e segurança aos profissionais e usuários.

No tocante à elaboração e implantação do protocolo, destacou-se que este instrumento da assistência de enfermagem apoia, guia e norteia as práticas profissionais, contribuindo para a efetivação da SAE e para a construção de vínculos entre os membros da equipe e a população.

A oportunidade de participarem ativamente no processo de elaboração e implantação do PAE permitiu desvelarem o trabalho em equipe como um diferencial no cotidiano, que deve ser coletivo e interdisciplinar.

Na outra ponta, revelaram aspectos dificultadores como por exemplo, o PAE finalizado e aprovado superou o imaginário das enfermeiras no que se refere ao grande conteúdo apresentado, ausência de condutas voltadas à saúde do homem, a invalidação das receitas feitas pelo enfermeiro em estabelecimentos como a farmácia popular. Além das questões atreladas à assistência, o gerenciamento da demanda espontânea ficou comprometido, haja vista que, a enfermeira passou a demandar mais tempo nas consultas, fato gerador de sobrecarga de trabalho.

A partir da discussão dos resultados, juntamente com a mudança do cenário político local, foi possível traçar estratégias que reduzam a sobrecarga do enfermeiro garantindo que a qualidade do atendimento seja mantida. As medidas são propostas considerando o aumento das metas quantitativas dos profissionais médicos, tanto para pacientes agendados como os de demanda espontânea; capacitação e implantação da política de acolhimento alinhada à classificação de risco. É desejado com estas medidas o atendimento integral realizado por todos os membros da equipe, fortalecendo o vínculo dos usuários com a unidade de saúde.

O estudo contribuiu para práxis da enfermagem na medida em que revelou as diferentes concepções da construção, validação e implantação de protocolos de assistência na execução do processo de enfermagem. Os resultados podem ser reveladores para outros cenários semelhantes e auxiliar a materialização da SAE amparada pela integralidade do cuidado tão almejada.



*Referências*

**REFERÊNCIAS**

ALCÂNTARA, E.S. A construção da integralidade em saúde na comunidade da Mangueira. 2013. 83 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013.

ALMEIDA, M.L. et al. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto Contexto Enferm.**, v.20, n. esp., p.131-137, 2011.

ANDRADE, M.A.; SILVA, S.R. Administração de quimioterápicos: uma proposta de protocolo de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n.3, p. 331-335, 2007.

BACKES, D. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da Saúde**, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BELEI, R. A. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cad. Educ.**,v. 30, p. 187-199, 2008.

BOSI, M.L.M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 17, n.3, p.575-586, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 versão 2012. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23\\_out\\_versao\\_final\\_196\\_ENCEP2012.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Número de universidades no Brasil. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/index.php>>. Acesso em: 29 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Fundação CAPES. Classificação da produção intelectual. 2014. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/avaliacao/instrumentos-de-apoio/classificacao-da-producao-intelectual>>. Acesso em: 08 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011a. Disponível

em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.htm](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.htm)>. Acesso em: 12 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 816/GM de 31 de maio de 2005. Constitui o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde, e dá outras providências. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-816.htm>>. Acesso em: 18 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado\\_pessoas%20doencas\\_cronicas.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, 2011b. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo\\_CAP\\_28.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf)>. Acesso em: 06 novembro 2016.

BRASIL. Presidência da República. Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1986. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm)>. Acesso em: 18 jul. 2015.

CHAVES, L.D.C.P.; LAUS, A. M.; CAMELO, S. H. Ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro em unidade de terapia intensiva. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 671-678, 2012.

CHAVES, M.M. N. et.al. Amamentação: a prática do enfermeiro na perspectiva da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm.**, v.45, n. 1, p. 194-200, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Farmácia Popular deve aceitar prescrição de enfermeiros. Brasília, 2015. Disponível em:

<[http://www.cofen.gov.br/farmacia-popular-deve-aceitar-prescricao-de-enfermeiros\\_31597.html](http://www.cofen.gov.br/farmacia-popular-deve-aceitar-prescricao-de-enfermeiros_31597.html)>. Acesso em: 20 abr. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-159/1993. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. Brasília, 1993. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993\\_4241.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html). Acesso em: 18 jul. 2015. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Decreto 94.406/87. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providencias. Brasília, 1987. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687\\_4173.html](http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html)>. Acesso em: 18 jul. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Resolução 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 14 set. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – COREN. Anotação de Enfermagem: gestão 2008-2011. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – COREN. Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem. Gestão Coren-sp 2012-2014. São Paulo, 2014b. Disponível em: <<http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/guia%20constru%C3%A7%C3%A3o%20protocolos%2025.02.14.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – COREN. Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem. Gestão Coren-sp 2015-2017. São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – COREN. Parecer COREN/SC nº 003/2014: CT. São Paulo, 2014a. Disponível em: <[http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Parecer\\_003\\_Prescr\\_medicamentos\\_por\\_ENF.pdf](http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Parecer_003_Prescr_medicamentos_por_ENF.pdf)>. Acesso em: 21 abr. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – COREN. Parecer COREN/SC nº 007/2014 CT. Santa Catarina, 2014b. Disponível em: <<http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/Parecer-007-2014-CT-Elabora%C3%A7%C3%A3o-de-Protocolos-Assistenciais.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – COREN. Parecer COREN/SP nº 007/CT/2014. Parecer sobre solicitação de exames por enfermeiro e avaliação de resultado. São Paulo, 2014a. Disponível em: <[http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Parecer\\_007\\_Solicita%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_exames\\_por\\_ENF\\_e\\_avalia%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_resultado.pdf](http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Parecer_007_Solicita%C3%A7%C3%A3o_de_exames_por_ENF_e_avalia%C3%A7%C3%A3o_de_resultado.pdf)>. Acesso em: 02 abr. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – COREN. Parecer COREN/SP nº 018/CT/2012: parecer sobre protocolo de enfermagem em saúde da mulher elaborado por Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo, 2012. Disponível em: <[http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer\\_coren\\_sp\\_2012\\_18.pdf](http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2012_18.pdf)>. Acesso em: 21 abr. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – COREN. Protocolo de enfermagem em atenção à saúde de Goiás. Goiania, 2014. Disponível em: <[http://www.corengo.org.br/coren-go-disponibiliza-protocolo-de-enfermagem-na-versao-digital\\_4616.html](http://www.corengo.org.br/coren-go-disponibiliza-protocolo-de-enfermagem-na-versao-digital_4616.html)>. Acesso em 30 jul. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – COREN. Protocolo de enfermagem em atenção à saúde de Goiás. Goiania, 2010. Disponível em: <<http://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/protocolo-atencao-saude-goi%C3%A1s.pdf>>. Acesso em 18 jul. 2014.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – COREN. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111921/enfermagem.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2016.

DEGANI, V.C. A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde. 2002. 201 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

- DUARTE, S.J.H.; MAMEDE, M.V. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de Enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá. **Cienc. Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 117-129, 2013.
- DUARTE, V.R.C. A sobrecarga de trabalho na atuação do enfermeiro na estratégia de saúde da família. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais, 2013.
- FELICIANO, N.B.; PRADEBON, V.M.; LIMA, S.S. Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família. *Aquichan*, v. 13, n. 2, p. 261-269, 2013.
- FELIX, L.G.; SOARES, M.J.G.; NOBREGA, M.M.L. Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n.1, p. 83-91, 2012.
- FENTANES, L.R.C. et. al. Autonomia profissional do enfermeiro: revisão integrativa. **Cogitare**, v.16, n. 3, p.530-535, 2011.
- FERREIRA, R. C. et. al. Abordagem psicológica na Atenção Básica em Saúde: da Fragmentação à Integralidade. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 35, n.2, p. 177-185, 2011.
- FIORENTINO, F.R.A.; FIORENTINO, J.A. As relações sociais profissionais entre enfermeiro e médico no campo da saúde. **Travessias**, v. 3, n.2, p.301-325, 2009.
- GABRIEL, C.S. et al. Qualidade na assistência de enfermagem hospitalar: visão de alunos de graduação. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 3, p. 529-535, 2010.
- GALANI, M.C. et. al. Estrutura conceitual para pesquisa e prática clínica na mudança de comportamentos em saúde cardiovascular. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. esp., tela 1-9, 2013.
- GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Res. Nurs. Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3644366>>. Acesso em: 25 maio 2015.
- GASPARINO, R.F.; SIMONETTI, J.P.; TONETE, V.L.P. Consulta de enfermagem pediátrica na perspectiva de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Rev. Rene**, v.14, n.6, p. 1112-1122, 2013.

GONÇALVES, F.G. Consulta de enfermagem em usuários portadores de insuficiência cardíaca: revisão integrativa. 2013. 94 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

GONÇALVES, R. L. Práticas de integralidade: acolhimento e vínculo no cuidado prestado a gestante. 2009. 91 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, 2009.

GRANDO, M. K. et. al., A construção do protocolo municipal das ações básicas de saúde: trabalhando em defesa da vida. In: 56º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 56, 2004, Gramado. **Anais...** Gramado, 2004.

GUIDELINES for conducting a focus group. 2005. Disponível em:<[http://assessment.aas.duke.edu/documents/How to Conduct a Focus Group.pdf](http://assessment.aas.duke.edu/documents/How_to_Conduct_a_Focus_Group.pdf)>. Acesso em: 18 ago. 2014.

IBGE. **Cidades.** Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=355010&search=%7Csao-manuel>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

KERR, L.R.F.S.; KENDALL, C. A pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. Reve**, v. 14, n. 6, p.1061-1063, 2013.

LACERDA, M.R.; LABROCINI, L.M. Papel social e paradigmas da pesquisa qualitativa de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v.64, n.2, p. 359-364, 2011.

LIMA, F.E.T. et al. Consulta de enfermagem: espaço para criação e utilização de protocolo para usuários após revascularização miocárdica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 31, n.3,p.458-466, 2010a.

LIMA, F.E.T. et al. Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: influência na ansiedade e depressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.3, p. 34-41, 2010b.

LUIS, M.A.V.; LUNETTA, A.C.F.; FERREIRA, P.S. Protocolo para avaliação da síndrome de abstinência alcoólica por profissionais de enfermagem nos serviços de urgência: teste piloto. **Acta Paul Enferm.**, v. 21, n.1, p. 39-45, 2008.

MAEBARA, C.M.L. et al. Consulta de enfermagem: aspectos epidemiológicos de crianças atendidas na atenção primária de saúde. **Cienc. Cuid. Saude**, v.12, n.3, p. 500-507, 2013.

MATUMOTO, S. et. al. Produção de atendimentos de enfermeiros em unidades da rede básica de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 20, n. 4, 9 telas, 2012.

MEDEIROS, M. Pesquisas de abordagem qualitativa. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 228-229, 2012.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na Saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MINAYO, M.M.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004. 255 p.

MINAYO, M.M.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014. 393 p.

MONTEIRO, K.A.; BARBOSA, S.P. Compreensão do enfermeiro quanto à prescrição de medicamentos na estratégia saúde da família. **Rev. Enferm. Integrada**, v.4, n.1, p. 690-697, 2011.

MONTEIRO, M.M. et. al. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 43, n. 2, p. 357-363, 2009.

MOURA, S.G.; OLIVEIRA, F.M.C.; CAVALCANTI, Y.L.P.; FERREIRA J.T.V.S. Protocolo do enfermeiro na estratégia saúde da família: relato de experiência. **Rev. Enferm. UFPE Online**, v. 9, n. 1, p.243-247, 2015.

NAVARRO, A.S.S., GUIMARÃES, R.L.S., GARANHANI, M.L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **Rev Min Enferm.** V. 17, n. 1, p. 61-68, 2013

NOGUEIRA, J. A. et. al. Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose. **Rev. Rene**, v.13, n.4, p.784-793, 2012.



OLIVEIRA, C. L. Um apanhado teórico-conceitual sobre a pesquisa qualitativa: tipos, técnicas e características. *Travessias*, v. 3, n. 8, p. 1-16, 2008. Disponível em: <[http://www.unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/um\\_apanhado\\_teorico\\_conceitual\\_sobre\\_a\\_pesquisa\\_qualitativa\\_tipos\\_tecnicas\\_e\\_caracteristicas.pdf](http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/um_apanhado_teorico_conceitual_sobre_a_pesquisa_qualitativa_tipos_tecnicas_e_caracteristicas.pdf)>. Acesso em: 13 set. 2015.

OLIVEIRA, F. F. S. et al. Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na estratégia saúde da família. **Rev. Rene**, v. 14, n. 4, p.694-703, 2013.

PAES, G. O. Gerenciando o cuidado de enfermagem com protocolos assistenciais: a práxis em enfermagem e sua interface com a tecnologia em saúde. 2011. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

PAES, G. O.; LEITE, J.L. Protocolos assistenciais: a práxis em enfermagem e sua Interface com a tecnologia em saúde. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM. O CLÁSSICO E EMERGENTE: DESAFIOS DA PESQUISA EM ENFERMAGEM, 17.,2013, Natal. **Anais...** Natal, 2013.

PINHEIRO, G.M.L.; ALVAREZ, A.M.; PIRES, D.E.P. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.17 n.8, p.2105-2115, 2012.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

PINTO, C.M. A teoria fundamentada como método de pesquisa. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE LETRAS-UNIFRA, 12. 2012, Santa Maria. **Anais...** Santa Maria, 2012.

PIRES, V.M.M.M.; RODRIGUES, V.P.; NASCIMENTO, M.A.A. Sentidos da Integralidade do cuidado na saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**, v.18, n.4, p. 622-627, 2010.

PLATAFORMA SUCUPIRA. **Periódicos Qualis**. Disponível em: <<https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/veiculoPublicacaoQualis/listaConsultaGeralPeriodicos.jsf>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

QUAGLIATO, F. F.; RUFFINO NETTO, A.; FORSTER, A. C. Questionário de diagnóstico de enfermagem compartilhado da atenção básica: equipes de Saúde da Família típicas x ampliadas. **Saúde Soc.**, v.24, n.1, p.141-151, 2015.

REIS, D.B. et. al. Cuidados às pessoas com úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Rev. Min.Enferm.**, v. 17, n. 1, p.107-111, 2013.

REPPETTO, M.A.; SOUZA, M.F. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n.3, p. 325-329, 2005.

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008.

ROCHA, S.A. Complexidade, saúde e enfermagem: revisão integrativa da literatura. 2009. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, 2009.

RODRIGUES, E.M.; NASCIMENTO, R.G.; ALISSON, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 45, n. 5, p. 1041-1047, 2011.

SAMPAIO, R.S.; et. al. Classificação das intervenções de Enfermagem na prática clínica de enfermeiros brasileiros. **Acta Paul. Enferm.**, v. 24, n.1, p.120-126, 2011.

SANTOS, A.S.S.; CUBAS, M.R. **Saúde Coletiva**: linhas de cuidado e sistematização da assistência de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 304p.

SANTOS, F.O.F.; MONTEZELI, J.H.; PERES, A.M. Autonomia profissional e sistematização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros. **Rev. Min. Enferm.**, v.16, n.2, p. 251-257, 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO MANUEL. Protocolo de Assistência de Enfermagem. 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Documento de atualização de protocolos de enfermagem. 2007. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/enfermagem/protocolo\\_enfermagem\\_2009.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/enfermagem/protocolo_enfermagem_2009.pdf). Acesso em: 01 Abr. 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. Protocolo de ação para assistência de enfermagem. Campinas, 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. Protocolo de assistência de enfermagem de serviço de assistência domiciliar. Campinas, 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Florianópolis, 2010. Disponível em: <<[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05\\_08\\_2011\\_9.34.09.68795919f7565362b22dc5dadfadfe38.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.34.09.68795919f7565362b22dc5dadfadfe38.pdf)>>. Acesso em: 01 fev. 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA. Protocolo clínico de avaliação e assistência de enfermagem. Londrina, 2006. Disponível em: <[http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec\\_saude/protocolos\\_clinicos\\_saude/prot\\_enfermagem.pdf](http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/prot_enfermagem.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Manual de enfermagem saúde do adulto. 2. ed. São Paulo, 2012a. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/enfermagem/Enfermagem\\_Atencao-SaudeAdulto.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/enfermagem/Enfermagem_Atencao-SaudeAdulto.pdf)>. Acesso em: 01 Abr. 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Manual de enfermagem saúde da criança e do adolescente. 2. ed. São Paulo, 2012b. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/enfermagem/Enfermagem\\_Atencao-SaudeCrianca\\_2013.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/enfermagem/Enfermagem_Atencao-SaudeCrianca_2013.pdf)>. Acesso em: 01 abr. 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Manual de enfermagem saúde da pessoa idosa. 2. ed. São Paulo, 2012c. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/enfermagem/Enfermagem\\_Atencao-SaudeIdoso\\_2013.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/enfermagem/Enfermagem_Atencao-SaudeIdoso_2013.pdf)>. Acesso em: 01 abr. 2014.

- SHIKASHO, L. Os programas de residência e a integralidade da atenção: um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde. 2013. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.
- SILVA, D. T.; GOULART, N.S.; AMADO, K.C. Registros de enfermagem com ênfase na segurança do paciente. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, v.8, n.2, p. 1-4, 2014.
- SILVA, K.L.; SENA, R.R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n.1, p. 48-56, 2008.
- SILVA, L. O processo de cuidar de famílias de idosos em situação de final de vida na estratégia de saúde da família. 2011. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- SOUZA, M. C. et. al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n.3, p.452-460. 2012.
- SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Rev. Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.
- STACANTO, K.; GONÇALVES, M.C.S. Autonomia do enfermeiro: concepções dos profissionais técnicos em enfermagem. **Rev. Eletr. Acervo Saúde**, v. 4, n.2, p. 281-307, 2012.
- STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Porto Alegre: Edições 2, 2008. p. 288.
- TAVARES, T. S. Avaliação da implantação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade pediátrica. **Rev. Min.Enferm.**, v.17, n.2, p.278-286, 2013.
- TORRES, L.M.et al. Significado atribuído por trabalhadores da saúde de Belo Horizonte-MG ao princípio da resolubilidade nas ações cotidianas. *Rev. Bras. Enferm.*,v. 65, n. 5 p. 822-828, 2012.

---

TREVISAN, D.D. et. al. Formação de enfermeiros: distanciamento entre a graduação e a prática profissional. *Cienc Cuid Saude*. v.12, n. 2, p. 331-337, 2013.

ULBRICH, E. M., et al. Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento às vítimas. **Cogitare Enferm.**, v.15, n.2, p.286-292, 2010.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n.1, p. 133-141, 2013.

VIEIRA, A.C. et. al. Percepção dos enfermeiros de emergência na utilização de um protocolo para avaliação da dor torácica. **Texto Contexto Enferm.**, v.25, n. 1, p.1-7, 2016.

WERNECK, M.A.F.; FARIA, H.P.; CAMPOS, K.F.C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopmed, 20

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentosa na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 2, p. 133-140, 2007.

*Apêndices*

**APÊNDICE A–Fichamento de revisão bibliográfica – Instrumento para coleta de dados**

<b>Nº do Artigo</b>	<b>Base de Dados</b>	<b>Ano</b>	<b>Volume</b>	<b>Número</b>	<b>Páginas</b>
<b>Título</b>					
<b>1º Autor</b>	<b>Profissão</b>	<b>Titulação</b>	<b>Local de Atuação</b>		
<b>2º Autor</b>	<b>Profissão</b>	<b>Titulação</b>	<b>Local de Atuação</b>		
<b>Periódico</b>					
<b>Método</b>	<b>Palavras-Chave</b>				
<b>Objeto de Estudo</b>					
<b>Objetivo</b>					
<b>Problema</b>					
<b>Participantes</b>					
<b>Resultados</b>					
<b>Cenário</b>					

Adaptado de Rocha, Spagnuolo (2009)

---

## APÊNDICE B - ROTEIRO CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

### I Dados de identificação

• Idade: \_\_\_\_\_

• Sexo ( ) F ( ) M

• Graduação: \_\_\_\_\_

• Ano de graduação: \_\_\_\_\_

• Pós-graduação: ( ) SIM ( ) NÃO QUAL: \_\_\_\_\_

( ) Concluída ( ) Em andamento

Outras informações que julgar necessário:

---

---

---

---

• Tempo de trabalho em U.S.F.: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Horário de início: \_\_\_\_:\_\_\_\_.

Horário do término: \_\_\_\_:\_\_\_\_.



**APÊNDICE C - Questões norteadoras para o grupo focal****Primeiro encontro**

O que significa para você o Protocolo de Assistência de Enfermagem (PAE)?

As informações clínicas e técnicas que oPAE contém permitem o enfrentamento dos problemas de enfermagem?

Quais as contribuições do PAE para realização da CE?

**Segundo encontro**

Quais os pontos facilitadores ou/e dificultadores da implantação do PAE?

Para o gerenciamento da unidade, houve algum benefício?

*Anexos*



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"



## Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU *Pós-Graduação*

BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18618-970 - Telefone (014) 3880-1126/3880-1128

O Sr (a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada "**Protocolo de Assistência de Enfermagem: Da construção à implantação de um instrumento de assistência de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família**", que pretende estudar os desafios da construção e implantação de um protocolo de enfermagem em um município do interior paulista na visão de enfermeiros e médicos, que compõe as equipes de Estratégia de Saúde da Família.

O Sr (a). foi selecionado(a) a participar dessa pesquisa por fazer parte do grupo de profissionais que participaram da construção do Protocolo de Enfermagem do Município de São Manuel, e está diretamente envolvido com a utilização deste.

A pesquisa consta de 5 perguntas sobre a construção e implantação do protocolo de assistência de enfermagem. Será realizada uma entrevista pelo método de Grupo Focal, as quais serão transcritas, analisadas e posteriormente destruídas, preservando a privacidade dos participantes. Os grupos acontecerão em dois momentos, tendo duração de até 90 minutos.

O conhecimento dessas características permite compreender a experiência na construção e implantação do PAE por profissionais inseridos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de São Manuel, interior do Estado de São Paulo.

Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir nas questões trabalhistas. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo.

É garantido total sigilo do seu nome, imagem e qualquer declaração/resposta, em relação aos dados relatados nesta pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608 / 1609.

### CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome (somente as iniciais): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Elisângela Cristina de Campos Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisadora: Dr Jose Barbosa de Barros, 1540 AP208 – Bloco 03 Jardim Paraíso – Botucatu/SP. Fone: (14) 996-795981. Email: [elisangela.campos@fundacaouni.org.br](mailto:elisangela.campos@fundacaouni.org.br)

Orientadora: Regina Stellas Spagnuolo Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Rua Luis Savini, 167, Vidos Lavradores – Botucatu/SP. Fone: (14) 98116- 7876 ou (14) 3880 1310. Email: [rstella@fmb.unesp.br](mailto:rstella@fmb.unesp.br)

**Anexo II – Aprovação do Projeto no CEP****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: A CONSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

**Pesquisador:** ELISANGELA CRISITINA DE CAMPOS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 40534215.0.0000.5411

**Instituição Proponente:** Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

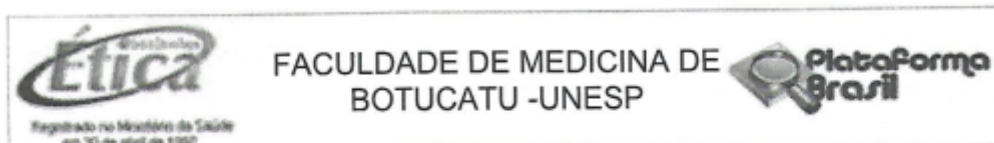
**Número do Parecer:** 943.214

**Data da Relatoria:** 31/01/2015

**Apresentação do Projeto:**

O Protocolo de Assistência de Enfermagem (PAE) é um instrumento norteador das práticas do enfermeiro. No Município de São Manuel, ele foi construído pela equipe de enfermeiros das unidades de saúde da família (USF). Para construção, foram utilizados como referências, protocolos assistenciais já implantados em diversas cidades do país e os cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde (MS), conforme fomos orientados pelo Conselho Regional de Enfermagem-SP (COREN-SP). Este protocolo teve sua aprovação pelo Gestor Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde em 26 de Julho de 2014 com unanimidade dos votos e sugestão por parte dos conselheiros, para o acréscimo de um protocolo voltado a saúde do homem. Na ocasião foram apresentados os seguintes PAE's: saúde da criança, adulto, idoso e mulher (ginecologia, climatério e pré natal). Este estudo tem como objetivo, compreender a experiência na construção e implantação do PAE por profissionais inseridos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de São Manuel, interior do Estado de São Paulo. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, que surgiu da preocupação em conhecer como os enfermeiros vivenciaram a construção do PAE no município e como vem sendo utilizado durante as consultas de enfermagem (CE). Ainda, gostaríamos de conhecer a contribuição deste instrumento na prática diária dos profissionais enfermeiros e

**Endereço:** Chácara Butignolli, s/n  
**Bairro:** Rubião Junior  
**UF:** SP  
**Município:** BOTUCATU  
**CEP:** 18.618-070  
**Telefone:** (14)3880-1608  
**E-mail:** capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 943.214

da equipe multiprofissional. Constituir-se-ão como atores desta pesquisa dois grupos amostrais, formado por sete enfermeiros e cinco médicos da ESF do município de São Manuel-SP. A coleta de dados será conduzida em local e horário fora do cenário de trabalho, conforme disponibilidade dos profissionais entrevistados. A técnica de coleta de dados será a entrevista do tipo aberta. Trata-se de projeto que visa obtenção de título acadêmico da enfermeira ELISANGELA CRISTINA DE CAMPOS, orientada pela Profa. Regina Stella Spagnuolo do Depto de Enfermagem da FMB-Unesp.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Conhecer os desafios na construção e implantação de um protocolo de enfermagem em um município do interior paulista, na visão de enfermeiros e médicos que compõem a Estratégia de Saúde da Família.

**Objetivo Secundário:**

Desvelar como o Protocolo de Assistência de Enfermagem (PAE) contribui para a efetivação da CE. Levantar as dificuldades e facilidades encontradas pelos profissionais durante a construção e implantação do Protocolo de Assistência de Enfermagem.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Sem riscos diretos associados à execução do projeto.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de natureza qualitativa com profissionais de saúde que participaram da implantação do Protocolo de Assistência de Enfermagem. Utilizará grupos focais, com amostra prevista de 12 profissionais, com entrevistas gravadas e analisadas quanto ao conteúdo (Bardin).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta todos os termos e autorizações necessárias. O TCLE está adequado para o projeto. O orçamento foi estimado em R\$500,00, com financiamento próprio.

**Recomendações:**

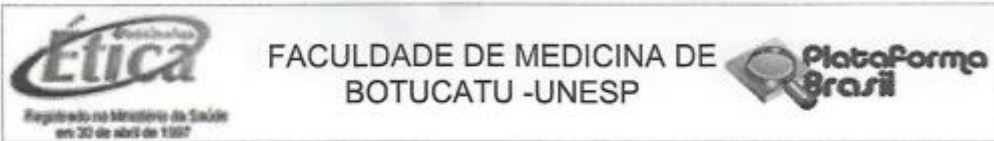
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Recomendo aprovação sem envio à CONEP

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Chácara Butignolli, s/n  
Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970  
UF: SP Município: BOTUCATU  
Telefone: (14)3880-1608 E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 943.214

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto de pesquisa APROVADO, deliberado em reunião do CEP de 02 de fevereiro de 2015, sem necessidade de envio à CONEP.

Ao final do estudo é necessário apresentar ao CEP o "Relatório Final de Atividades".

BOTUCATU, 02 de Fevereiro de 2015

---

Assinado por:  
**SILVANA ANDREA MOLINA LIMA**  
(Coordenador)

Endereço: Chácara Bulignoli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608	E-mail: capellup@fmb.unesp.br

## Anexo III – Aprovação do Protocolo de Assistência de Enfermagem pelo Gestor e Conselho Municipal de Saúde



### PROTOCOLO DE ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM – ATENÇÃO BÁSICA DE SÃO MANUEL

Aos vinte e quatro dias do mês de julho de dois mil e catorze, na sala de reuniões da Diretoria Municipal de Saúde de São Manuel, com a presença dos membros do Conselho Municipal de Saúde, abaixo relacionados:

Maria do Carmo Favorito Santarem // Carla R. G. Serani  
Maíra C. Moraes - Diretor(a) Cip. Justo dos Santos  
R. Lídia F. Fauster  
Mariana Lura Fudêncio  
Renata Maria de Lima  
Maria Elisa Lorenzini  
Jávia Cristina Martins Galvandi  
Xosca Maria Mamoni

Foi apresentado o protocolo de assistência de enfermagem, para aprovação do **GESTOR DE SAÚDE E REFERIDO CONSELHO**. Após apresentação (ANEXO), o protocolo foi  **APROVADO** ( ) **REPROVADO**, sendo 11 votos a favor, 0 votos desfavoráveis com as seguintes justificativas

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

0 votos nulos.

\* Observação: 1 membro não participou das reuniões antes da assinatura.