

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Aggeu Magalhães

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Francisco Jaime Rodrigues de Lima Filho

O protocolo clínico de enfermagem na atenção básica do estado de Pernambuco na perspectiva de enfermeiros e gestores

Recife

2022

Francisco Jaime Rodrigues de Lima Filho

O protocolo clínico de enfermagem na atenção básica do estado de Pernambuco na perspectiva de enfermeiros e gestores

Dissertação de mestrado profissional apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^o Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel

Recife

2022

Título do trabalho em inglês: The clinical nursing protocol in primary care in the state of Pernambuco from the perspective of nurses and managers.

L732p Lima Filho, Francisco Jaime Rodrigues de.
O protocolo clínico de enfermagem na atenção básica do estado de Pernambuco na perspectiva de enfermeiros e gestores / Francisco Jaime Rodrigues de Lima Filho. -- 2022.
107 p.

Orientadora: Idê Gomes Dantas Gurgel.
Dissertação (Mestrado Profissional em Programa de Pós-graduação em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2022.
Bibliografia: f. 64-70.

1. Atenção primária à saúde. 2. Enfermagem. 3. Protocolos clínicos. I. Título.

CDU 614

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Adagilson Batista Bispo da Silva - CRB-1239
Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos

Francisco Jaime Rodrigues de Lima Filho

O protocolo clínico de enfermagem na atenção básica do estado de Pernambuco na perspectiva de enfermeiros e gestores

Dissertação de mestrado profissional apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Aprovado em: 13 de dezembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Profº Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel

Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Islândia Maria Carvalho de Sousa

Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Kátia Rejane de Medeiros

Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

RESUMO

LIMA FILHO, Francisco Jaime Rodrigues de. O protocolo clínico de enfermagem na atenção básica do estado de Pernambuco na perspectiva de enfermeiros e gestores. 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022

Protocolos clínicos são instrumentos que descrevem situações específicas de assistência e/ou cuidado, nele estão pormenorizadas as ações que devem ser realizadas durante esse processo, apontando também quem deve realizá-las e a maneira pela qual devem ser desenvolvidas. Muito embora seja uma exigência nos serviços de saúde que ofertam cuidados de enfermagem, como se observa no arcabouço jurídico dos conselhos de enfermagem brasileiros, ainda se observa negligência quanto ao desenvolvimento e implantação de protocolos clínicos de enfermagem na realidade de muitos serviços de saúde. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar o Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica proposto pelo COREN-PE, na perspectiva dos enfermeiros e gestores de um município da região metropolitana de Recife. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso avaliativo. Os respondentes do estudo foram profissionais de enfermagem e gestores em saúde que atuavam na APS, além de membros do Conselho de Enfermagem do estado. Para coleta de dados realizou-se análise documental e entrevistas. Como método para análise dos dados utilizou-se a Análise Textual Discursiva. A análise documental apontou para a necessidade de aperfeiçoamento do instrumento quanto a melhor contextualização dos agravos abordados, realizar diagnóstico situacional regional, descrição das evidências científicas utilizadas, apresentar declaração de conflitos de interesse e o desenvolvimento de estratégias de avaliação e monitoramento. Evidenciou-se que os profissionais entrevistados não possuíam conhecimentos aprofundados sobre o processo de criação do instrumento em questão. Apontaram o mesmo como um veículo capaz de guiar a assistência prestada, garantir respaldo ético e legal e atualizar os profissionais. Para garantir a sua implantação no município os profissionais indicaram a necessidade de realizar diagnóstico situacional, melhorar a comunicação entre enfermeiros e gestão e potencializar processos de educação permanente.

Palavras-chave: atenção primária a saúde; enfermagem; protocolos clínicos; protocolos de enfermagem; atenção básica.

ABSTRACT

LIMA FILHO, Francisco Jaime Rodrigues de. The clinical nursing protocol in primary care in the state of Pernambuco from the perspective of nurses and managers. Dissertation (Master's in Family Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022

Clinical protocols are instruments that describe specific situations of assistance and/or care, in which the actions that must be carried out during this process are detailed, also pointing out who should carry them out and the way in which they should be developed. Although it is a requirement in health services that offer nursing care, as observed in the legal framework of Brazilian nursing councils, negligence is still observed regarding the development and implementation of clinical nursing protocols in the reality of many health services. In this sense, the present study aimed to evaluate the Clinical Nursing Protocol in Primary Care proposed by COREN-PE, from the perspective of nurses and managers of a municipality in the metropolitan region of Recife. This is a qualitative research of the evaluative case study type. The study's respondents were nursing professionals and health managers who worked in PHC, in addition to members of the state's Nursing Council. For data collection, documental analysis and interviews were carried out. As a method for data analysis, the Textual Discursive Analysis was used. Document analysis pointed to the need to improve the instrument in terms of better contextualization of the problems addressed, carry out a regional situational diagnosis, describe the scientific evidence used, present a declaration of conflicts of interest and the development of evaluation and monitoring strategies. It was evident that the professionals interviewed did not have in-depth knowledge about the process of creating the instrument in question. They pointed out the same as a vehicle capable of guiding the assistance provided, guaranteeing ethical and legal support and updating professionals. To ensure its implementation in the municipality, professionals indicated the need to carry out a situational diagnosis, improve communication between nurses and management, and enhance continuing education processes.

keywords: primary health care; nursing; clinical protocols; nursing protocols; basic attention.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS... ..	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 ENFERMAGEM, ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E INSTRUMENTOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM	;.....15
3.2 A ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE DO BRASIL.....	18
3.3 PRÁTICA PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES... ..	22
3.4 USO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.....	25
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	30
4.1 TIPO DE ESTUDO	30
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	30
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	31
4.4 COLETA DE DADOS	32
4.4.1 Análise documental	32
4.4.2 Entrevistas	33
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	34
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	35
5 RESULTADOS	38
5.1 O PROTOCOLO CLÍNICO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA À LUZ DOS DOCUMENTOS OFICIAIS SOBRE A TEMÁTICA.....	38
5.2 CONHECIMENTOS SOBRE O PROCESSO DE CRIAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DO COREN DE	

PERNAMBUCO.....	46
5.3 CONHECIMENTOS SOBRE O USO DO PROTOCOLO CLÍNICO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DO COREN-PE E OS SEUS BENEFÍCIOS PARA A PRÁTICA.....	47
5.4 APONTANDO MELHORIAS PARA O PROTOCOLO CLÍNICO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DO COREN-PE.....	49
5.5 PASSOS NECESSÁRIOS PARA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DO MUNICÍPIO CENÁRIO DO ESTUDO.....	50
5.6 FATORES QUE PODEM FACILITAR O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DO COREN-PE.....	53
5.7 FATORES QUE PODEM DIFICULTAR O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DO COREN-PE.....	54
6 DISCUSSÃO.....	56
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	71
APÊNDICE B - ROTEIRO-GUIA DE ENTREVISTA GESTORES.....	73
APÊNDICE C - ROTEIRO-GUIA DE ENTREVISTA ENFERMEIRAS.....	74
APÊNDICE D - ROTEIRO-GUIA DE ENTREVISTA COREN DE PERNAMBUCO.....	75
APÊNDICE E – RELATÓRIO TÉCNICO	76
ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA COREN DE PERNAMBUCO.....	105
ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA SECRETARIA DE SAÚDE DE PAULISTA.....	106

1 INTRODUÇÃO

Os cuidados primários em saúde se constituem como uma ferramenta assistencial que está baseada em métodos e tecnologias cientificamente comprovadas. Destinam-se a prestação de cuidados a indivíduos, famílias e comunidades de uma maneira pela qual esses sujeitos estão inseridos nesse processo de maneira ativa. É imprescindível que seja oferecida a um custo acessível para a sua manutenção perante o estado e seus governantes, que devem concebê-lo como um componente essencial do seu sistema nacional de saúde. Deve ainda se configurar como o eixo central das ações que são desenvolvidas nesse campo, tendo em vista que esse nível de atenção deve estar o mais próximo possível da população e representar a porta de entrada principal ao acesso a serviços de assistência a saúde.¹

Tal definição emerge da Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde, realizado em Alma Ata no ano de 1978, trazendo consigo um discurso no qual coloca a saúde como um direito universal e como um dever dos governos ao redor do mundo em ofertá-la a população. Cabe salientar que esse entendimento de saúde se inseriu em um contexto de cooperação internacional para o alcance dos anseios produzidos nessa conferência, que por entender essa temática de maneira integral e sistêmica, trazia apontamentos para além do campo da saúde, como por exemplo, nos contextos sociais e econômicos.²

Apesar do entusiasmo inicial, devido a constante e crescente crise global do capitalismo, observou-se um distanciamento do discurso de solidariedade e ajuda mútua para um cenário político que colocava a saúde delineada por uma lógica de mercado. O que culminou com diferentes formas de ver, pensar e instituir a Atenção Primária a Saúde (APS) entre as nações.^{2,3}

Uma agenda neoliberal ao redor do mundo colaborou nas décadas de 1980 e 1990 para uma compreensão da Atenção Primária a Saúde (APS) pautada em duas perspectivas. Uma na qual era visualizada como um componente tecnocrático essencial a resolução dos problemas de saúde que assolavam as populações e outra que via a necessidade de privatização dos serviços públicos, com o incremento nas parcerias público-privado e a redução do papel do estado como essencial para desenvolvimento social e econômico da população. De qualquer forma, Alma Ata é

considerada o marco para as discussões sobre APS no Brasil, influenciando, inclusive, o movimento de reforma sanitária.^{2,3}

Ainda sobre o contexto nacional atual, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), são considerados dois termos que se equivalem para designar esse nível de atenção a saúde, sendo eles: Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde. Para o Ministério da Saúde esse nível de atenção é responsável por prestar ações de saúde em nível individual, familiar e comunitário, visando promover saúde e prevenir doenças, sem negligenciar ações assistências a enfermidades já instaladas, reabilitação e vigilância a saúde. Tais ações devem ser direcionadas para uma população adscrita em um território específico e desenvolvidas por uma equipe multiprofissional qualificada.⁴ Existem discussões concernentes a essas terminologias, tendo em vista o escopo de ações e serviços prestados para a população brasileira. Ao passo que surgem dúvidas referentes ao fato de não ficar claro se o estado brasileiro oferta uma atenção primária a saúde de qualidade.

Ampliando a discussão sobre o contexto brasileiro, podem ser citados dois marcos históricos como fortalecedores da APS no país, sendo eles a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, que no ano de 2006 passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF). Tais iniciativas se configuraram como mecanismos para reorientar o modelo de atenção a saúde no país.⁵

O trabalho na APS por visar o estabelecimento de um cuidado integral, que visualiza os sujeitos inseridos em um contexto biopsicossocial para além da doença, necessita, conseqüentemente, do estabelecimento de equipes constituídas por diversos profissionais, detentores de conhecimentos e habilidades específicas. Desse modo, ao atuarem de maneira colaborativa, são capazes de aumentar a resolutividade desse nível de atenção e diminuir a procura pelos demais níveis do sistema de saúde.⁶

Salienta-se que, essa modelagem assistencial que valoriza o trabalho em equipe é capaz de melhorar o acesso universal aos serviços de saúde, a qualidade dos serviços prestados e aumentar a satisfação dos profissionais durante o processo. No entanto, para que se efetive, necessita de engajamento por parte dos envolvidos no cuidado, ou seja, dos profissionais da equipe de referência que podem e devem estar articulados com outros profissionais da rede de atenção e com os sujeitos receptores dos cuidados prestados.⁷

Segundo a pesquisadora e teórica de enfermagem Wanda de Aguiar Horta, a enfermagem compreende uma ciência e arte responsável por assistir ao indivíduo a família e a comunidade, no sentido de atender as suas necessidades humanas básicas, objetivando tornar esses sujeitos independentes dos cuidados de enfermagem quando possível, por intermédio do ensino do autocuidado. Atua ainda na orientação, ensino, supervisão e encaminhamento a outros profissionais de saúde, com vistas a manutenção da saúde dos sujeitos.⁸

Os trabalhadores da enfermagem ganham destaque no tocante a consolidação da APS no Brasil e no mundo, devido ao potencial inovador e versátil resguardado pela categoria. Esses profissionais estiverem presentes nas equipes desde os primórdios da criação de serviços de APS, como no caso dos PACS e PSF.⁹

A atuação dos profissionais de enfermagem nesse nível de atenção se configura de maneira complexa, devido ao amplo campo da APS, que exige competências para atuação junto a indivíduos, famílias e comunidades. Nessa perspectiva, verifica-se que esses trabalhadores possuem maior possibilidade de garantir autonomia profissional, uma vez que podem orientar seus cuidados por uma perspectiva integral dos sujeitos dos quais cuidam em seus diversos ciclos de vida. Para tanto, necessitam estruturar e fortalecer esse campo de atuação no sentido de contribuir com a mudança na lógica de atenção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁰

A efetivação desse espaço como um local onde esses profissionais podem atuar com maior autonomia está relacionada a conjuntura jurídica da profissão no decorrer das últimas décadas, que permitiram a expansão do seu escopo de atuação. Um dos principais marcos regulatórios que corroboram com essa afirmação é a lei 7.498 de 1986 que regulamenta a profissão no país e o decreto 94.406 de 1987, que regulamenta a lei anteriormente citada. Dentre outros assuntos, nesse arcabouço jurídico são estabelecidos os critérios para atuação dos enfermeiros dentro das equipes de saúde, permitindo-lhes realizar consultas de enfermagem que podem envolver a prescrição de medicamentos, solicitação de exames e realização de encaminhamentos desde que amparados por protocolos respaldados pelas instituições nas quais atuam. Tal medida foi crucial para o desenvolvimento da categoria na perspectiva da APS, uma vez que, permitiu a categoria autorregular-se dentro do sistema de saúde.¹¹

Pensando ainda em aprimorar a assistência de enfermagem prestada em

serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) lançou em 2009 a resolução 358, que versa sobre a obrigatoriedade de utilização do Processo de Enfermagem nos locais onde a assistência de enfermagem for prestada. Na realidade de serviços como a Estratégia de Saúde da Família esse instrumento é conhecido como Consulta de Enfermagem, possuindo cinco etapas sequenciais e interdependentes, que visam organizar a assistência prestada, potencializando o cuidado prestado a população, sendo elas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem.¹²

Nesse sentido, a consulta de enfermagem na APS pode delinear-se como um potente instrumento na assistência destinada a população, por permitir um cuidado de enfermagem autônomo e resolutivo, ao garantir de maneira oportuna diagnosticar problemas, planejar cuidados e intervir de maneira que objetive um cuidado integral, ao passo que também atua na perspectiva da prevenção e educação em saúde. Porém, para de fato alcançar tais anseios, essa ferramenta necessita que os profissionais estejam qualificados para o trabalho em equipe multiprofissional, conheçam a Rede de Atenção a Saúde (RAS) na qual atuam e tenham apoio da gestão em saúde para uma atenção respaldada legalmente.¹³

Acompanhando uma tendência recorrente em outros países, principalmente naqueles economicamente desenvolvidos, no Brasil, a discussão sobre Prática Avançada de enfermagem na APS tem ganhado destaque. Tal proposta visa aumentar as atividades que os profissionais de enfermagem podem exercer nesse nível de atenção, com o objetivo de melhorar o acesso aos serviços de saúde, diminuir o tempo de espera por atendimento e conseqüentemente impactar na resolutividade dos serviços. Nos países em que essa prática é comum, os profissionais que estão aptos a atuarem nessa perspectiva são aqueles que passaram por formações específicas, geralmente adquiridas em cursos de pós-graduação. Podem, nesse sentido, prescrever um maior número de medicamentos que necessitam de autorização especial, solicitar exames e dispositivos, realizar diagnósticos ou avaliações de saúde, referenciar e contra-referenciar usuários na rede de serviços e atuar como profissionais de referência nos serviços de saúde, principalmente para o primeiro contato com pacientes.¹⁴

Observa-se, nesse sentido, que os profissionais de enfermagem possuem na

APS um campo de atuação vasto que os permite ter maior liberdade de atuação e consequentemente tomar maior iniciativa para a resolução de problemas. Contudo, cabe salientar que para atuarem de maneira segura e respaldada em lei, devem guiar suas ações pautadas em protocolos clínicos estabelecidos e implementados pela gestão dos serviços de saúde, conforme preconiza a lei 7508 de 1986.¹⁵

Por definição, protocolos clínicos são instrumentos que descrevem situações específicas de assistência e/ou cuidado, nele estão pormenorizadas as ações que devem ser realizadas durante esse processo, apontando também quem deve realizá-las e a maneira pela qual devem ser desenvolvidas. Trata-se, portanto, de um guia para os profissionais conduzirem suas ações na prevenção, promoção e reabilitação em saúde.¹⁶

Verifica-se na literatura que o uso de Protocolos clínicos por profissionais de enfermagem garante uma assistência a saúde com maior segurança, garantindo maior satisfação por parte de profissionais e usuários.¹⁷ A adequação de protocolos clínicos a realidades locais são apontadas como essenciais e facilitadoras da prática nesse nível de atenção, por motivar a reflexão e a incorporação de uma assistência cientificamente respaldada.¹⁸

Salienta-se que a discussão sobre o uso de protocolos clínicos de enfermagem na APS tem ganhado força nos últimos anos, principalmente quando tais profissionais passaram a integrar a composição mínima das equipes de saúde da família, sendo cruciais para a execução de programas de saúde específicos, como os de saúde da mulher, controle da tuberculose e hanseníase, controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, entre outros.

Para tanto, o Conselho Federal de Enfermagem no ano de 2018 lançou as diretrizes para a criação de protocolos de enfermagem na atenção básica, no intuito de fomentar a discussão e encorajar estados e municípios a desenvolverem seus próprios protocolos. Tal fato evidencia uma maior preocupação com o exercício profissional de enfermagem na APS, no sentido de que ele seja ofertado de maneira segura e respaldada pela lei.¹⁹

Por sua vez, o Conselho de Enfermagem do estado de Pernambuco em 2019 lançou o Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica, com revisão no ano de 2020, cabendo a cada município do estado implantá-lo de acordo com as suas necessidades locais. No município cenário do presente estudo não existe um protocolo a ser seguido pelos profissionais da atenção básica, tampouco o município implantou

o que foi desenvolvido pelo conselho de classe do estado.

Assim, o cuidado de enfermagem nesse nível de atenção não possui o devido respaldo legal para muitas das ações desenvolvidas por esses profissionais. Além disso, as ações de saúde não são ofertadas de maneira uniformizada na realidade dos serviços do município. A falta de protocolos pode ocasionar dúvidas e angustias nos profissionais no tocante aquelas ações que podem ser desempenhadas por eles sem que sejam infringidos nenhum aspecto ético da profissão.

Salienta-se que, de acordo com evidências da literatura científica, verificam-se uma série de pontos positivos com a utilização de tais instrumentos na APS, tais como: diminuição do tempo de espera por atendimento, melhoria do acesso aos serviços de saúde, garantia de uma assistência a saúde segura e livre de erros, maior autonomia profissional, melhoria da comunicação, permite um cuidado integral e aumento da resolatividade da APS.^{17,20,21,22,23}

Contudo, percebe-se que boa parte dos municípios brasileiros não adequam ou implantam protocolos clínicos de enfermagem para uso na APS, o que distancia a população de uma assistência de enfermagem que leve em consideração o que é preconizado pelas leis que regulam a profissão. Desse modo, o presente estudo teve como questão de pesquisa: **Como enfermeiros e gestores de um município da região metropolitana de Recife (RMR) avaliam o Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica desenvolvido pelo COREN de Pernambuco?**

Nesse sentido, a presente pesquisa visa lançar um olhar crítico sobre o protocolo clínico de enfermagem na atenção básica desenvolvido pelo COREN de Pernambuco, almejando a possibilidade de contribuir com o aperfeiçoamento em futuras edições do mesmo, advindo do conhecimento que foi capitado dos profissionais da atenção primária que faziam uso do mesmo.

O estudo tinha como pressupostos que:

1) Os profissionais de enfermagem e gestores possuíam conhecimentos e percepções diversas sobre o uso do protocolo clínico de enfermagem na atenção básica, na realidade dos serviços.

2) Os profissionais de enfermagem acreditavam que tal recurso deveria ser mais valorizado em seus cotidianos, embora alguns enfermeiros não fizessem uso desse instrumento de maneira rotineira.

3) Profissionais de enfermagem e gestores teriam a compreensão desse protocolo como um potencializador da assistência a saúde na atenção primária, e

apontariam sugestões para melhorias no instrumento capazes de otimizar seu uso na realidade dos serviços.

4) Alguns fatores que que facilitariam o processo de implantação do protocolo na APS seriam: a articulação e colaboração entre gestão e enfermeiras (os), a realização de educação continuada e o estabelecimento de parcerias entre serviços de saúde e o Conselho de enfermagem.

5) Dentre os fatores que poderiam representar empecilhos para sua efetivação, seriam: o grande quantitativo de atribuições que a enfermagem detêm nesse nível de atenção, a não colaboração entre profissionais e gestão e o não investimento de recursos para qualificação dos mesmos.

6) Os profissionais apontariam o aumento da satisfação profissional e dos usuários, melhoria do acesso aos serviços de saúde, assistência de enfermagem respaldada e livre de erros, entre outros.

Tendo em vista que a enfermagem tem representado avanços para a consolidação da atenção primária a saúde brasileira, por orientarem sua prestação de serviços em uma perspectiva que valoriza os preceitos do SUS, como a integralidade da atenção, longitudinalidade do cuidado, adesão aos serviços de saúde, melhoria do acesso as ações de saúde, melhoria do vínculo, entre outros, torna-se necessário produzir evidências científicas acerca dos limites e possibilidades que a prática de enfermagem, principalmente aquela pautada em protocolos, pode representar de melhorias para a população.^{24,25,26,27}

Com a divulgação desse estudo vislumbra-se a possibilidade de Incentivar a discussão, utilização e implantação do protocolo clínico no local cenário do estudo, contribuindo com uma assistência de enfermagem respaldada e baseada em evidências científicas de boa qualidade, guiando-se, conseqüentemente pelo diagnóstico criado a partir das percepções dos profissionais de enfermagem do município que serão participantes do estudo.

Por fim, vislumbra-se contribuir com as evidências científicas acerca do uso de protocolos clínicos por profissionais de enfermagem na atenção primária a saúde, apontando os benefícios do seu uso nesse nível de atenção.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica proposto pelo COREN-PE, na perspectiva dos enfermeiros e gestores de um município da Região Metropolitana de Recife.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Contextualizar o processo de desenvolvimento do Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica proposto pelo COREN-PE;
2. Caracterizar o conhecimento que gestores e enfermeiras detêm sobre o uso deste protocolo na atenção básica;
3. Identificar os benefícios do uso deste protocolo na perspectiva dos sujeitos do estudo;
4. Descrever os fatores que facilitam ou representam obstáculos para uma implantação deste protocolo na atenção básica do SUS em um município da região metropolitana de Recife.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ENFERMAGEM, INSTRUMENTOS ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E BÁSICOS DE ENFERMAGEM

A enfermagem diz respeito a uma ciência e arte relacionada ao ato de assistir o ser humano no tocante as suas necessidades humanas básicas. Torna-se responsável conseqüentemente, por recuperar, manter ou promover saúde junto a outros profissionais de saúde. Visa, concomitantemente, a necessidade de tornar os indivíduos independentes da sua assistência por intermédio do ensino do autocuidado.⁸

Sob um ponto de vista filosófico, a enfermagem pode ser compreendida em três dimensões: o ser-enfermeiro, o ser-cliente ou paciente e o ser-enfermagem. O ser-enfermeiro corresponde ao ser humano que foi dotado de conhecimentos, habilidades e formação em enfermagem, detendo, portanto, o direito e cuidar de gente, de seres humanos. Em contrapartida, o ser-cliente ou paciente, contempla os indivíduos, famílias ou comunidades que necessitam dos cuidados do ser- enfermeiro. Do encontro entre o ser-enfermeiro e o ser-cliente, permeado pelas trocas de experiências, percepções e ações, surge o ser-enfermagem, que tem como objeto de interesse o atendimento as necessidades humanas básicas.⁸

Por conseguinte, por assistência de enfermagem entende-se o ato de fazer pelo ser humano (entendendo esse termo como indivíduo, família ou comunidade) aquilo que por determinado motivo o mesmo não consegue realizar. Trata-se de auxiliá-lo quando não consegue cuidar de si próprio, orientar, ensinar, supervisionar ou orientar a outro profissional de saúde quando necessário.⁸

Em determinadas situações de adoecimento, quando os indivíduos apresentam limitação do conhecimento acerca das suas necessidades humanas básicas, cabe aos profissionais de enfermagem realizar essa leitura para então prover cuidados rumo a reabilitação dos sujeitos.²⁸

Ampliando a discussão sobre a enfermagem em um contexto de equipe de saúde, salienta-se que essa categoria responsabiliza-se pelo cuidado para com o equilíbrio do ser humano, mantendo-o, prevenindo ou revertendo desequilíbrios no tempo e no espaço. Esse fazer está pautado em conhecimentos e técnica alicerçadas em princípios científicos das ciências físico-químicas, biológicas e

psicossociais.⁸

Importante salientar que, apesar de pela sua própria natureza a enfermagem estar envolvida na maioria das vezes na assistência do ser humano quando enfermo, o seu cuidado destina-se ao ser humano e não a sua doença ou desequilíbrio, mais especificamente ao suprimento das necessidades humanas básicas decorrentes das respostas ao processo saúde-doença. Para que seja desenvolvida de maneira efetiva, a assistência de enfermagem carece que o seu desenvolvimento metodológico esteja pautado no método científico, apontado por Horta como processo de enfermagem.⁸

Por Processo de enfermagem, Horta (1979), compreende a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas que visam o cuidado do ser humano. De acordo com a autora esse instrumento está dividido em seis etapas, sendo elas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico. O histórico de enfermagem diz respeito a um roteiro sistematizado para coleta de informações sobre as pessoas foco do cuidado. A segunda etapa, diagnóstico de enfermagem, corresponde a identificação das necessidades humanas básicas que precisam ser supridas pela equipe de enfermagem. A terceira etapa, plano assistencial, compreende a determinação da assistência global de enfermagem que o sujeito foco do cuidado deve receber, em seguida, dá-se a prescrição de enfermagem que corresponde a implementação do plano desenvolvido na fase anterior. As duas últimas etapas destinam-se a avaliar e acompanhar as repercussões que o cuidado desenvolvido causa na vida das pessoas assistidas, a evolução de enfermagem relaciona-se ao relato diário das mudanças que ocorrem com os pacientes, o prognóstico, por outro lado, mede a capacidade do indivíduo, família, ou comunidade atender as suas próprias necessidades humanas.⁸

A resolução 358 de 2009 do Conselho Federal de Enfermagem, que dispõe sobre a implementação da sistematização da assistência de enfermagem em serviços de saúde, influenciado pela teoria de Horta (1979), evidencia que o processo de enfermagem possui cinco etapas, sendo elas: coleta de dados ou histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem.^{8,12}

A literatura aponta que com a utilização de tal instrumento, alicerçado pela teoria desenvolvida por Horta (1979), os profissionais de enfermagem passam a ser capazes de ofertar uma assistência a saúde de melhor qualidade, tendo em vista que passam a utilizar uma base teórica reconhecida cientificamente. Assim os cuidados

prestados são otimizados, podendo garantir intervenções desnecessárias e menor número de intercorrências.²⁹

Para além de pensar em um método para organização da assistência de enfermagem, essa teórica fundamentou os chamados instrumentos básicos, que compreendem as habilidades, conhecimentos e atitudes que são necessários para o desenvolvimento da assistência de enfermagem de qualidade. O primeiro instrumento apontado por Horta é a comunicação, habilidade essencial para o desenvolvimento da assistência de enfermagem, tanto no sentido da relação que deve ser estabelecida com o sujeito foco do cuidado, como com a comunicação entre enfermeiras e outros membros da equipe de saúde. A autora também inclui como instrumento o método científico, capaz de fundamentar o trabalho e o papel da enfermagem, validando o seu desenvolvimento. Associado a esse último, encontramos a destreza manual e a habilidade psicomotora, que juntos fornecem a enfermagem autonomia e capacidade de julgar o melhor planejamento possível para a sua clientela. Para alcançar os demais instrumentos, cabe ainda à enfermagem dominar a habilidade da observação, apontada pela autora como um domínio que vai além de verificar aquilo que é visível ou palpável, mas também estar sensibilizado para compreender aquilo que não está explícito, que deve ser decodificado para guiar as ações dos profissionais. Por enxergar o cuidado como algo complexo e que não pode ser estabelecido de maneira isolada, a autora aponta o trabalho em equipe como um instrumento também essencial ao desenvolvimento da enfermagem. Por fim, para que esse cuidado em questão seja tomado de maneira contínua e coerente, dois outros instrumentos são essenciais para Horta, sendo eles o planejamento e a avaliação, devendo os mesmos ser registrados e servirem de base para operacionalização do processo de enfermagem, ou seja, do cuidado desenvolvido por esses profissionais.^{8,30}

Importante salientar que as contribuições da autora em questão com a sua teoria das necessidades humanas básicas ajudaram a consolidar a enfermagem enquanto ciência alinhada às ciências humanas e biológicas, para além de uma área do conhecimento pautada apenas em procedimentos. Com o estímulo à produção do conhecimento a partir da sua teoria observou-se aumento da produção científica acerca da arte de cuidar da enfermagem, organização do cuidado a partir da sistematização da assistência de enfermagem, além da valorização do julgamento clínico a partir da ciência desenvolvida por enfermeiras.³¹

3.2 A ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE DO BRASIL

Em estudo desenvolvido com enfermeiros, gestores, assistentes sociais e profissionais da educação, investigou-se como as práticas profissionais de enfermeiras (os) contribuem com a melhoria do acesso aos serviços de saúde na atenção básica em cenários de extrema pobreza. Verificou-se que esses profissionais se percebem comprometidos com o enfrentamento das iniquidades sociais, viabilizada a partir da realização de acolhimento, instauração de uma assistência humanizada e integral, além de estarem envolvidos com melhorias estruturais nos seus locais de atuação, o que pode minimizar as barreiras de acesso aos usuários.³²

A enfermagem configura-se como uma categoria com um olhar político para as situações adversas dos territórios em que a extrema pobreza se faz presente, são, portanto, peças-chave na reorientação das políticas de saúde no SUS. Ao ocupar locais de liderança nesse nível de atenção, desenvolvendo atividades administrativas e assistenciais, desempenham ações em processos de reflexão e promoção de cuidados integrais junto a populações em situação de vulnerabilidade social, podendo orientar o seu fazer cotidiano de acordo com os determinantes sociais da saúde. Devem, portanto, ter seu olhar sobre essas realidades valorizado, uma vez que, podem agir como uma ferramenta potente para diminuição das causas das iniquidades sociais, das disparidades de acesso e cobertura da atenção à saúde.³²

Ainda no que concerne aos espaços de liderança que ocupam na APS, os profissionais de enfermagem, de acordo com estudo desenvolvido por Lanzoni, Meirelles e Cummings³³, enxergam tais espaços como os meios pelos quais se torna possível organiza e qualificar a assistência à saúde dos usuários. Ainda de acordo com a pesquisa, seus respondentes acreditam que a prática da liderança pode ser encarada em dois níveis distintos, um no qual corresponde a uma característica inerente aos indivíduos e outro em que essa habilidade pode ser desenvolvida através de processos formativos. O liderar desses profissionais pode estar ainda influenciado por questões relacionadas as características do sistema de saúde, como a organização dos serviços, presença ou ausência de recursos, aspectos políticos, entre outros.

Em situações de saúde adversas, como a pandemia causada pelo vírus da COVID-19, os profissionais de enfermagem podem desenvolver papéis de liderança frente as equipes de saúde na APS, como evidenciado em estudo desenvolvido por

Rios, et al³⁴ em uma cidade do sul do estado da Bahia. Os profissionais entrevistados foram protagonistas no estabelecimento de fluxos de atendimento, organização dos serviços para continuidade da assistência durante a pandemia, a exemplo do desenvolvimento de atividades que visavam garantir insumos básicos para prestação de cuidados, como os equipamentos de proteção individual para a equipe de saúde, além de desenvolverem atividades educativas para incentivar medidas e cuidados visando diminuir a propagação da doença junto a população.

Aprofundando a discussão acerca das atividades educativas e de promoção da saúde desenvolvidas por profissionais de enfermagem na atenção básica e como elas podem representar melhorias no processo saúde-doença dos indivíduos, Piovasan et al³⁵, apontam que para além de prevenir doenças, tais ações podem representar para os profissionais uma estratégia para a transformação socioambiental e a melhoria da cidadania junto as comunidades assistidas. Desse modo, são capazes de estabelecer um elo entre a equipe de saúde e a população que necessita de acesso a informação sobre assuntos pertinentes a saúde.

Por sua vez, em estudo desenvolvido para analisar o conhecimento de enfermeiros e enfermeiras sobre promoção da saúde, os autores evidenciam que os profissionais participantes do estudo apesar de não conseguirem conceituar adequadamente essa temática, eram reconhecidos como principais incentivadores de práticas de promoção da saúde dentre os membros das equipes de APS. Nesse estudo foram ainda apontados como os que mais se responsabilizaram por ações de educação em saúde e conseqüentemente por atuarem no fortalecimento de vínculo entre usuários e as equipes de saúde.³⁶

A enfermagem também contribui com ações educativas na APS destinadas a grupos específicos como aquelas pertinentes a saúde da mulher e da criança. Higashi et al³⁷ em seu estudo apontam que as ações educacionais desenvolvidas junto a mulheres no ciclo gravídico-puerperal são capazes de impactar positivamente na adesão ao aleitamento materno exclusivo, uma vez que podem ser capazes de diminuir a influência social que estimula a descontinuação dessa prática.

Para além das ações educativas desenvolvidas com esse público, a assistência de enfermagem pode assumir um papel protagonista no acompanhamento do pré-natal de risco habitual na APS, tendo em vista que podem despertar maior sentimento de satisfação nas gestantes acompanhadas durante esse processo.

Tal fato pode estar justificado por alguns fatores apontados por essas usuárias com relação ao cuidado de enfermagem, como a maior abertura para o diálogo durante as consultas e o estabelecimento de uma relação de confiança entre as partes.³⁸

Corroborando com esses achados, Bartoli et al³⁹, apontam que o cuidado integral prestado por profissionais de enfermagem durante as consultas de pré-natal na APS evidencia-se ao passo que os mesmos se colocam a disposição para sanar dúvidas e enseios apresentados durante um processo de escuta ativa e qualificada das gestantes. A partir do estudo, torna-se claro que o acolhimento realizado pela enfermagem contribui para o estabelecimento de vínculo com as gestantes, o que possibilita a continuidade do acompanhamento e uma maior satisfação dos profissionais e das usuárias.

Por assumirem esse cuidado integral e mais próximo as gestantes, são também essenciais na identificação de fatores que podem colocar em risco a segurança das mulheres e seus conceitos, como nas situações de violência domiciliar. A identificação de tais situações por intermédio do acolhimento e da escuta qualificada permite aos profissionais de enfermagem instaurar medidas que podem melhorar o enfrentamento aos casos, como os encaminhamentos a serviços especializados e as equipes de apoio a saúde da família, como também a discussões em equipe para corresponsabilização dos casos.⁴⁰

Pensando na perspectiva da longitudinalidade do cuidado na APS ainda no contexto do cuidado materno-infantil, Siegal et al⁴¹ contribuem ao evidenciar que a consulta de enfermagem em puericultura pode proporcionar uma assistência qualificada as crianças e os seus familiares. Tendo em vista o cuidado integral que podem desenvolver, esses profissionais conhecem de maneira pormenorizada o histórico de saúde desses usuários, o que pode garantir melhoria do vínculo junto as equipes de saúde e conseqüentemente a realização de orientações adequadas e oportunas durante o desenvolvimento e crescimento infantil.

A longitudinalidade do cuidado proporcionada pela enfermagem nesse nível de atenção pode ainda ser concebida na perspectiva da atenção aos agravos crônicos a saúde. Miotello et al⁴², em seu trabalho desenvolvido na região Sul do país, destaca que a enfermagem pode atuar na consolidação da longitudinalidade do cuidado a pessoas vítimas de doença arterial coronariana. Sendo eles os responsáveis pelo acolhimento dessa demanda nos serviços de APS da região, atuando na identificação e na resolução das demandas apresentadas, como nas situações que envolvem a

necessidade de consultas médicas, realização de exames laboratoriais, encaminhamentos e visitas domiciliares. Contribuem com o acompanhamento e monitoramento desses indivíduos, além de incentivarem a discussão desses casos dentro das equipes de saúde.

Nas situações de acompanhamento a usuários com transtornos mentais, a consulta de enfermagem na APS pode contribuir com a melhoria do vínculo e consequentemente impactar no acompanhamento longitudinal desses indivíduos. Em pesquisa desenvolvida na cidade de Florianópolis (SC), percebeu-se que os profissionais de enfermagem organizam o atendimento a essa clientela de duas maneiras, pela demanda espontânea e a programa. Na modalidade demanda espontânea, cuja necessidade envolva saúde mental, empreende-se um processo de acolhimento pautado na escuta qualificada, empatia e respeito. Ao identificar que há necessidade de acompanhamento, é agendada a consulta de enfermagem voltada à saúde mental como estratégia de retorno.⁴³

Medidas para incentivar a continuidade e adesão ao tratamento de situações crônicas são empregados pelos profissionais de enfermagem durante a realização de suas consultas na APS, a exemplo da Sistematização da Assistência de enfermagem, que no estudo desenvolvido por Lana, Lanza e Cortez⁴⁴ em uma cidade do estado de Minas Gerais, evidenciou que o uso dessa ferramenta pode ser útil no incentivo a adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso de usuários com hipertensão arterial sistêmica. Aqueles indivíduos que tiveram acesso a uma assistência de enfermagem sistematizada também apresentaram melhorias nos aspectos relacionados a diminuição do peso e do IMC.

De maneira semelhante, estudo desenvolvido em Florianópolis (SC), contribui ao apontar como o uso de protocolos clínicos de enfermagem e ferramentas para a sistematização da assistência de enfermagem podem contribuir com a qualificação do cuidado prestado a população na APS. Com tais insumos, os profissionais de enfermagem são capazes de aumentar a resolutividade nesse nível de atenção, pois com o uso dos insumos anteriormente citados pautam a realização do seu fazer cotidiano na criação de vínculos de confiança com indivíduo, famílias e comunidade.⁴⁵

Ainda no que concerne a qualificação dos cuidados de enfermagem na APS, em estudo de Peduzzi et al⁹, os autores buscaram analisar como a ampliação da prática clínica dessa categoria tem contribuído com a atenção interprofissional na perspectiva da estratégia saúde da família. Segundo os pesquisadores, ao ampliar o

escopo de atuação desses profissionais torna-se possível contribuir com o acesso universal e com a melhoria da qualidade da APS. Eles estão ainda envolvidos com a melhoria na tomada de decisão das equipes, pois são responsáveis pela articulação na busca de informações e no compartilhamento das mesmas com os demais membros da equipe.

Achados semelhantes também foram encontrados em estudo desenvolvido com acadêmicos de enfermagem da cidade de Montes Claros (MG), que foram indagados quanto as percepções acerca do exercício de enfermagem na APS. Segundo os respondentes desse estudo, a enfermagem nesse nível de atenção possui maior autonomia para exercer seu ofício e garantir melhorias na qualidade de vida da população. Apontaram ainda que estratégias mais eficazes e resolutivas desempenhadas na APS são possibilitadas devido ao caráter articulador e interdisciplinar que estabelecem dentro das equipes em que atuam.⁴⁶

Para Slongo et al⁴⁷, além de assumirem a função de profissionais articuladores dentro das equipes que fazem parte, contribuindo com o trabalho colaborativo em saúde, no intuito de sanar problemas dos usuários, como os problemas de pele, tal categoria assume papel importante no acolhimento de demandas que são sensíveis ao seu exercício profissional, como o tratamento de feridas. Ouvindo, entendendo, tratando e referenciando a outros profissionais quando necessário.

3.3 PRÁTICA PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES.

Para que ocorra de maneira efetiva e com qualidade, os serviços de atenção primária a saúde devem dispor de equipes multiprofissionais para atendimento da população nas suas mais diversas necessidades, principalmente em um contexto epidemiológico no qual estamos inseridos atualmente, onde se percebe aumento do envelhecimento populacional. Portanto, percebe-se que a qualidade da assistência nesse nível de atenção está proporcionalmente ligada ao quanto as equipes de saúde estão completas e diversificadas. Ou seja, se elas possuem em seu quadro de colaboradores médicos (as), enfermeiras (os), técnicos (as) de enfermagem, odontólogas (os), técnicos (as) em saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde.⁴⁸

Devido ao seu caráter multiprofissional, que valoriza o trabalho em equipe, percebe-se a necessidade de um profissional que seja capaz de integrar as ações

desenvolvidas no seio dessa estrutura de trabalho. Nesse sentido, os profissionais de enfermagem ganham destaque, por ocuparem historicamente esse posto nos serviços de atenção primária e serem capazes de gerir as equipes, resolver conflitos e tomar decisões em conjunto, o que contribui para transformação do seu trabalho e das pessoas que estão a sua volta.⁴⁹

No entanto, verifica-se que a associação de inúmeras atribuições destinadas a essa categoria profissional nesse nível de atenção, como as atividades assistenciais e as administrativas, podem ocasionar um sentimento negativo e de fragilidade, tendo em vista que esses sujeitos podem se sentir sobrecarregados e distanciados daquelas atividades que o caracterizam como profissionais da enfermagem.⁵⁰

Nesse sentido, Lucas e Nunes⁵¹, chamam atenção para a preocupação em garantir melhorias no que chamam de Ambiente da Prática de Enfermagem (APE) na Atenção Primária. Segundo os autores, o APE corresponde aos locais onde a assistência de enfermagem se processo na realidade dos serviços, locais esses que devem ser pensados para garantir melhorias a prestação de cuidados a população. Na perspectiva da APS, verificam-se evidências científicas que demonstram que APEs podem contribuir para uma prática de enfermagem livre de erros, com aumento da satisfação profissional, diminuição do adoecimento dos profissionais e melhor organização dos serviços de saúde.

Para alcançar melhorias na gestão do trabalho em enfermagem e saúde na atenção básica, autores apontam a necessidade de diminuir a burocracia e os entraves da gestão pública, a sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem e a precária cobertura da APS que assola o país. O alcance da superação desses problemas está relacionado ao desenvolvimento de estratégias de planejamento correlacionadas a realidade local de cada serviço.⁵²

Apesar das adversidades, os profissionais de enfermagem encontram na APS um local propício ao desenvolvimento de uma assistência de enfermagem autônoma e resolutiva. A consulta de enfermagem desenvolvida nesse nível de atenção pode garantir uma assistência a saúde de maneira integral e baseada em evidências científicas, principalmente quando ancorada em recursos como os protocolos clínicos e a sistematização da assistência de enfermagem, o que culmina na melhoria da qualidade da assistência prestada.⁴⁵

Verifica-se que a figura dos profissionais de enfermagem tem ganhado destaque no tocante a sua atuação na atenção primária. Já se percebe a nível

internacional uma discussão sobre práticas avançadas em enfermagem, no intuito de garantir aumento no escopo de atuação desses indivíduos, objetivando melhorar o acesso da população aos serviços de saúde. Trata-se de permitir que profissionais devidamente preparados sejam capazes de diagnosticar doenças, indicar condutas terapêuticas e atuarem como referência nesse nível de atenção. Estudiosos da área apontam como questões cruciais para efetivação dessa prática em território nacional o desenvolvimento de pesquisas na área, adequação da proposta de acordo com as diversas realidades do país e apoio ao fortalecimento dessa prática por parte dos órgãos que representam essa classe.⁵³

Outros autores corroboram com a ideia de que a atuação mais autônoma da enfermagem nesse nível de atenção pode aumentar a resolutividade da APS, fortalecer as equipes de ESF e permitir aumentar o acesso da população, porém, é essencial que se compreenda a liderança da enfermagem como primordial para desenvolvimento desse cenário, com real empenho em transformá-lo em realidade pelos profissionais e as gestões municipais.⁵⁴

No contexto atual da APS, verifica-se com iniciativas governamentais espaços contraditórios, um cenário que dificulta a atuação dos profissionais nesse nível de atenção. O Previner Brasil, programa que visa reestruturar o financiamento a saúde no país, propõe uma pasta de modificações que são apontadas por especialistas como veículo para precarizar a atenção a saúde e atuação de profissionais, que precisam se adaptar a nova realidade.⁵⁵

A enfermagem pode contribuir com o alcance de indicadores preconizados por esse programa, muito embora perceba-se uma priorização de números em detrimento de uma maior qualidade da atenção a saúde. Além do mais, aponta-se para a possibilidade de afastar-se de princípios que norteiam a prestação de cuidados primários, saindo de uma lógica que encara as pessoas de um ponto de vista integral e inserido em contextos sociais para uma lógica de cuidado que se torna redutível e pontual, lançando um olhar para seguimentos específicos da sociedade, como gestantes, doenças crônicas e saúde da criança, negligenciando outras estratégias de cuidado tão importantes quanto.⁵⁶

Assim, apontado como um mecanismo para distanciar o sistema de saúde brasileiro do seu princípio da universalidade, uma vez que valoriza a focalização e neoseletividade da cuidado em saúde, cabe aos profissionais e gestores refletir as práticas em busca de meios que superem essas problemáticas, como novos métodos

de educação permanente dos serviços, que coloque em uma posição central uma visão crítica e reflexiva dos profissionais, para que pensem em estratégias eficientes para prestação de cuidados.^{57, 58}

3.4 USO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Em estudo desenvolvido no Distrito Federal para implantação do projeto AcolheSUS, os estudiosos verificaram modificações significativas no processo de trabalho de equipes de Saúde da Família. Um dos componentes da proposta correspondia a implantação de protocolos clínicos que poderiam ser utilizados por profissionais de enfermagem. A partir de então, verificou-se que tais profissionais passaram a ter protagonismo e autonomia no atendimento de demandas específicas como pré-natal, puericultura, hipertensão arterial e diabetes. Além disso, percebeu-se que o uso de tais instrumentos orientam a prática clínica de acordo com os níveis de complexidade, coordenando o cuidado prestado pautando-se em uma lógica de classificação de risco e não como uma simples triagem.⁵⁹

Em estudo de Kahl; et al²³, enfermeiras (os) da APS apontaram os protocolos clínicos como uma ferramenta capaz de auxiliar as consultas de enfermagem. Ao serem implantados, os profissionais tiveram respaldo legal para desenvolvimento de atividades como a prescrição e renovação de receitas, rastreio e diagnóstico de doenças, além da indicação segura de condutas apropriadas, tudo isso de uma maneira unificada e fundamentada em evidências científicas.

Além do respaldo ético e legal que o uso de protocolos clínicos garantem aos profissionais de enfermagem, seu uso na APS também está associado a um maior sentimento de autonomia por parte dos mesmos. Embora as vezes percebido como um fator que engesse a prática profissional, autores apontam que esses instrumentos foram capazes de diminuir a subordinação da enfermagem a outras categorias profissionais.⁶⁰

De acordo com as percepções dos profissionais que atuam nesse nível de atenção, a falta de um protocolo clínico que oriente a prática no cotidiano das equipes pode inviabilizar a realização do acolhimento a demanda espontânea com uma adequada classificação de risco, impactando de maneira negativa o processo de trabalho e assistência.⁶¹

Corroborando com o achado do estudo anteriormente citado, pesquisa desenvolvida na APS da Espanha em unidades de saúde que utilizavam o Gerenciamento da Demanda de Enfermagem (GEDU), demonstrou melhoria da satisfação de usuários e profissionais no tocante a classificação e ao atendimento de urgências nesse nível de atenção. Com os protocolos desenvolvidos para uso durante essa estratégia de atendimento, as enfermeiras são as primeiras a terem contato com usuários em situação de urgência, sendo capazes de classificar seu risco, resolver os problemas identificados a depender da complexidade ou orientar ao atendimento médico. O uso desse instrumento provou-se eficiente na realidade dos serviços, uma vez que, possibilitou redução no tempo de espera por atendimento.²⁰

Em estudo desenvolvido no Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra, pesquisadores também evidenciaram um aumento no escopo de funções dos profissionais de enfermagem a partir do uso de protocolos clínicos. A proposta implementada no país incluía a premissa da gestão de caso clínico, onde o cuidado é pensado em uma perspectiva de integralidade dos sujeitos, exigindo um esforço conjunto das equipes de saúde. Com o uso do protocolo os profissionais de enfermagem passaram a ter maior impacto no cuidado de pessoas com doenças crônicas, como no caso de diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão e outros problemas cardíacos. Os autores apontam pontos positivos para os usuários dos serviços, como a melhoria do acesso, da comunicação, da integralidade, aumento no tempo de consulta e maior adesão terapêutica. Os profissionais, por sua vez, apontam como pontos positivos o aumento da competência profissional, aquisição de novos conhecimentos e maior reconhecimento. Já para o sistema de saúde existem evidências que apontam para uma redução de custos com internamentos e cuidados hospitalares.²²

Outro fator que recorrentemente está associado aos benefícios do uso de protocolos clínicos por profissionais da APS, dentre eles os de enfermagem, diz respeito ao aumento da cultura de segurança do paciente no cuidado em saúde. Evidências na literatura indicam que os trabalhadores desse nível de atenção demonstram maior confiança e segurança na tomada de decisão em situações de urgência e emergência na atenção básica quando as mesmas são guiadas por protocolos clínicos.¹⁷ Quando implantadas, tais ferramentas facilitam o atendimento dos usuários pelas equipes de saúde, ao passo que ordenam a prestação de cuidados, principalmente quando são construídos pautando-se nas peculiaridades da

clientela dos serviços de saúde.⁶²

O desenvolvimento de protocolos clínicos de maneira que pense nas realidades locais da população também foi um fator potencializador da prática clínica percebido em um estudo desenvolvido no estado do Rio de Janeiro. Nessa pesquisa os autores perceberam que os profissionais que participaram do desenvolvimento dos protocolos de enfermagem regionais demonstraram maior motivação durante o processo, devido a construção coletiva e a troca de experiências proporcionada pela ação. A regionalização dos protocolos permitiu pensar em estratégias para solucionar problemas corriqueiros nos seus territórios de atuação, o que favoreceu a legitimação da assistência de enfermagem nesse nível de atenção.¹⁸

Um dos quesitos mais recorrentes com relação ao uso de protocolos clínicos diz respeito a prescrição de medicamentos por profissionais de enfermagem. Em pesquisa desenvolvida para caracterizar a prescrição por esses profissionais da atenção básica, Martiniano; et al⁶³, realizaram análise documental dos protocolos existentes no período e evidenciaram que na maioria dos mesmos não existia a exigência de pré-requisitos mínimos para a indicação terapêutica utilizando medicamentos, com exceção do protocolo de Atenção Integral das Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) e o de tratamento para tuberculose. O diagnóstico pode ser estabelecido por esses profissionais nos protocolos de nutrição infantil, pré-natal, tuberculose e Infecções Sexualmente transmissíveis. Nos de Diabetes, hipertensão, câncer de colo do útero e mama, são de exclusividade do médico. Percebe-se, então, que o nível de independência do enfermeiro varia conforme o agravo a saúde em questão.

Ampliando a discussão sobre o uso de protocolos clínicos destinados ao cuidado de grupos específicos na APS, verifica-se que os mesmos ao serem utilizados por profissionais de enfermagem na atenção a saúde da mulher, possuem potencial para garantir cuidado integral.

O uso desses instrumentos têm sido apontado como um dos fatores que facilitam a atenção ao pré-natal de baixo risco na atenção básica, já que, os mesmos orientam a solicitação de exames laboratoriais e de imagem, prescrição medicamentosa e a realização de referência para outros níveis de atenção pelos profissionais de enfermagem de uma maneira que lhes traz respaldo legal e permite um cuidado em saúde com maior segurança e resolutividade.³⁹. Consequentemente

o uso de protocolos clínicos pode potencializar a assistência pré-natal nesse nível de atenção, uma vez que permite uma ação da enfermagem mais autônoma e liberta. Ao ficar em maior evidência, o profissional desenvolve a possibilidade de aumentar o vínculo estabelecido com as usuárias atendidas nos serviços, permitindo melhorias no processo de trabalho e continuidade da assistência.²¹

Evidências científicas sobre o uso dessa ferramenta no cuidado em saúde da mulher apontam que os profissionais o percebem como item fundamental para uma assistência a saúde de maneira efetiva. França³² aponta que, por mais que os profissionais apresentem dificuldades em compreender e utilizar os protocolos destinados a saúde da mulher é por meio deles que os mesmos compreendem a real necessidade e importância de dedicar tempo a esse tipo de atenção.

De maneira semelhante, Farias e Barbieri⁶⁴, apontam que a falta de protocolos clínicos e fluxos assistenciais bem definidos pode impactar de maneira negativa na prestação de cuidados a saúde sexual e reprodutiva de mulheres. Os autores alertam ainda que a qualidade da organização da rede de serviços para atender essas demandas está diretamente ligada ao grau de organização dos serviços em ofertar educação permanente aos seus profissionais, estabelecer protocolos assistenciais e definir linhas de cuidado assistenciais.

Outros pesquisadores afirmam a necessidade de definição de protocolos em situações mais específicas de adoecimento dessa população. Como no caso da identificação e tratamento precoce da depressão pós-parto.⁶⁵

A atenção destinada a saúde da criança também merece destaque com relação a utilização de protocolos clínicos na APS. Em experiência desenvolvida em Foz do Iguaçu, no Paraná, pesquisadores apontam como quesito essencial para o cuidado a saúde de crianças com necessidades especiais uma maior periodicidade de visitas domiciliares; atenção programada a CRIANES e suas famílias; protocolos de atendimento; e intercâmbio com a escola. O uso de protocolos foi citado no intuito de organizar a atenção e estratificar os usuários de acordo com as demandas que apresentam.⁶⁶

Nas demandas relacionadas a violência infantil e a ideação suicida nessa faixa etária também são apontadas pelos profissionais da enfermagem como situações que exigem uso de fluxos e protocolos. A falta desse instrumento pode despertar nesses profissionais sentimentos de falta de preparo para agir nessas situações quando encaradas no nível de atenção primária a saúde.^{67,68}

Os protocolos de saúde na atenção a criança assistida na APS funcionam como balizadores da prática de enfermagem, muito embora possam ser percebidos pelos profissionais como um instrumento que pode engessar o cuidado. Os enfermeiros apontaram ainda a necessidade de atualização constante desses materiais, no intuito de garantir um cuidado seguro e eficaz.⁶⁹

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com delineamento do tipo estudo de caso avaliativo. Os estudos qualitativos correspondem a pesquisas que objetivam coletar e interpretar dados sobre pessoas, lugares e processos interativos, tendo como foco principal o contato direto do pesquisador com a situação que está sendo desvelada. Preocupa-se em entender os fenômenos sob a perspectiva dos sujeitos que estão envolvidos durante os processos sociais.⁷⁰

Para Minayo⁷¹ as pesquisas qualitativas debruçam-se sobre as questões que não podem ser enumeradas ou quantificadas, estão direcionadas para a compreensão das significações, dos símbolos, dos significados, aspirações, crenças e valores dos sujeitos e das suas relações. Busca, portanto, compreender fenômenos humanos, que se estruturam na sociedade a partir da interação entre indivíduos.

Por sua vez, estudos de caso são pesquisas que objetivam estudar de maneira aprofundada e exaustiva um ou poucos objetos, permitindo um conhecimento amplo e pormenorizado dos mesmos. São apontados como propósitos desse tipo de estudo: a exploração de situações da vida real, descrição do contexto geral de determinada situação de estudo, formulação de hipóteses e teorias e a explicação das variáveis causais de determinado fenômeno complexo.⁷²

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido em uma cidade pertencente a região Metropolitana do Recife, que possui uma população estimada pelo IBGE (2017) de 328.353 habitantes. O município conta com 24 bairros subdivididos em quatro regiões de saúde. Segundo dados do IBGE de 2010 possui um Índice de desenvolvimento Humano de 0,732.

Com relação a rede própria de serviços de saúde, o município conta com oito equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 44 Equipes de Saúde da Família, 21 delas com Equipes de Saúde Bucal. Conta ainda com quatro Centros de Saúde, sete Policlínicas, dois Centros de atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Testagem e Acolhimento (CTA), um Serviço de Atenção Especializada

(SAE), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (NASA), um Centro de Reabilitação, um Serviço de Atendimento de Urgência (SAMU) e um Centro de Endemias e Análises Clínicas.

Além da referida cidade, o estudo também teve como cenário o Conselho Regional de Enfermagem do Pernambuco, mais especificamente o setor responsável pela elaboração, divulgação e apoio a implantação do Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo profissionais de enfermagem que atuavam na Atenção Primária a Saúde do município e profissionais da gestão dos serviços de saúde da APS. Atualmente, compõem o quadro profissional de enfermagem da APS, 52 enfermeiras (os), distribuídos em equipes de Saúde da Família e Programas de Agentes Comunitários de Saúde.

Também foram contactados membros do Conselho Regional de enfermagem do Pernambuco (COREN), tendo em vista que atualmente existem iniciativas desse conselho de classe para implantação da protocolo de enfermagem na atenção básica nos municípios do estado. Faz parte do processo de implantação segundo diretrizes do COFEN, firmar convênio com as secretarias de saúde, para COREN e auxilie no processo de implantação da ferramenta. Nesse sentido, torna-se necessário buscar as percepções dos membros do conselho acerca desse instrumento.

Para os profissionais de enfermagem foram adotados como critérios de inclusão: atuar a no mínimo seis meses nas atividades de assistência de enfermagem na atenção básica do município, ter familiaridade com o uso de protocolos clínicos e de enfermagem. Com relação aos profissionais da gestão foram adotados: atuar no setor pelo qual responde a no mínimo seis meses, ocupar cargo ou função que esteja envolvida com as ações e serviços de atenção primária a saúde.

Com relação aos quesitos básicos para participação dos membros do COREN, adotou-se: estar envolvido ou responder pela pasta pertinente ao desenvolvimento e implantação do protocolo no estado de Pernambuco.

Como critérios de exclusão para todos os participantes do estudo, adotou-se: atuar em setor diferente do cenário do estudo, ou seja, da atenção primária a saúde, impossibilidade de encontro presencial ou online para realização das entrevistas,

profissionais afastados das funções, férias, licença prêmio. Para profissionais do COREN, não ter estado envolvido com a criação do protocolo.

Os participantes do estudo que fazem parte do quadro profissional do município cenário da pesquisa foram convidados a participar mediante contato telefônico. Os membros do COREN foram convocados mediante solicitação de anuência da instituição para realização da pesquisa com pedido de indicação de profissionais que compunham o perfil para participação da investigação.

A amostra final foi constituída por quatro enfermeiras (os) que atuam na atenção básica, eles atuavam em média de três a quatro anos no município. Dois deles possuíam residência em saúde da família, uma em saúde coletiva. Uma delas possui especialização em Saúde pública. Apenas um deles possuía mestrado em Saúde Pública.

Foram entrevistadas três profissionais da gestão do município, que atuavam na vigilância a saúde e nas políticas estratégicas. Elas também possuíam uma média de três a quatro anos no município. Duas delas possuíam residência em Saúde Coletiva, uma delas especialização em Saúde da Família.

Do Coren de Pernambuco entrevistou-se uma das conselheiras responsáveis pela organização do protocolo clínico de enfermagem. Ela atua a 16 anos como enfermeira e a 11 anos como conselheira. Sua maior formação acadêmica é de especialista.

4.4 COLETA DE DADOS

4.4.1 **Análise Documental**

A análise documental corresponde a utilização de documentos que não sofreram tratamento analítico, tidos como fontes primárias de estudo. Envolve o desafio de selecionar, tratar e interpretar a informação, no intuito de compreender a interação com a sua fonte. O documento a ser utilizado dependerá do objeto de pesquisa, ou seja, da questão a ser respondida com o estudo, nesse sentido, o documento objeto de análise da presente pesquisa corresponde ao Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica desenvolvido pelo Conselho Regional de Enfermagem do Pernambuco, diretrizes sobre a criação de protocolos clínicos desenvolvidos por órgãos oficiais e legislações relacionadas a temática em questão.⁷¹

De acordo com Godoy⁷⁰, três movimentos devem ser observados pelos pesquisadores no momento da análise documental: a escolha dos documentos, o acesso a eles e a sua análise propriamente dita. A escolha do material não pode ser feita de maneira aleatória, devendo se dar em função de uma ideia ou propósito, como já explicitado anteriormente, tendo em vista que objetivávamos compreender o processo de criação e incentivo ao uso de protocolos clínicos de enfermagem pelo COREN do Pernambuco, utilizamos o protocolo desenvolvido por essa instituição. O acesso ao material de análise esteve facilitado tendo em vista que o mesmo encontra-se disponível online e de forma gratuita na página da internet do COREN. Por fim, a análise do documento deu-se mediante a Análise Textual Discursiva, descrita no item 6.6.

4.4.2 Entrevistas

Para coleta dos dados com os participantes do estudo, utilizou-se um roteiro-guia de entrevistas com questões previamente formuladas que serviram como perguntas norteadoras para a busca de novas informações dos informantes.⁷⁴ Para cada seguimento de participantes do estudo foi desenvolvido um tipo específico de roteiro-guia, como exposto na seção apêndices. Para verificar a adequabilidade dos instrumentos de coleta de dados realizou-se uma entrevista piloto com cada um dos seguimentos de entrevistados, observado-se se o roteiro de entrevista estava suficientemente compreensível e apto a captar as informações necessárias para responder a questão de pesquisa. Caso fosse necessário, o mesmo sofreria ajustes e a primeira entrevista seria descartada, do contrário, se daria continuidade as entrevistas e as falas captadas no teste piloto seriam incluídas para análise. Salienta-se que não houve necessidade de alterações no instrumento.

As entrevistas foram gravadas mediante a utilização de gravador de áudio digital (aplicativo de smartphone). Devido a pandemia causada pelo COVID-19, caso fosse verificada a impossibilidade de encontro presencial, seria colocado a disposição dos respondentes a opção por ser entrevistado via internet, através de serviços de comunicação por vídeo online, que foram gravadas com a autorização dos entrevistados. Subsequentemente, as entrevistas foram transcritas utilizando editor de texto no computador, independente de terem sido realizadas de maneira remota ou presencial.

Nas situações em que o encontro presencial não for possível poderá ser utilizado o recurso de entrevista online via google meet. Esse serviço possui política de privacidade que garante segurança nos dados que detêm, como a criptografia em trânsito, o que assegura que o conteúdo das entrevistas não sejam acessados por terceiros. Salientamos que, as entrevistas nessas situações serão gravadas e armazenadas em aparelho de gravador digital tal qual aconteceriam nas entrevistas presenciais, o recurso para gravação de áudio e vídeo da entrevista na plataforma digital não estará ligado.

As entrevistas serão previamente agendadas de acordo com a disponibilidade dos respondentes do estudo, em local e horário adequados.

No intuito de verificar quando as entrevistas devem ser encerradas utilizar-se-á a técnica de saturação teórica proposto por Fontanella et al⁷⁵, que está organizada em oito passos, sendo eles:

1. Disponibilização dos registros de dados brutos, ou seja, as falas captadas das entrevistas;
2. Exploração dos dados com a organização das mesmas em categorias analíticas;
3. Compilação das categorias e temas gerados na fase anterior;
4. Agrupamento de cada enunciado identificado nas categorias analíticas;
5. Codificação ou nomeação dos dados;
6. Alocação em uma tabela dos temas e tipos de enunciados, na tentativa de visualizar a frequência com que aparecem nos discursos;
7. Constatação da saturação teórica para cada categoria;
8. Visualização pormenorizada da fase anterior, evidenciando como se distribuiu a ocorrência dos enunciados.

Para proteger o anonimato dos entrevistados foram usados codinomes de acordo com a categoria profissional da qual os mesmos faziam parte (Enf1, Enf2, Ges1, Ges2, Coren, etc.).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados por intermédio da Análise Textual Discursiva (ATD),

que se configura como uma técnica de análise auto-organizada que visa alcançar novas compreensões do material estudado.⁷² Classicamente ela se subdivide em três etapas:

a) **Unitarização:** compreende a desmontagem dos textos, busca examinar detalhadamente os documentos pesquisados, sendo esses transformados em fragmentos menores. Objetiva, nesse sentido, alcançar unidades constituintes, que se configuram como enunciados associados aos fenômenos estudados;⁷⁶

b) **Categorização:** Nessa etapa, processa-se o estabelecimento de relações entre as unidades de base construídas na fase anterior. É estabelecido um movimento de combinação e classificação, no intuito de verificar a forma como esses elementos unitários podem ser reunidos em conjuntos;⁷⁶

c) **Criação de Metatextos:** Essa etapa corresponde à captação do novo conhecimento que emergiu nas fases anteriores. Desse modo, a confecção de um metatexto expressa um esforço em explicitar a compreensão que surge a partir da combinação dos elementos construídos nas fases que a antecederam.⁷⁶ Diz respeito ao momento de teorização da pesquisa, pois a escrita dos metatextos necessita de descrição, interpretação e argumentação. A descrição deve ser densa e ancorada nos dados empíricos. A interpretação compreende as novas formas de encarar o fenômeno estudado, atribuindo a ele novos sentidos e significados. Os argumentos correspondem à fundamentação teórica e empírica, deve ser estruturada de forma consistente e fundamentada em conhecimentos científicos prévios. Conseqüentemente, realizou-se análise pautada na teoria de enfermagem das necessidades humanas básicas de Horta⁷ e na literatura pertinente sobre a temática.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Foram seguidos os preceitos e cuidados bioéticos estabelecidos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012⁷⁷ e na Resolução de nº 510 de 07 de abril de 2016.⁷⁸ Sendo conseqüentemente respeitados os referenciais básicos da bioética em pesquisas científicas, como a autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Estiveram envolvidos na realização do presente estudo servidores de um município do estado de Pernambuco, que compõem o quadro de profissionais assistenciais da enfermagem que atuam na APS e profissionais que atuam na gestão

dos serviços de saúde diretamente ligados a esse nível de atenção. Além desses, participaram membros do Conselho Regional de Enfermagem do Pernambuco.

Assegurou-se o respeito aos aspectos éticos e científicos exigidos nas pesquisas envolvendo seres humanos, como o respeito a dignidade e autonomia, assegurando a vontade de contribuir e permanecer como participante do estudo, ou desistir do mesmo, mediante manifestação expressa, livre e esclarecida. Houveram informações para os respondentes a respeito dos benefícios em participar do estudo, assim como dos riscos envolvidos, com a instauração de esforços para minimizar os mesmos. Tomaram-se cuidados com a garantia de que os danos previsíveis seriam evitados.

Ao município onde desenvolveu-se o estudo solicitou-se anuência do mesmo, para desenvolvimento da pesquisa junto aos servidores da secretaria de saúde. Para tanto, foi destinada uma carta de anuência ao profissional responsável por avaliar e deliberar sobre a realização de pesquisas científicas na secretaria de saúde. Também se solicitou anuência do COREN.

Os profissionais que aceitaram participar como colaboradores do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No qual consta os objetivos da pesquisa, os dados e os contatos dos pesquisadores envolvidos, os riscos e benefícios associados a participação no mesmo.

Foi assegurado o sigilo com relação aos participantes do estudo, sendo os seus nomes ou aspectos que possam identificá-los suprimidos ou substituídos por símbolos ou codificações. As entrevistas foram realizadas em locais propícios, que garantiam ambiente confortável e confidencial. As gravações de áudio e as transcrições foram armazenadas em local seguro e só estão acessíveis aos indivíduos de interesse para construção do presente estudo.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, não envolvendo intervenções invasivas, os riscos se configuravam como mínimos, mesmo assim, os entrevistados poderiam sentir-se constrangidos durante a realização da pesquisa, sendo assegurado, para diminuir tais riscos, o direito a deixar de participar da mesma e a realização de esforços para garantir ambiente propício a assegurar conforto aos envolvidos.

Com essa pesquisa, almejou-se contribuir com evidências científicas na área da enfermagem e saúde coletiva, principalmente no tocante a qualificação da atenção primária a saúde brasileira, viabilizada pelo conhecimento acerca do uso, dos

conhecimentos e dos processos envolvidos com a implantação de protocolos clínicos de enfermagem.

Os resultados serão apresentados aos envolvidos na mesma, assim como serão organizados e publicados posteriormente, para que a comunidade geral e científica possa ter acesso às informações coletadas, contribuindo assim com o avanço das pesquisas científicas e da qualificação das ações e serviços de saúde. Por fim, a presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães, tendo como número de parecer: 5.582.197.

5 RESULTADOS

Segue-se a apresentação dos resultados da pesquisa, inicialmente são colocados os achados da análise documental. Em seguida estão sistematizadas as categorias temáticas que emergiram da análise das falas dos sujeitos entrevistados, descritos no quadro 1.

Quadro I – categorias temáticas.

Categorias temáticas que emergiram das falas dos respondents.
Conhecimentos sobre o processo de criação do Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica do Coren de Pernambuco
Conhecimentos sobre o uso do Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica do COREN-PE e os seus benefícios para a prática
Apontando melhorias para o Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica do Coren-PE
Passos necessários para implantação do Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica no contexto do município cenário do estudo
Fatores que podem facilitar o processo de implantação do Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica do Coren-PE
Fatores que podem dificultar o processo de implantação do Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica do Coren-PE.

Fonte: O autor

5.1 O PROTOCOLO CLÍNICO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA À LUZ DOS DOCUMENTOS OFICIAIS SOBRE A TEMÁTICA.

A partir da literatura estudada foram identificados os principais aspectos que de maneira geral necessitam ser alcançados no processo de criação e implantação de protocolos clínicos em saúde: construção junto a grupos de interesse, apresentação do(s) objetivo(s) do protocolo clínico, contextualização dos agravos e das temáticas abordadas, realização de diagnóstico situacional regional, basear-se em evidências científicas, basear-se em aspectos éticos e legais, descrição das atribuições da equipe de enfermagem na atenção básica, processo de validação do protocolo, apresentar etapas do processo de enfermagem para cada agravo ou temática abordada, linguagem clara e objetiva: uso de fluxogramas, declaração de conflitos de interesse, monitoramento e avaliação, divulgação e implementação.^{4,12,16,19,80}

Ao se comparar o processo de construção do Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica do Coren de Pernambuco com tais aspectos observa-se que três

desses aspectos foram alcançados (construção junto a grupos de interesse, apresentação do(s) objetivo(s) do protocolo clínico e processo de validação do protocolo); os demais foram alcançados apenas em parte ou não foram alcançados até o momento, conforme evidenciado no quadro 2.

Quadro II – relação de quesitos a serem observados no processo de criação de protocolos clínicos e sua comparação com o Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica do Coren-PE.

Quesito avaliado	O Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica do estado de Pernambuco alcança o quesito?
Construção junto a grupos de interesse	SIM
Apresentação do(s) objetivo(s) do protocolo clínico	SIM
Contextualização dos agravos e das temáticas abordadas	NÃO
Realização de Diagnóstico situacional regional	NÃO
Basear-se em evidências científicas	Alcança em partes
Basear-se em aspectos éticos e legais	Alcança em partes
Descrição das atribuições da equipe de enfermagem na atenção básica	NÃO
Processo de validação do protocolo	SIM
Apresentar etapas do Processo de Enfermagem para cada agravo ou temática abordada	Alcança em partes
Linguagem clara e objetiva: uso de fluxogramas	Alcança em partes
Declaração de conflitos de interesse	NÃO
Monitoramento e avaliação	NÃO
Divulgação e implementação	Alcança em partes

Fonte: O autor

A partir do levantamento de dados junto aos documentos analisados, verificou-se um consenso com relação a necessidade de envolver sujeitos que tenham interesse na criação de um protocolo clínico, objetivando facilitar a sua elaboração, divulgação e implantação nos sistemas de saúde.⁷⁹ Para além disso, os envolvidos

nesse processo devem ser pessoas detentoras de conhecimentos e experiências na área que será foco do protocolo. Gestores em saúde, docentes, pesquisadores, trabalhadores da assistência à saúde podem e devem estar presentes no processo de criação desses instrumentos. O envolvimento desses atores visa garantir maior alinhamento do ponto de vista teórico, político, prático e social.¹⁹ Salienta-se ainda a necessidade de incluir sujeitos com comprovada experiência em metodologia científica, busca em bases de dados, avaliação e análise crítica da literatura.¹⁶

O protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica do Coren de PE⁸⁰ não traz informações pertinentes aos grupos que compuseram a sua confecção de maneira pormenorizada. O instrumento não deixa claro quais profissionais foram esses, ou quais as medidas adotadas para a sua seleção, como os encontros ocorreram e qual metodologia adotada para o processo. Em entrevista com a conselheira do Coren, observou-se que houve a seleção de profissionais de enfermagem para composição dos grupos que iriam construir os capítulos do protocolo.

Nós realizamos uma seleção de currículo, houve uma divulgação ampla no site do coren, a gente teve um período de divulgação. Após esse período a gente passou a receber as inscrições, pela seleção de currículo...a gente priorizou aqueles com maior nível de instrução...e também experiência na área, que tinham experiência na área de saúde pública. Após a seleção tivemos várias reuniões para passar a padronização do protocolo, o que ele deveria conter... (Coren)

Com relação ao quesito “objetivo do protocolo”, a literatura analisada aponta que esses instrumentos devem apresentar o motivo de criação dos mesmos, sua relevância, objetivos gerais e políticas de saúde as quais está vinculado. Devem ainda incluir grupos populacionais, profissionais e nível de atenção para o qual seu uso está destinado.^{79,16, 19}

Em seu prefácio o Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica indica qual o propósito e os objetivos relacionados a criação do mesmo. Indica ainda as áreas temáticas (políticas de saúde) que são abordadas em seu conteúdo. Alcançando, desse modo, esse quesito.⁸⁰

Com relação ao quesito “Contextualização dos agravos e das temáticas abordadas”, observou-se dentro dos documentos analisados menção relacionada a necessidade de contextualizar para os leitores dos protocolos a respeito da situação clínica abordada, apresentar dados epidemiológicos e potenciais complicações da sua

morbimortalidade, devendo ainda apresentar a forma de prevenção, seu diagnóstico e tratamento, além de outras condutas quando disponíveis.⁷⁹

No tocante ao instrumento objeto de análise desse estudo verificou-se que as áreas temáticas de saúde da Mulher, pré-natal, puerpério, saúde da criança, saúde do homem, saúde do adolescente, saúde do idoso, planejamento familiar, diabetes mellitus, hanseníase, feridas, população negra e população de rua não possuem descrições acerca de aspectos epidemiológicos ou de morbimortalidade. Por outro lado, as áreas temáticas de saúde mental, hipertensão arterial sistêmica e tuberculose apesar de citarem aspectos epidemiológicos desse agravo, apresentam de maneira ainda muito redutiva e pontual, não evidenciando aspectos sobre a situação das mesmas a nível global, nacional ou regional.⁸⁰

No tocante ao quesito “realização de diagnóstico situacional”, a literatura pesquisada aponta para a necessidade de desenvolver protocolos clínicos baseados na realidade de cada localidade, levando em consideração as diversidades culturais, sociais, epidemiológicas, demográficas, econômicas, políticas e de cunho assistencial de cada região do país. Desse modo, estaria garantida uma assistência a saúde mais resolutiva, já que seria pensada para a realidade de uma população que terá as suas necessidades levadas em consideração. O diagnóstico situacional compreende um processo de coleta, tratamento e análise de dados sobre uma determinada região, que pode, conseqüentemente, facilitar o desenvolvimento de ações em saúde.⁷⁹

De maneira geral, o Protocolo analisado pelo presente estudo não apresenta informações pertinentes a realização de diagnóstico situacional para elaboração do instrumento. A organizadora do protocolo evidenciou que não foi realizado diagnóstico situacional no estado de Pernambuco para criação do instrumento.⁸⁰

Outro ponto abordado pela literatura especializada corresponde a necessidade de embasar a construção de protocolos clínicos nas melhores evidências científicas disponíveis. Recomenda-se que as informações contidas nesses instrumentos sejam baseadas em referências bibliográficas atuais, de pelo menos dos 10 últimos de anos^{19,75} O protocolo deve ainda conter a descrição da estratégia para busca da evidência (estratégia de revisão da literatura), qualidade da evidência, grau da força da recomendação das evidências, identificação do percentual de recomendações baseadas em evidências, identificação das informações oriundas da opinião de especialista, considerações sobre segurança das ações, mau uso potencial em diferentes cenários, localização, custo-efetividade e escassez potencial de recursos.¹⁶

As referências bibliográficas predominantes do Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica são manuais, protocolos do Ministério da Saúde e de entidades representativas da saúde. Existiam referências com publicação superior a 10 anos. O protocolo não contém especificado se foi realizada e como foi sistematizada a busca na literatura. Apenas o capítulo referente a pré-natal especifica o grau de recomendação das ações de enfermagem descritas. Não se observou no protocolo considerações sobre segurança das ações, mau uso potencial em diferentes cenários, localização, custo-efetividade ou escassez potencial de recursos.⁸⁰

Além dos aspectos científicos, os princípios éticos e legais são elencados como essenciais para criação de protocolos assistenciais, devendo os mesmos serem guiados por normas e resoluções dos Conselhos de Enfermagem e do Ministério da Saúde.^{19,16} Em seu prefácio a necessidade de criação do Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica está relacionada a aspectos éticos e legais, como destacado no trecho a seguir: “Contudo, devido as diferenças regionais e as amplas ações que envolvem o cuidado fundamentado nas competências técnicas, científicas, éticas e legais, surgiu a necessidade de aprimorar a assistência de enfermagem no estado de Pernambuco”. Porém, não são descritas as leis ou resoluções que foram utilizadas como balizadoras da produção do material em questão.⁸⁰

Outro ponto de destaque corresponde as atribuições dos profissionais de enfermagem na equipe de atenção básica, que devem estar descritas nos protocolos clínicos para assistência de enfermagem conforme legislação vigente sobre o exercício profissional da categoria e das publicações oficiais do Ministério da Saúde. O cumprimento desse quesito visa além da garantia do seguimento das legislações vigentes à organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem nesse nível de atenção, onde cada profissional estará ciente das suas atribuições para oferta de cuidado durante o processo.^{15, 16, 19}

O Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica não traz especificado quais as atribuições dos membros da equipe de enfermagem no contexto das ações descritas pelo instrumento. Apenas o capítulo referente a feridas trouxe indicações quanto as atribuições de cada membro, ainda assim, não detalhando essas atribuições. Não se observou menção quanto a lei do exercício profissional e da resolução que a regulamenta ou sobre a política nacional de atenção básica, que traz orientações quanto as responsabilidades de cada membro da equipe de atenção básica.⁸⁰

Uma das etapas essenciais para criação de protocolos clínicos corresponde ao processo de validação desses materiais, elencado como um quesito importante nos materiais estudados. Por validação compreende-se um processo para verificar a adequabilidade de um instrumento para o fim pelo qual foi desenvolvido. Observa-se durante esse processo a apresentação, a adequação aos seus propósitos, a qualidade do conteúdo em termos das evidências científicas e a adesão dos profissionais. A validação pode acontecer de diversas maneiras, a exemplo: participação de profissionais com experiência, participação de usuários, validação por meio de juízes, consulta pública, estudo-piloto, entre outras.^{16, 19, 79}

No Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica não se encontra descrito se o mesmo passou por validação ou qual método utilizado nesse processo. A organizadora do protocolo em sua fala durante a entrevista relatou que o protocolo passou por validação com os profissionais que construíram o instrumento e passou por validação com a Associação Brasileira de Enfermagem. Esse último sendo um órgão responsável pelo desenvolvimento científico da categoria no país. Não ficou claro como essa validação se deu, salienta-se, desse modo, a falta de processos validativos mais criteriosos do protocolo em questão.⁸⁰

Em seguida observa-se como quesito necessário para criação de protocolo clínicos de enfermagem a organização do seu conteúdo pautando-se na sistematização da assistência de enfermagem com a descrição do processo de enfermagem e de suas fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Esse quesito atende ao que é preconizado pela resolução 358 de 2009 do COFEN¹², que versa sobre a obrigatoriedade de todos os serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, que dispõem de serviços de enfermagem devem instaurar a sistematização da assistência de enfermagem.^{16, 19}

O Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção básica teve como referência a resolução do COFEN 358/2009, que versa sobre a sistematização da assistência de enfermagem em serviços de saúde públicos e privados. Os tópicos relacionados a mastalgia, queixas urinárias em saúde da mulher e população de rua não possuem descrição do processo de enfermagem (Histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação).^{12, 80}

As áreas temáticas de amenorreia, cervicites, citologia, climatério, rastreio mamográfico do câncer de mama, pré-natal, puerpério, saúde do homem, saúde do adolescente, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Hipertensão Arterial Sistêmica,

Diabetes Mellitus, Hanseníase, Feridas e Doença Falciforme possuem Histórico de enfermagem, diagnósticos e intervenções, porém, não possuem alusão sobre avaliação de enfermagem.⁸⁰

As áreas temáticas de Saúde da Criança, Saúde do idoso, Planejamento Familiar, Saúde Mental, Tuberculose, Arboviroses e COVID-19, possuem sistematizados diagnósticos de enfermagem e intervenções, contudo, não apresentam históricos de enfermagem sistematizados.⁸⁰

A taxonomia utilizada no protocolo foi a Classificação Internacional para a Prática de enfermagem (CIPE). Salienta-se que, os históricos de enfermagem contidos no protocolo não são padronizados, cada capítulo e seus autores organizaram individualmente as apresentações desses instrumentos.⁸⁰

Além do que deve constar nos protocolos clínicos ser um ponto importante a ser observado, a forma como eles deve ser apresentada aos leitores é um quesito a ser levado em consideração. A literatura analisada aponta que o uso de uma linguagem clara e objetiva é um fator essencial para organização do protocolo clínico, podendo utilizar-se uma estrutura que facilite a consulta pelos profissionais como, por exemplo, usar fluxogramas, quadros e imagens. Para confecção desses materiais os autores de protocolos clínicos devem adotar alguns cuidados, sendo eles: construir fluxogramas no final do protocolo, devem ser construídos pelos profissionais que participaram da criação dos mesmos, devem ser representações simples e de fácil compreensão, as informações não podem ser redundantes e nem repetitivas, entre outras.^{16,19}

O Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica utiliza quadros e fluxogramas para apresentar seus conteúdos. Os diagnósticos e intervenções sempre são apresentados em quadros, o que facilita a observação e organização da assistência. Os fluxogramas, por outro lado, não apresentam padronização entre os capítulos e não estão organizados conforme as orientações para fluxogramas do guia do COREN de São Paulo, que indica as formas geométricas usadas, regras e padrões a serem usados durante o processo.^{16, 80}

Um outro cuidado importante a ser tomado durante a produção de protocolos assistenciais é o manejo de possíveis conflitos de interesse. Configura-se como essencial a declaração de conflitos de interesse que possam haver durante esse processo, referindo-se aos aspectos de cunho comercial, econômico/financeiro, ideológico, religioso e político. Nesse quesito devem constar as instituições de

provisão de recursos e profissionais que elaboraram e revisaram o protocolo.^{16,19,79} O Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica não traz menção a conflitos de interesse em nenhum trecho do seu corpo textual. Pela fala da conselheira e organizadora do instrumento, verificou-se que não se deliberou durante a criação do protocolo aspectos pertinentes a eventuais conflitos de interesse.

O monitoramento e a avaliação são questões também elencadas como primordiais no processo de criação e implantação desses instrumentos, visando verificar os desfechos que os mesmos possuem na qualidade da assistência prestada, então, cabe aos responsáveis pela sistematização dos protocolos desenvolver processos que oportunizem a verificação de como esses recursos se comportam na realidade clínica e como podem ser aprimorados posteriormente.^{16,19} O protocolo não especifica se serão avaliados resultados ou desfechos com o seu uso nos municípios. Segundo informações coletadas com a conselheira do Coren, percebeu-se que não há perspectiva de realizar avaliações de maneira sistematizada, que na realidade, através da câmara técnica da atenção básica instituída no conselho o protocolo passará por uma nova atualização.⁸⁰

Por fim, a divulgação e implementação são quesitos que foram levantados na análise documental, que recomendam a ampla publicização dos protocolos assistenciais. As fontes recomendam o estabelecimento de diferentes estratégias de divulgação, objetivando alcançar o maior número de profissionais, gestores, instituições acadêmicas e de controle social. Devem envolver as instâncias representativas de gestores (Conasems, Cosems) nesse processo. Os organizadores desses instrumentos podem estruturar planos de implementação, que devem prever treinamento de todos que utilizarão o protocolo. A divulgação deve ser feita nos websites oficiais, fazer parte dos livros de divulgação, cursos, seminários e disponibilizados eletronicamente.^{16, 19}

O protocolo encontra-se divulgado no site do COREN de Pernambuco, qualquer pessoa pode baixá-lo gratuitamente. Existem notícias no site oficial do COREN-PE sobre o mesmo. Mesmo assim, nas entrevistas observou-se que muitos entrevistados (entre enfermeiros e gestores) não apresentavam conhecimentos sobre divulgação ou implementação do instrumento no estado. A organizadora do protocolo não informou nenhum outro método de divulgação.⁸⁰

5.2 CONHECIMENTOS SOBRE O PROCESSO DE CRIAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DO COREN DE PERNAMBUCO.

Parte dos profissionais entrevistados não demonstraram conhecimentos aprofundados sobre o processo de criação do Protocolo em análise. Não souberam informar as motivações para a sua criação ou o processo de desenvolvimento do mesmo, como evidenciam as falas a seguir:

Não conhecia o protocolo e quando li a parte de Tuberculose fiquei bem satisfeita... (Gest 1)

Eu não sei dizer exatamente o que eles (COFEN e COREN-PE) poderiam estar atrelados ao protocolo clínico....eu acredito que não há estímulo para isso, é algo muito fechado, creio que deveria ter mais divulgação. (Enf 3)

A segunda fala evidencia algo que precisa, como explicitado no tópico anterior, ser visualizado pelos organizadores desses instrumentos, que corresponde a divulgação desse material para os profissionais que atuam nesse nível de atenção, o que denota maior necessidade de pensar em estratégias para aumentar a notabilidade desse instrumento nos municípios do estado.

Apenas dois profissionais de enfermagem demonstraram conhecimentos sobre o processo de construção dessa ferramenta, isso em parte devido ao fato de terem sido residentes em Saúde da Família na cidade do Recife na ocasião em que as discussões acerca desse protocolo estavam ganhando força nesse cenário. Seus preceptores estiveram envolvidos e de certo modo influenciaram esses sujeitos a também conhecer o material em questão.

Conheço um pouco, eu fazia residência ... e minha preceptora estava trabalhando na criação desse protocolo. Então, enquanto residente elas sempre traziam esses fluxogramas, perguntavam se a gente estava entendendo. (Enf 1)

...fui a sede da Aben, foi para uma reunião sobre esse protocolo, então fui sabendo de algumas coisas. Sei que foi formado uma comissão grande, com várias pessoas que trabalhavam na atenção básica do recife, inclusive, conheço algumas pessoas que fizeram parte dessa comissão e que elaboraram os capítulos desse instrumento. (Enf 4)

Ao ser entrevistada, a conselheira do Coren apontou que a motivação de criação do protocolo estava relacionada a escassez de instrumentos como esse na realidade dos municípios do estado, muito embora essa exigência não seja recente para a categoria de enfermagem, tendo em vista a legislação vigente para o exercício profissional no país, como a lei 7498 de 1986 que versa também sobre a necessidade de protocolos institucionais.

...foi a inexistência de protocolos na atenção básica de Pernambuco, quando a gente fiscalizava não identificava, os municípios tinham um grande problema de construir e implantar os protocolos na ab. Então o Coren de Pernambuco teve a ideia de lançar um pontapé inicial para que eles possam utilizar como base para a construção de outros ou que os municípios implementassem para utilização...e cumprir o que está disposto na lei do exercício profissional... (Coren)

Torna-se evidente a necessidade de pensar em estratégias para a instituição de instrumentos que facilitem o exercício da profissão nesse nível de atenção, o que requer de todos as instituições o desenvolvimento de recursos que incentivem esse movimento, como o observado pelo Coren de Pernambuco.

5.3 CONHECIMENTOS SOBRE O USO DO PROTOCOLO CLÍNICO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DO COREN-PE E OS SEUS BENEFÍCIOS PARA A PRÁTICA.

Os profissionais de enfermagem que atuam na Atenção Básica que usam esse instrumento apontaram que fazem uso do mesmo em seu cotidiano principalmente voltados para as demandas de saúde da criança e da mulher. Uma das enfermeiras salienta que com o protocolo torna-se capaz de instituir diagnósticos de enfermagem, uma etapa do processo de enfermagem essencial e que se configura como importante para o arcabouço da prática da enfermagem nos serviços de saúde, mas que em muitas circunstâncias é negligenciado.

Utilizo como uma fonte consulta para a saúde da criança e saúde da mulher, principalmente a saúde da mulher. (Enf 1)

Utilizo muito na minha pratica diária, mesmo o município não tendo instituído ele me ajuda muito nas minhas consultas de puericultura, pré-natal, planejamento familiar. Dos programas que a gente mais usa... E veio para facilitar a questão dos diagnósticos de enfermagem na atenção básica, que as vezes a gente acaba não utilizando, e com protocolo a gente vai implementando aos poucos. (Enf 2)

Por sua vez, um dos profissionais evidenciou que utilizou o protocolo como uma fonte para adquirir novas informações, para atualizar-se, principalmente logo que o mesmo foi lançado, como está descrito na fala a seguir:

Eu já utilizei, só que mais quando ele foi lançado, no início, quando a gente recebeu ele era uma novidade. As coisas que eu procurava nele eram as novidades. (Enf 4)

No que concerne aos aspectos positivos que esse instrumento pode representar para a prática em saúde, os profissionais apontaram que o mesmo pode representar uma forma de auxiliar no norteamto das ações desenvolvidas nesse nível de atenção, organizar a assistência prestada e funcionar como uma linha de comando para os profissionais, que teriam maior facilidade em desenvolver suas atividades de maneira mais assertiva.

Então um protocolo como esse é uma linha de comando, para que vocês possam atuar de forma assertiva, por que se surgir uma dúvida, você tá ali com aquele protocolo para lhe guiar, ele é um guia. (Gest 1)

Ter um protocolo é positivo pois você vai ter um norte de uma conduta, o profissional que não tem estabelecido um protocolo ele pode ficar naquela dúvida, será que estou conduzindo da melhor maneira? (End 1)

Ele otimiza o processo de trabalho, facilita na questão de estabelecer uma organização e uma ordem a ser seguida. (Enf 2)

Outros profissionais sugeriram que com a utilização de um recurso como esse, seria possível padronizar os atendimentos a nível municipal, garantindo uma assistência de qualidade em toda a rede de atenção básica, que seria viável com a institucionalização do protocolo nas equipes de atenção básica, permitindo também maior acesso a serviços de saúde com aumento do acolhimento pelos enfermeiros.

Gostei muitos dos formulários (histórico de enfermagem), pois em aqui não temos uma homogeneidade na assistência, no que se refere a Hanseníase, por exemplo, nem sempre se faz uma consulta de enfermagem para um agravo tão importante, com medicações tão fortes. E eu pude perceber que tem alguns formulários para primeira consulta desses pacientes e de acompanhamento...eu achei bem interessante, pois somos carentes dessa padronização (Gest 2)

... esse protocolo unificaria nossos atendimentos, ele abriria mais leques para acolhimento a comunidade, ...então esse profissional atenderia de forma mais ampla (Gest 3)

Na Perspectiva da prática de enfermagem nesse nível de atenção, as falas dos sujeitos evidenciam que esse instrumento poderia viabilizar para a categoria maior autonomia profissional, já que, seu fazer não estaria tão ligado a outras categorias profissionais. Auxiliaria em uma maior segurança para instituir as ações necessárias para a prática clínica, pois corresponderia a um instrumento baseado em evidências científicas. Por fim, representaria um respaldo legal para o exercício da profissão com a execução das ações previstas no protocolo, uma vez que, estaria se cumprindo o que preconiza a legislação vigente do sistema Cofen-Corens, com a institucionalização de uma ferramenta como essa junto à secretaria de saúde.

Como categoria teríamos mais respaldo científico e mais autonomia, e também ...digamos que, confiança também, estaríamos mais confiantes, respaldados com um instrumento que tem nossa linguagem...quando tivéssemos uma dúvida teríamos um local para procurar e teríamos um respaldo científico já pronto. (Gest 3)

Ele auxilia de uma forma total...esses materiais são muito bons para nos dar respaldo legal e fazer uma enfermagem baseada em ciência. (Enf 3)

A gente não tem essa autonomia, mas poderia ter, para ajudar a maior parte da população que depende da renovação dessas receitas, que acaba dependendo de um profissional de saúde que nem sempre tem na rede, que é o médico. Pois o município que a gente atua limita a nossa atuação...não é que eu defenda uma prática prescritiva, mas a gente em determinados momentos precisa fazer e fica refém de um outro profissional. (Enf 4)

Sentir-se autônomos e confiantes são quesitos apontados como essenciais para a prestação de cuidados, o que pode ser alcançado com o protocolo clínico em questão.

5.4 APONTANDO MELHORIAS PARA O PROTOCOLO CLÍNICO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DO COREN-PE

Nessa categoria temática são apontadas, a partir do ponto de vista dos entrevistados, melhorias para o instrumento objeto de análise do presente estudo. Importante salientar que essas sugestões emergem da experiência que cada um detêm, daqueles tópicos que mais são utilizados em seus cotidianos. O ponto mais comum nas falas dos entrevistados com relação a essa temática versa sobre a necessidade de desenvolvimento de estratégias para atualização constante desse

material, tendo em vista que os mesmos conseguiram visualizar condutas específicas já desatualizadas, como nos capítulos referentes a tuberculose, hanseníase e saúde da criança.

...então já consigo identificar algumas desatualizações. Eu consegui identificar na parte de Hanseníase, por exemplo, a ficha de avaliação neurológica ela é antiga.... ela teve alterações pequenas mais importantes...o tratamento também mudou, ele não é mais diferente, paucibacilar ou multibacilar, hoje em dia é a mesma cartela, o mesmo blister...então seria (necessário) atualização anual. (Gest 2)

Eu sinto que ... sociedades brasileiras tem condutas que divergem do Ministério da Saúde, mas acredito que esses protocolos devem estar constantemente atualizados, ele foi criado a um certo tempo, então você percebe que determinados pontos como saúde da criança ainda não foram atualizados. (Enf 1)

Nesse sentido, cabe ao Coren e as instituições interessadas nesse instrumento pensar em estratégias para melhoria desse recurso. Cabe salientar que ouvir os indivíduos que usam o protocolo também é tarefa essencial para atualização do mesmo.

5.5 PASSOS NECESSÁRIOS PARA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DO MUNICÍPIO CENÁRIO DO ESTUDO.

Nessa categoria temática estão estruturados os passos tidos como necessários para implantação do protocolo no contexto do município onde os entrevistados atuam. Eles foram convidados a imaginar esse processo tendo como referência as especificidades vivenciadas na rede de atenção da qual fazem parte, levando em consideração as potencialidades e fragilidades da mesma, assim como aspectos epidemiológicos da região.

Um dos primeiros movimentos apontados como necessários diz respeito a necessidade de conhecer e organizar a rede de atenção do município, que pode ser lido como um diagnóstico situacional preliminar, para que então as demais fases ocorram de maneira adequada.

Esse processo deve ser horizontal, não pode ser vertical. Você tem que conhecer seu território, a realidade que a gente tem na rede. Primeiro é conhecer essa realidade... (Enf 2)

Mas assim, era aproximar o processo de trabalho, entender as especificidades de cada um e dialogar. Identificar a realidade de cada território, de maneira ampliada, social, carencial, de serviços, de rede...trazer isso em pauta. Pensar na nossa especificidade local, teremos que olhar para nossa realidade epidemiológica, por exemplo (Gest 2)

Outro ponto levantado, que se associa a esse diagnóstico inicial da realidade, corresponde a organização da rede de atenção, indicada como fator crucial para permitir a implantação do protocolo, tendo em vista que o mesmo só seria viável se estivesse inserido em um contexto de rede que de fato seja resolutive. Que permitisse aos profissionais ter retaguarda dos demais serviços de saúde e gestão, além de insumos necessários a prestação de cuidados, como se observa nas falas a seguir.

...a gente tem uma rede muito frágil, para que ele seja efetivo e possa rodar mesmo, a gente tem que ter uma rede estruturada, primeiro a gente teria que ter unidades de saúde com estrutura mínima física ... As estruturas tem que ser equipadas, atenção básica é a base. Quando tiver tudo estruturado, espaço adequado para atender, espaço para reunião e educação em saúde. Quando isso tiver estruturado eu também tenho que ter uma referência secundária que funcione, para que eu ligue a rede. Hoje temos policlínicas com algumas especialidades, mas faltam outras, pneumologistas, por exemplo, isso trava o processo...não temos para onde mandar, ai já teria uma quebra aí...teria que ter uma prontoclínica com condições mais adequadas. Pensando na rede...a regulação precisaria funcionar a contento, para quando eu precisar de atendimento terciário ela teria que estar ligada a tudo isso. (Gest 1)

Na fala anterior, infere-se a necessidade de pensar a rede para além da atenção básica. Para que funcione, o protocolo deve ser dialogado com diversos atores que fazem essa rede de atenção, mobilizando setores que são responsáveis pela estrutura física, insumos e demais níveis de atenção.

Vencidas essas etapas, os próximos passos correspondem a aproximação de profissionais que atuam dentro das equipes da saúde da família, no caso, os profissionais de enfermagem, com os profissionais que atuam na gestão e são responsáveis por viabilizar a organização das ações e serviços de saúde a nível municipal. Os sujeitos entrevistados apontam que essa aproximação permitiria dialogar sobre esse processo, o que seria necessário fazer para viabilizar a implantação do instrumento. Essa aproximação se daria por meio da conformação de grupos temáticos, rodas de conversa ou comissões.

O primeiro movimento é aproximar a ponta da gestão, em rodas de conversa, grupos temáticos mesmo, ou seja, se o protocolo a implantar for o protocolo da enfermagem, então a categoria da enfermagem toda, ou por território. E assim fazer uma roda de conversa, uma formação para saber se aquilo que foi pensado a título de estado, se ele se aplicaria ou se teriam especificidades a colocar no protocolo do município.” (Gest 2)

“E de repente criar dentro do município as comissões que podem discutir de forma temática para que todos tenham propriedade para discutir o protocolo.” (Enf 4)

Na perspectiva da composição desses grupos de discussão alguns entrevistados indicaram a necessidade de existirem pessoas com *expertise* nos assuntos a serem discutidos, tanto do ponto de vista teórico quando prático.

...tem que ter profissionais que conheçam da realidade da área adscrita...tem que ter mais profissionais enfermeiros relacionados a essas questões...principalmente no município, essa necessidade de profissionais comprometidos para orientar essas questões. (Enf 3)

...formar uma comissão, pessoas especialistas em diversas áreas para que tenhamos conhecimentos diversificados...acredito que temos profissionais com várias áreas de expertises. Nós temos uma gama de profissionais capacitados, que eles contemplariam sim um protocolo maravilhoso. (Gest 3)

Outro ponto citado como estratégico para viabilizar a implantação desse instrumento é a criação de uma coordenação de enfermagem, que o município não possui. Segundo os enfermeiros entrevistados essa ação permitiria ter na gestão um profissional mais sensibilizado com as demandas da categoria, sendo esse ator mais preparado para articular a implantação do protocolo clínico.

...ter uma coordenação de enfermagem, sem isso é difícil implantar esse protocolo. Para que essa coordenação possa pescar aquelas profissionais tem que expertise no assunto. (Enf 1)

Por fim, um ponto recorrente nas falas corresponde a criação de espaços e medidas para viabilizar a educação permanente dos profissionais, ação essa apontada como necessária para todo o processo de implantação e manutenção desse instrumento, já que, o aprimoramento dos conhecimentos e compreender a forma que se usa o instrumento são reconhecidos como importantes para facilitar a introdução do mesmo na realidade do município.

...treinar a equipe, não adianta jogar para as pessoas se você não treinar. É importante que se treine os profissionais que vão trabalhar com ele, que exista uma educação permanente com eles. (Enf 1)

Enfim criar oportunidade para educação permanente. Deveria ter momentos com os responsáveis pela criação, para a gente entender esse processo e valorizar essa necessidade, pois colocar o protocolo e não fazer nenhum tipo de sensibilização não faz sentido. (Enf 4)

No tocante ao Coren de Pernambuco, verificou-se que apesar de ter desenvolvido o Protocolo Clínico, o conselho não viabilizou nenhuma normatização consonante ao processo de adesão e implantação do instrumento junto aos municípios. Muito embora o COFEN em suas diretrizes para criação de protocolos de enfermagem para atenção básica aponte para a necessidade de haver oficialização entre os conselhos estaduais e as secretarias de saúde para criação e implantação de instrumentos como esse (COFEN, 2018).

O COREN não baixou nenhuma decisão, nenhuma diretriz em como é que os municípios deveriam aderir. Mas a fiscalização orienta que seja aprovado pelo município. A secretaria de saúde baixa uma decisão ou uma portaria adotando-o como uso nos municípios (Coren).

Verifica-se então a necessidade de pensar em estratégias junto ao conselho para guiar o processo de implantação nos municípios. Pensar nas etapas necessárias, insumos essenciais, investimentos e recursos.

5.6 FATORES QUE PODEM FACILITAR O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DO COREN-PE.

Nesse tópico os entrevistados foram encorajados a citar os fatores que podem facilitar uma possível implantação do instrumento em questão. Percebeu-se falas corriqueiras com relação ao perfil dos profissionais do município, tanto os que atuam na atenção básica como aqueles que atuam na gestão, no sentido de serem capacitados e preparados para o exercício da profissão.

A rede é muito boa, aqui temos bons profissionais. Primeiro os profissionais da rede, enfermeiros são muito bons, entendem mesmo. (Gest 1)

Acho que os profissionais da rede, da atenção básica, estão comprometidos de querer ofertar o melhor para a população. (Enf 2)

Tem profissionais muito capacitados no município, a leva de enfermeiros é muito boa. (Enf 4)

Associado ao perfil de excelência levantado pelos entrevistados, o desejo expresso por parte dos profissionais de enfermagem de terem um protocolo no município também funcionaria como um fator capaz de facilitar o processo de implantação desse tipo de ferramenta na rede de atenção municipal.

Facilitaria ao mostrar que temos interesse em melhorar fluxos e serviços. O interesse dos profissionais em ter esse instrumento, os profissionais já tem interesse e demostram isso. (Gest 3)

Um outro ponto levantado pelos sujeitos desse estudo e que funcionaria como uma atitude positiva para permitir uma implantação desse protocolo seria o desenvolvimento de um diálogo com enfermeiros e gestores no sentido de sensibilizá-los para a importância de um instrumento como esse. Evidenciando também as características inovadoras desse processo para o município, que também se beneficiaria do destaque que teria no estado, como um dos primeiros a oficializar essas práticas por meio do instrumento.

Eu acredito que o que ajudaria a implantar seria a gente trazer para a gestão, para dentro da secretaria de saúde que isso poderia ser de repente um projeto piloto, dentro de um estado que desconheço se existe em algum lugar...aumentar a qualidade de um serviço, explicar para o gestor o que seria bom para ele a longo prazo, ou até mesmo dentro da mesma gestão, isso ser divulgado enquanto mídia. É no sentido da tentativa de sensibilizar a categoria, tentar mostrar outras realidades, o impacto que isso poderia causar. (Gest 2)

Nesse sentido, sensibilizar todos os envolvidos é uma tarefa essencial do processo, para que todos estejam motivados e movidos por um interesse comum.

5.7 FATORES QUE PODEM DIFICULTAR O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DO COREN-PE

Nessa categoria temática os entrevistados foram indagados com relação aos possíveis fatores que dificultariam um processo de implantação do protocolo de enfermagem no município. Uma fala comum entre os respondentes corresponde as dificuldades enfrentadas no município no tocante a estrutura física dos serviços de

saúde, e a forma como esse quesito impacta negativamente na prestação de cuidados a população.

Estrutura física tem que ser vista, um absurdo ter três unidades funcionando em uma porque elas estão caindo. (Gest 1)

Aspectos como a falta de diálogo técnico com os gestores em saúde e problemáticas relacionadas ao financiamento deficitário da atenção básica também foram apontados como quesitos que podem mitigar a implantação dessa ferramenta. A falta de planejamento pode, na visão dos entrevistados, não favorecer o andamento de processos essenciais para aquisição e desenvolvimento de insumos como os protocolos, que precisam estar inseridos em uma rede de saúde estruturada e bem funcionante.

Hoje eu identifico que o principal obstáculo é a falta do diálogo técnico, ele não existe. Um outro seria talvez o que a gente precisaria mobilizar mesmo e... financiamento, e não é que a gente não tenha, é que ele não é bem gerido (Gest 2)

...a gestão precisa trabalhar com indicadores e metas. Ter profissionais que saibam trabalhar com planejamento, para prover insumos e estrutura para a gente... (Enf 1)

Por fim, as condições de trabalho a que os profissionais de enfermagem estão expostos em seus cotidianos podem também prejudicar a implantação, pois esses indivíduos podem não se sentir valorizados e conseqüentemente não se sentirem motivados a desenvolver as atividades necessárias para trazer o protocolo para a realidade dos seus serviços de saúde.

“A própria equipe, pois existem profissionais que apesar de serem comprometidos estão muito desgastados, não tem incentivo, temos essa luta agora com relação ao piso salarial...então, assim, eu gostaria que toda equipe estivesse junta e ajudasse...” (Enf 3)

“...de valorização profissional, muita gente desestimulada, que não quer saber de mais obrigações e de aprender mais, porque querendo ou não, aprender dá trabalho, então você tem que contar com pessoas que estejam empenhadas e motivadas, e o corpo do município está desgastado, cansado.” (Enf 4)

Nesse sentido, para além de pensar em etapas ou processos, torna-se evidente antecipar-se aos nós críticos que possam surgir e conseqüentemente estar prontos para instituir ações necessárias à sua solução.

6 DISCUSSÃO

Em trabalho desenvolvido em uma cidade do Oeste catarinense no ano de 2019, os pesquisadores desenvolveram junto a profissionais de enfermagem um protocolo para tratamento de sífilis na atenção primária a saúde. As pesquisadoras descreveram que durante o processo foram constituídos grupos focais com esses profissionais, durante seus três encontros discutiram-se aspectos pertinentes a essas temáticas. No interior desses grupos as enfermeiras contribuíam com as suas vivências e conhecimentos acerca do tratamento da sífilis. Materiais oficiais e científicos sobre o assunto também foram levados em consideração nessa discussão. Como resultado desse processo de encontros e trocas surgiu o protocolo que foi implementado no município, essa ferramenta passou a atender as necessidades de usuários e profissionais, qualificando a atenção as infecções sexualmente transmissíveis.⁸¹

Tais achados citados na pesquisa anterior assemelham-se aos resultados do presente estudo, tendo em vista que a literatura consultada na análise documental aponta para a necessidade de construir protocolos clínicos pautando-se em diferentes olhares e saberes profissionais. Uma construção coletiva torna-se mais assertiva nos seus objetivos além de permitir melhor aceitação dos profissionais com maior facilidade de implantação do instrumento nos serviços. Os entrevistados do presente estudo também apontaram em suas falas para a necessidade de envolver profissionais do município no processo de implantação do instrumento objeto dessa investigação.

Os achados dessa pesquisa evidenciam que os profissionais de enfermagem acreditam que a comunicação com a gestão e outros níveis de atenção é primordial para implantar um protocolo clínico na atenção básica. Horta⁸ aponta a comunicação como uma ferramenta essencial para o trabalho da enfermeira, é através dela que se pode desenvolver de maneira mais assertiva processos de trabalho em equipe, esse último também citado pela mesma como uma ferramenta essencial para o bom desenvolvimento do trabalho de enfermagem. Fica claro que o bom relacionamento e uma comunicação efetiva entre profissionais e gestão pode facilitar as discussões acerca do desenvolvimento e implantação de um protocolo.

No tocante ao uso desse instrumento nos cotidianos dos profissionais, observou-se maior utilização dessa ferramenta para atendimento clínico de mulheres e crianças. Observa-se na literatura que os profissionais de enfermagem orientam um cuidado a saúde de maneira integral ao público materno-infantil, pois são capazes de realizar acolhimento de maneira adequada e oportuna, estabelecer vínculo e garantir continuidade da assistência. Os usuários pertencentes a esse grupo apontam que o acompanhamento de profissionais de enfermagem nesse nível de atenção é capaz de aumentar o grau de satisfação dos mesmos, possibilitado pelo perfil dos profissionais, que se mostram mais abertos ao diálogo e capazes de estabelecer uma maior relação de confiança.^{16,38,39}

Ainda no que concerne aos cuidados destinados a saúde da mulher na atenção básica, estudos apontam que o uso de protocolos clínicos nesse nível de atenção pode facilitar o acompanhamento do pré-natal de risco habitual, pois orienta os profissionais quanto aos passos a serem seguidos durante as consultas, como a solicitação e interpretação de exames, prescrição de medicamentos e encaminhamentos quando necessários.²⁵ Conseqüentemente, surgem nos profissionais maior sentimento de autonomia dentro das equipes de saúde, sendo esses capazes de identificar e tratar de maneira precoce situações de adoecimento comuns nessa população.^{21,65}

No contexto atual do financiamento da atenção básica brasileira, verifica-se que o uso de protocolos clínicos, como o proposto pelo COREN de Pernambuco pode facilitar a alcançar as metas estabelecidas pelo PREVINE Brasil, tendo em vista que o mesmo pontua e aponta estratégias para atenção destinada a população materno-infantil, grupo esse priorizado pelo governo federal para alocação de recursos.^{portela 2022}

Tendo em vista que os profissionais de enfermagem segundo Horta⁸ já possuem como ferramenta de trabalho a observação, ou seja, um olhar treinado e capacitado para perceber as necessidades humanas básicas a serem objeto de trabalho na realidade dos serviços, o uso de protocolo clínicos pode auxiliá-los durante esse processo. Uma vez que, são ferramentas que ajudam na tomada de decisão, guiando os profissionais para a vigilância dos aspectos da assistência que são mais relevantes para o cuidado dispensado a população.

Outro fator que influencia o uso do protocolo clínico de enfermagem na atenção básica do Coren-PE diz respeito ao fato de que esse instrumento facilita a utilização de diagnósticos de enfermagem, como citado por uma das entrevistadas. Importante salientar que os diagnósticos de enfermagem são parte essencial do processo de enfermagem, apontado por Horta⁷ como um dos componentes essenciais para oferta qualificada da assistência de enfermagem. Além da teorista, o conselho federal de enfermagem, em sua resolução 358 de 2009 aponta o processo de enfermagem como ferramenta obrigatória na prática de enfermagem em todos os níveis de atenção à saúde.¹²

Estudiosos apontam ainda que o uso do processo de enfermagem na prática profissional pode ser útil na qualificação da assistência prestada a população na medida em que permite as enfermeiras perceber as necessidades humanas que precisam ser atendidas e conseqüentemente interpor medidas pertinentes a esse fim, como, por exemplo, o incentivo a adesão ao tratamento proposto pela equipe de saúde. O uso do processo de enfermagem pode também melhorar a criação de vínculos de confiança com indivíduo, famílias e comunidade.^{44,45}

No presente estudo, o protocolo clínico também foi utilizado como uma ferramenta que é capaz de trazer atualizações para os profissionais, principalmente logo após ter sido lançado. Além disso, os respondentes apontaram como outros fatores positivos atrelados ao uso do protocolo em questão o respaldo ético e científico que ele traz, o fato de ser um instrumento norteador de práticas e capaz de facilitar o acesso da população aos serviços e ações de saúde.

Tais achados são corroborados pela literatura científica, que tem apontado que o uso de protocolos clínicos tem garantido aos profissionais maior sentimento de protagonismo e autonomia dentro das equipes de atenção à saúde. Principalmente nas demandas mais comuns desse nível de atenção, como no atendimento as pessoas com doenças crônicas, pré-natal e puericultura.^{59,60}

Esses sentimentos estão relacionados ao respaldo ético que esses instrumentos garantem perante os órgãos que regulam a prática da enfermagem nos serviços de saúde, ao passo que se sentem seguros de realizar as consultas de enfermagem tendo a certeza de que não estão infringindo nenhuma norma regulatória. Ações como a prescrição de medicações, solicitação de exames específicos,

rastreamento de agravos a saúde e indicação de condutas são ações desenvolvidas nas consultas de enfermagem de maneira segura quando respaldadas por protocolos clínicos como o desenvolvido pelo COREN de Pernambuco.²³

Ao serem implantados nos serviços de saúde, ferramentas como os protocolos clínicos são capazes de organizar a prestação de cuidados nesses espaços, evidências têm demonstrado que além de facilitarem o atendimento as demandas dos usuários, tais insumos melhoram a classificação de risco e identificação de problemas, facilitam o acesso e diminuem o tempo de espera por atendimento.^{20,62}

As falas dos profissionais de enfermagem entrevistados nesse estudo evidenciam o anseio por um instrumento que auxilie a nortear as suas ações na atenção básica, além de permitir a esses profissionais facilitar a resolução dos problemas e demandas trazidos pela população adscrita.

Outro ponto positivo associado ao uso de protocolos clínicos pelos entrevistados corresponde a maior segurança no que tange ao uso das melhorias evidências científicas, que em tese devem ser priorizadas na construção desses instrumentos. Em estudo desenvolvido por Galvão et al⁸², profissionais de enfermagem afirmaram que o acesso a protocolos clínicos facilita a prática baseada em evidências científicas nas suas rotinas de trabalho, tal qual os achados do presente estudo.

Importante salientar que a prática de enfermagem baseada na ciência é uma outra ferramenta da enfermagem apontada por Horta⁸ como quesito potencializador da prestação de cuidados. Para a autora, por meio do método científico a enfermagem pode validar e melhorar o reconhecimento dos cuidados de enfermagem prestados a população.

Nesse sentido, tendo em vista a constante evolução das ciências da saúde, torna-se evidente a necessidade de constantemente atualizar as informações desses insumos, no intuito de garantir a continuidade de um cuidado seguro e eficaz.⁶⁵ Os entrevistados dessa pesquisa também levantaram essa problemática em seus discursos, apontando, inclusive pontos específicos já passíveis de atualização no instrumento em questão.

No que tange ao entendimento que os profissionais detêm acerca do processo de implantação de uma ferramenta como o protocolo clínico em questão, verifica-se uma preocupação inicial com relação a organização da rede de atenção a saúde do município e o quanto ela estaria preparada para receber o protocolo clínico na

atenção básica. Os entrevistados evidenciam a necessidade de instituir um reconhecimento da situação de saúde do município, um diagnóstico situacional, para guiar as etapas seguintes desse processo.

Em estudo desenvolvido por Araújo et al¹⁸, observou-se que um fator capaz de potencializar o processo de desenvolvimento e implantação de protocolos assistenciais é a reflexão crítica sobre as realidades locais onde esses instrumentos serão utilizados. Nesse estudo, o desenvolvimento dos protocolos clínicos junto aos profissionais de enfermagem se deu de maneira regionalizada. Os autores demonstraram que esses profissionais se sentiram mais motivados durante o processo, além de que a estratégia utilizada permitiu pensar em soluções estratégicas para problemas corriqueiros na realidade dessas regiões de saúde.

Associado a isso, evidencia-se a necessidade de olhar para a realidade sob um ponto de vista do financiamento do sistema de saúde e das modificações que surgem com o tempo a respeito da avaliação desse nível de atenção, a exemplo do PREVINE Brasil. Torna-se evidente a necessidade de problematizar essa realidade em conjunto, gestores e enfermeiras, pensando em estratégias capazes de potencializar a assistência e a alocação de recursos financeiros.^{medeiros 2022 e mendes 2022}

Como outro ponto necessário a implantação adequada do protocolo clínico, os profissionais apontam a necessidade de haver de maneira programática processos de educação permanente, no intuito de discutir o instrumento e facilitar o seu uso na rotina das unidades de saúde.

Por mais que ainda possa ser considerado um grande desafio na realidade dos serviços em saúde, a educação permanente pode ser uma importante aliada na qualificação desses serviços e dos seus profissionais, principalmente no tocante ao desenvolvimento de protocolos assistenciais. O desenvolvimento de espaços para trocas de experiências entre profissionais quando pensado na realidade dos serviços e do seu cotidiano pode auxiliar aos sujeitos a problematizarem as suas práticas e buscarem por melhorias em conjunto, pensar os nós críticos existentes e conseqüentemente as maneiras de superá-los.⁸³

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O protocolo clínico de enfermagem do Coren de Pernambuco ao ser confrontado com a literatura que indica o delineamento do processo de construção de protocolos assistenciais evidenciou aspectos a serem observados em futuras atualizações. Sugere-se uma melhor contextualização dos agravos discutidos no instrumento, assim como a realização de diagnóstico situacional referente ao estado de Pernambuco para guiar futuras atualizações do mesmo, no intuito de garantir melhor alcance de resultados esperados.

Outros pontos a serem observados correspondem a melhor discussão a respeito das atribuições destinadas a equipe de enfermagem, no sentido de permitir melhor reconhecimento das funções a serem desenvolvidas por cada indivíduo da equipe, evidenciar o processo de busca e análise crítica das evidências científicas utilizadas no processo de construção do protocolo e por fim, desenvolver esforços para avaliar e monitorar o impacto que essa ferramenta pode causar na atenção à saúde dos municípios que dele fazem uso. Pensar e explicitar possíveis conflitos de interesse também se configura como um quesito a ser pontuado em futuras edições do instrumento.

No que concerne as percepções que os profissionais e gestores detêm sobre o Protocolo Clínico evidenciou-se que em sua maioria esses sujeitos não detinham conhecimentos aprofundados sobre o processo de criação do mesmo, apontando para a necessidade de potencializar as estratégias de divulgação do instrumento dentre os municípios do estado.

Percebeu-se que os entrevistados apontam o instrumento em questão como uma forma de guiar o processo de trabalho na atenção básica, uma fonte para adquirir novos conhecimentos e atualizações. Além de ser capaz de garantir a assistência de enfermagem com respaldo ético e legal, melhorar o acesso da população a ações e serviços de saúde e aumentar a autonomia profissional da categoria nesse nível de atenção. Nesse sentido, percebeu-se diferentes formas de ver e pensar o uso protocolo de enfermagem em questão na realidade dos serviços, como um dos pressupostos adotados no início da pesquisa.

Ao imaginarem os passos necessários para implantação desse instrumento na realidade do município onde atuam, percebeu-se que esses indivíduos apontam para a necessidade de pensar na realidade da rede de serviços municipal, com o

delineamento de um diagnóstico situacional inicial que guiaria os demais passos. Melhorar o diálogo entre os indivíduos, criar uma coordenação de enfermagem e desenvolver processos de educação permanente são quesitos passíveis de problematização para viabilizar o processo de implantação dessa ferramenta.

Salienta-se que a implantação desse instrumento também deve ser permeado pela problematização atual acerca da alocação de recursos na atenção básica proveniente do PREVINE Brasil, assim sendo, profissionais e gestores ao pensarem em estratégias para implantar protocolos clínicos devem ter em vista quais metas e indicadores devem ser alcançados nesse período, e como esse recurso pode potencializar esse alcance.

Tais achados corroboram com os pressupostos inicialmente delineados nesse estudo, evidenciando que para haver a implantação desse instrumento torna-se necessária a articulação entre gestão e profissionais da ponta, sendo esse processo permeado pelo diálogo e processo educativos.

Outro pressuposto alcançado pelo estudo corresponde as dificuldades apontadas pelos respondentes no que concerne a implantação do protocolo na realidade dos serviços do município. Verificou-se que a falta de diálogo efetivo e a não valorização profissional são questões que podem impedir a efetivação desse recurso no município cenário da pesquisa.

Os achados do presente estudo apontam para a importância atribuída a protocolos clínicos de enfermagem por profissionais de enfermagem e gestores em saúde, no intuito de melhorar a assistência de enfermagem na atenção básica, como apontado pelos pressupostos iniciais da pesquisa que esperava encontrar um cenário que esses profissionais apontariam o protocolo como um potencializador do cuidado de enfermagem. Evidencia-se a necessidade de problematizar o uso sistematizado de instrumentos como esse na realidade dos serviços de saúde do estado de Pernambuco e do Brasil.

Ao lançar um olhar pautando-se na teoria das necessidades humanas básicas, verifica-se que com o uso Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica torna-se possível alcançar uma assistência de enfermagem pautada em ferramentas apontadas como essenciais para prestação de cuidados pela categoria. Como a assistência pautada em evidências científicas, melhoria da comunicação, uso do processo de enfermagem e melhoria da observação dos aspectos importantes na prestação do cuidado de enfermagem.

Como sugestões para futuros estudos aponta-se para a necessidade de verificar de maneira mais pormenorizada os aspectos pertinentes ao processo de implantação do instrumento na realidade dos municípios e o impacto que o mesmo pode causar na prestação de cuidados.

Como contribuição desse estudo, criou-se um relatório técnico que será apresentando ao Conselho de Enfermagem de Pernambuco para ser utilizado como instrumento orientador de futuras atualizações do protocolo clínico desenvolvido pela instituição.

Como limitações do estudo aponta-se o fato de não se ter uma visão detalhada quanto aos aspectos de cada capítulo do protocolo, tendo em vista que o mesmo é extenso de demandaria mais tempo para esse fim. O que também pode servir de motivação para futuros estudos.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma Ata: OMS; 1978.
2. Pires-Alves FA, Cueto M. A década de Alma-Ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2017, 22(7): 2135-2144.
3. Cueto M. O legado de Alma-Ata, 40 anos depois. Trab. educ. Saúde [internet]. Dez 2018 [citado em 24 nov 2020], 16(3): 845-848. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462018000300845&lng=en&nrm=iso
4. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional da Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
5. Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, Carvalho FFB, Tavares G, Silva KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). Rev Panam Salud Publica [internet]. 2020 [citado em 17 nov. 2020]; 42(esp): 1-8, Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e180/>.
6. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. SAÚDE DEBATE. 2020; 42 (esp): 163-173.
7. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Interface. 2020, 22 (supl): 1525-34.
8. Horta WA. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. Rev. Esc. Enf. USR, 1974, 5(1): 7-15.
9. Thume E, Fehn AC, Acioli S, Fassa MEG . Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde - avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2018, 42(supl 1): 275-288.
10. Thume E, Fehn AC, Acioli S, Fassa MEG . Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde - avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2018, 42(supl 1): 275-288.
11. Koster I. O Exercício Profissional da Enfermagem no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil [Tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2019.
12. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução 358 de 2009. Brasília, DF: COFEN; 2009.
13. Crivelaro PMS, Posso MBS, Gomes PC. Consulta de enfermagem: uma ferramenta de cuidado integral na atenção primária à saúde. Brazilian Journal of Development [internet]. 2020 [citado em 17 nov 2020], 6 (7): 49310-4932. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/343486502_Consulta_de_enfermagem_um_a_ferramenta_de_cuidado_integral_na_atencao_primaria_a_saude

14. Miranda Neto MV, Rewal T, Leonello VM, Oliveira MAC. Prática avançada em enfermagem: uma possibilidade para a Atenção Primária em Saúde?. *Rev Bras Enferm.* 2020 [citado em 17 nov. 2020]; 71 (supl): 716-21, 2020. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0672>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000700716&script=sci_abstract&tlng=pt
15. Presidência da República (BR). Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: COFEN, 1986. 5 p.
16. Pimenta CAM, LOPES CT, AMORIM AF, NISHI FA, SHIMODA GT, JENSEN R. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP, 2015.
17. OLIVEIRA, P.S.; DIEFENBACH, G.D.F.; COLOMÉ, J.; BURIOL, D.; ROSA, P.H.; ILHA, S. Atuação profissional nas urgências/emergências em unidades básicas de saúde. v.12, p.820-826, 2020.
18. Araújo MCC, Acioli S, Neto M, Mello AS, Brandão PS. Protocolos de enfermagem: motivação e metodologia no processo de construção compartilhada. *Rev enferm UERJ.* 2017; 25 (esp): 1-5.
19. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Diretrizes para elaboração de protocolos de Enfermagem na Atenção Primária a Saúde pelos Conselhos Regionais. Brasília, DF: COFEN, 2018. 22 p.
20. Evangelista F.; Vega, R.G.; García, E. B. La calidad percibida en la gestión enfermera de la demanda urgente en un centro Atención primaria. *Rev. iberoam. educ. invest. Enferm [Internet].* 2015, 5 (3): 43-55.
21. Sehnem GD, SaldanhaLS, Airboit J, Ribeiro AC, Paula FM. Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. *Revista de Enfermagem Referência.* 2019, 5(1): 1-08.
22. Toso BRGO, Filippon J, Giovanella L. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2016, 69(1): 169-77.
23. Kahl C, Meirelles BHS, Cunha KS, Bernardo MS, Erdmann AL. Contributions of the nurse's clinical practice to Primary Care. *Rev Bras Enferm.* 2019, 72 (2): 354-9.
24. Peduzzi M, Aguiar C, Lima AMV, Montanari PM, Leonello VM, OLIVEIRA MR. Expansion of the interprofessional clinical practice of Primary Care nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem [online].* 2019 [citado em 29 mai 2021] 72 (supl): 114-121. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0759>
25. Bortoli CFC, Bisognin P, Wilhelm LA, Prates LA, Sehnem GD, Ressel LB. Fatores que possibilitam a atuação do enfermeiro na atenção pré- natal.

Rev Fun Care Online. 2017; 9(4): 978-983.

26. Siegal CK, ADAMY EK, TOSO BRGO, ZOCCHÉ DAZ, ZANATTA EA. Vivências e significados da Consulta do Enfermeiro em puericultura: análise à luz de Wanda Horta. Rev. Enferm. UFSM. 2020, 10(65): 1-21.
27. Miotello M, Koerich C, Lanzoni GMM, Erdmann AL, Higashi GDC. Atuação do enfermeiro na consolidação do cuidado longitudinal à pessoa com doença arterial coronariana. Rev. Enferm. UFSM. 2020, 10(49): 1-20.
28. Santos AM, Fontes NML, Nogueira EC. Reflexões da teoria de wanda horta no cuidado a pacientes ostomizados. Ciências Biológicas e de Saúde Unit. 2017, 4(2):71-82.
29. Carvalho PM, Marques RABS, Marinis C, Freitas MRI. Sistematização da Assistência de Enfermagem em centro obstétrico à luz da Teoria de Wanda Horta. In: Anais do XV SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS INTEGRADAS DA UNAERP CAMPUS GUARUJÁ; 2018. Ribeirão Preto: SP; 2018, p. 1-12.
30. Camacho ACLF, Joaquim FL. Reflexões à luz de Wanda Horta sobre os instrumentos básicos de enfermagem. REUOL. 2017, 11(12): 5432-38.
31. Santos LSC, Oliveira BKF, Watanabe M, Silva EO, Vattimo, MFF. Wanda de Aguiar Horta: revisão histórica e influência científica no período de Consolidação da Enfermagem como Ciência no Brasil, 1960 a 1999. Research, Society and Development. 2022, 11(12): 1-15.
32. França VH, Modena CM, Confalonieri UEC. A multiprofessional perspective on the principal barriers to universal health coverage and universal access to health in extremely poor territories: the contributions of nursing. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016, 24 (esp).
33. Lanzoni GMM, Meirelles BHS, Cummings G. Nurse leadership practices in primary health care: a grounded theory. Texto & Contexto - Enfermagem [internet]. 2016 [citado em 30 mai 2021], 25 (4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004190015>.
34. Rios AFM, Lira LSSP, Reis IM, Silva GA. Atenção Primária à Saúde frente à COVID-19: Relato de experiência de um Centro de Saúde. Enfermagem em Foco, [S.l.]. 2020, 11(1).
35. Piovasan LR, Schmith MD, Simon BS, Budó, MLD, Weiller TH, Brêtas ACP. Promoção da saúde na perspectiva de enfermeiros de atenção básica. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2016; 24(3): 1-6.
36. Silva NCC, Mekaro KS, Santos RIO, André-Uehara SCS. Knowledge and health promotion practice of Family Health Strategy nurses. Rev Bras Enferm. 2020, 73(5).
37. Higashi GC, Santos SS, Silva RS, Jantsch LB, Soder RM, Silva LAA. Práticas de enfermeiros e a influência sociocultural na adesão ao aleitamento materno. Rev baiana enferm. 2021, 35.

38. Chaves IS, Rodrigues IDCV, Freitas CKAC, Barreiro MSC. Consulta de Pré-Natal de enfermagem: satisfação das gestantes. R. pesq.: cuid. fundam. Online [internet]. 2020 [citado em 26 nov 2020] 2: 814-819. Disponível em: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7555>.
39. Bortoli CFC, Bisognin P, Wilhelm LA, Prates LA, Sehnem GD, Ressel LB. Fatores que possibilitam a atuação do enfermeiro na atenção pré-natal. Rev Fun Care Online. 2017; 9(4): 978-983.
40. Marques SS, Riquinho DL, Santos MC, Vieira LB. Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes. Rev Gaúcha Enferm. 2017, 38(3).
41. Siegal CK, ADAMY EK, TOSO BRGO, ZOCCHÉ DAZ, ZANATTA EA. Vivências e significados da Consulta do Enfermeiro em puericultura: análise à luz de Wanda Horta. Rev. Enferm. UFSM. 2020, 10(65): 1-21.
42. Miotello M, Koerich C, Lanzoni GMM, Erdmann AL, Higashi GDC. Atuação do enfermeiro na consolidação do cuidado longitudinal à pessoa com doença arterial coronariana. Rev. Enferm. UFSM. 2020, 10(49): 1-20.
43. Bolsoni EB, Heusy IPM, Silva ZF, Padilha MI, Rodrigues J. Consulta de enfermagem em saúde mental na atenção primária em saúde. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) [internet]. 2015 [citado em 30 mai 2021]; 11(4): 199-207. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762015000400004&lng=pt&nrm=iso.
44. MOREIRA BA, LANZA FM, CORTEZ DN. Efetividade da consulta de enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. REVISTA DE SALUD PÚBLICA. 2019, 21: 1-9.
45. Kahl C, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Koerich C, Cunha KS. Actions and interactions in clinical nursing practice in Primary Health Care. Rev Esc Enferm USP. 2018, 52 (esp): 1-7
46. Lima CA, Novi BR, Rocha JFD, Souto SGT, Ribeiro CDAL, Leal ALR, Manguiera SAL, Leite MTS. O processo ensino-aprendizagem nos cuidados primários de saúde: a vivência do graduando em enfermagem. Rev. APS. 2019, 22(2): 333-54.
47. Slongo KC, DURO CLM, PAZ PO, FERLA AA, DUARTE ERM, KAISER DE. Performance de enfermeiras alicerçada no trabalho colaborativo e em redes de atenção no cuidado de pessoas com lesão de pele. Saúde em Redes. 2020, 6(2): 53-66.
48. Facchini LA, Tomasi E, Dilelio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde debate [internet]. 2018 [citado em 26 nov 2020], 42 (esp): 208-223 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500208&lng=en&nrm=iso.
49. Mattos JCO, Balsanelli AP A liderança do Enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. Enferm. Foco. 2020, 10(4).

50. Fernandes MC, Silva LMS, Silva MRF, Torres RAM, Dias MSA, Moreira TMMM. Identity of primary health care nurses: perception of “doing everything”. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018, 71(1): 142-7, 2018
51. Lucas PRMB, Nunes EMGT. Nursing practice environment in Primary Health Care: a scoping review. *Rev Bras Enferm*. 2020, 73(6): 1-8.
52. Soder, R, Oliveira IC, Silva LAA, Santos JLG, Peiter CC, Erdmann AL. Desafios da gestão do cuidado na atenção básica: perspectiva da equipe de enfermagem. *Enferm. Foco*, Brasília. 2018, 9(3).
53. Paz EPA, Cunha CLF, Menezes EA, Santos GL, Ramalho NM, Werner RCD. Práticas avançadas em enfermagem: rediscutindo a valorização do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Enferm. Foco*. 2020, 9(1).
54. Amorim TS, Backes MT, Santos EK, Cunha KS, Collaço VS. Assistência obstétrica/neonatal: ampliação da prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária. *Acta Paul Enferm*. 2019; 32 (4): 358-64.
55. Seta MHD, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2021;26(Ciênc. saúde coletiva, 2021 26 suppl 2). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>
56. Portela AD de J, Lopes DCL, Oliveira GP de, Silva GF da, Nogueira JG da S, Cavalheiro RF. A PARTICIPAÇÃO DE ENFERMEIROS RESIDENTES EM ESTRATÉGIAS PARA O ALCANCE DOS INDICADORES DO PREVINE BRASIL. *Var. Sci. - Ci. Saúde* [Internet]. 31º de dezembro de 2022 [citado 19º de fevereiro de 2023];8(2):173-80. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/30133>
57. Mendes KMC, Carnut L, Guerra LDS. Cenários de práticas na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a neoseletividade induzida pelo “Programa Previne Brasil”. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 8º de julho de 2022 [citado 19º de fevereiro de 2023];14:e002. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1186>
58. Medeiros AV, Silveira da Silva C, Moreira Cunha C, Penteado IM. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: QUALIFICAÇÃO DOS INDICADORES DO PREVINE BRASIL EM UNIDADE DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. *Saberes Plurais Educ. Saude* [Internet]. 14º de novembro de 2022 [citado 19º de fevereiro de 2023];6(1 (supl.):66. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/122634>
59. Cardoso JM, Botelho MB, Borges MIG, Paula AP, Martins ACT. O Projeto AcolheSUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [internet], jun 2019 [acesso em 26 nov 2020]. 24 (6): 2095-2103. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602095&lng=en&nrm=iso.

60. Pereira JG, Oliveira M. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. *Acta Paul Enferm.* 2018, 31 (6): 627-35.
61. Costa AB, Gouvea PB, Rangel RCT, Schneider P, Alves TF, ACOSTA AS. Percepção dos enfermeiros sobre o acolhimento e classificação de risco na Atenção Primária à Saúde (APS). *Enfermería Actual de Costa Rica* [internet]. 2018 [citado em 26 nov 2020], 35: 103-115. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140945682018000200103&lng=en&nrm=iso.
62. Souza MM, Ongaro JD, Lanes TC, Andolhe R, Kolankiewicz ACB, Magnago TSBS. Patient safety culture in the Primary Health Care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019, 72(1): 27-34.
63. Martiniano CS, Coêlho AA, Souza MB, Brandão ICA, Silva AKF, Uchôa SAC. Caracterização da prescrição de medicamentos por enfermeiros nos protocolos de Atenção Primária à Saúde. *Rev enferm UERJ.* 2016, 24(3): 1-7.
64. Farias ACB, Barbieri AR. Seguimento do câncer de colo de útero: Estudo da continuidade da assistência à paciente em uma região de saúde. *Esc Anna Nery.* 2016, 20(4): 1-9.
65. Meira BM, Pereira PAS, Silveira MFA, Gualda DMR, Santos Júnior HPO. Desafios para profissionais da atenção primária no Cuidado à mulher com depressão pós-parto. *Texto contexto – enferm.* 2015, 24(3): 706-712.
66. Silva RMM, Lui AM, Correio TZHO, Arcoverde MAM, Meira, MCR, Cardoso LL. Busca ativa de crianças com necessidades especiais de saúde na comunidade: relato de experiência. *Rev Enferm UFSC.* 2015, 5(1): 178- 185.
67. Maia JN, Ferrari RAP, Gabani FL, Tacla MTGM, Reis TB, Fernandes MLC. Violência contra criança: cotidiano de profissionais na atenção primária à saúde. *Rev Rene.* 2016, 17(5): 593-601.
68. Sousa KA, Ferreira MGS, Galvão EFC. Multidisciplinary health care in cases of childhood suicidal ideation: operational and organizational limits. *Rev Bras Enferm.* 2020, 71 (Supl 1).
69. Yakuwa MS, Andrade RD, Wernet, M.; Fonseca, L.M.M.; Furtado, M.C.C.; MELLO, D.F. Saberes dos enfermeiros na atenção primária à saúde da criança. *Texto contexto - enferm.* 2016, 25(4).
70. Godoy AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas.* 1995, 5(3): 20-29.
71. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
72. GIL AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 176 p.

73. Kripka R, Scheller M, Bonotto DL. Pesquisa documental: considerações sobre conceitos e características na pesquisa qualitativa. CIAIQ. 2015, 2.
74. Minayo MCS, organiadores. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 41 p.
75. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2011[citado em 05 jul 2021], 27(2): 388-394. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>
76. Moraes R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. Ciência & Educação. 2003, 9(2): 191-211.
77. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CNS, 2012. 12 p.
78. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: CNS, 2016. 10 p.
79. Ministério da Saúde (BR). Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: delimitação do escopo. Brasília, DF: Secretaria de Ciências, Tecnologias e Insumos estratégicos, 2019. 31p.
80. Conselho Regional de Enfermagem do Pernambuco (BR). Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica do COREN-PE. Recife, PE: COREN-PE, 2020. 421p.
81. Barimacker SV, Zocche DAA, Zanatta EA, Rodrigues Júnior JD, Korb A. construção de fluxograma e protocolo de enfermagem para manejo da sífilis na atenção primária em saúde. Ciênc. cuid. saúde [Internet]. 2022 [citado 2022 Nov 17]; 21: e59856. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612022000100210&lng=pt. Epub 15-Jul-2022. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v21i0.59856>.
82. Galvão MCB, Carmona F, Fernandes V, Ricarte ILM. O uso de informação por enfermeiros brasileiros. Brazilian Journal of Information Studies: Research Trends. 13:3 (2019) p5-13.
83. Moretti, M. M. S., & Barcellos, R. de A. (2020). Rodas de conversas como estratégia de educação permanente em saúde na construção de protocolo assistencial. Research, Society and Development, 9(8), e112985395. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5395>

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Avaliação do Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica do estado do Pernambuco”, sob a responsabilidade do pesquisador Francisco Jaime Rodrigues de Lima Filho, mestrando pelo programa de mestrado profissional em saúde da família, do Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães. Essa pesquisa tem por objetivo avaliar o Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica proposto pelo COREN-PE, na perspectiva dos enfermeiros e gestores de um município da RMR. Caso você concorde em participar deste estudo é necessário que responda a uma entrevista semi-estruturada sobre as suas percepções sobre o protocolo de enfermagem na sua prática cotidiana, que terá duração média de 60 minutos. Existem também questões sobre dados sociodemográficos. As entrevistas serão gravadas com aparelho para gravação de áudio digital. Nas situações em que o encontro presencial não for possível poderá ser utilizado o recurso de entrevista online via google meet. Esse serviço possui política de privacidade que garante segurança nos dados que possui, como a criptografia em trânsito, o que assegura que o conteúdo das entrevistas não sejam acessados por terceiros. Salientamos que, as entrevistas nessas situações serão gravadas e armazenadas em aparelho de gravador digital tal qual aconteceriam nas entrevistas presenciais, o recurso para gravação de áudio e vídeo da entrevista na plataforma digital não estará ligado. O conteúdo da entrevista, portanto, não estará gravado em qualquer ambiente digital compartilhado, “nuvem”, ou plataforma digital. O consentimento de participação nesse situação se dará de maneira gravada em áudio.

Os riscos que você está exposto (a) ao participar desta pesquisa incluem possíveis constrangimentos que você possa sentir ao responder perguntas de caráter pessoal. Para minimizar estes o pesquisador irá assegurar espaço reservado para realizar a entrevista e garantir seu direito de interromper a sua participação a qualquer momento. Um outro risco a que você está exposto (a) é o de quebra de sigilo e para minimizar este risco, a sua participação neste estudo será mantida em caráter confidencial, o seu nome não aparecerá no estudo. Todas as informações coletadas no estudo serão mantidas confidencialmente. Os seus dados serão armazenados em um computador do tipo notebook, de posse do pesquisador principal desse estudo, localizado na cidade de Paulista-PE, os dados ficarão armazenados por um período suficiente para análise, interpretação, defesa e publicação do estudo, sendo em seguida excluídos do aparelho. Os dados ficarão guardados por período máximo de 5 anos. Seu nome não aparecerá em nenhuma publicação, apresentação ou documento. Como esse estudo foi revisado e aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) você tem garantia de que a pesquisa está sendo realizada sob rigorosos princípios científicos e éticos. De todo o modo, caso ocorra qualquer que seja o dano decorrente da sua participação no estudo, estão assegurados a você o direito a indenizações e cobertura material para reparação do dano, conforme determina as Resoluções CNS nº 466/2012 e 510/2016. A participação no estudo não envolve remuneração, mas caso venha a ter algum gasto ou despesa referente a pesquisa você será resarcido (a). Em situações de danos devido a sua participação na pesquisa, é garantido o direito de indenização caso seja comprovado o dano e garantida a indenização por vias legais.

Os benefícios que você terá em participar desta pesquisa inclui o retorno social para

Rubrica pesquisador: _____ Rubrica participante: _____

Av. Prof. Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária – Campus da UFPE,
Recife – PE. CEP. 50.740-465 Telefone: (81) 2101.2500 / 2101.2600.

www.cpqam.fiocruz.br

a enfermagem, a estratégia saúde da família e os usuários que dela fazem uso. A sua participação neste estudo é voluntária.

Você poderá ter acesso aos resultados entrando em contato com o pesquisador principal desse estudo, através dos contatos presentes nesse documento, acessar o trabalho final na biblioteca da FIOCRUZ de Pernambuco ou aos artigos e publicações provenientes dessa pesquisa, que serão divulgados pelo pesquisador principal junto aos participantes da mesma.

Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação. Caso aceite participar, você poderá retirar-se do estudo em qualquer momento, sem prejuízo a você e com validade a partir da data da comunicação da decisão. Caso assim escolha, seus dados serão retirados do estudo.

Os pesquisadores responsáveis por este estudo, estão à sua disposição e com eles você pode esclarecer qualquer dúvida que surja sobre o referido estudo, por telefone ou e-mail. Este documento (TCLE) está elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a)., ou por seu representante legal (se for necessário colocar representante legal), e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com:

Francisco Jaime Rodrigues de Lima Filho

Endereço: Rua Alagoinha, 1291, Bairro Janga, Paulista-PE. E-mail: jaimefilho-crato@hotmail.com; Telefone (88) 99609-6508

Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Aggeu Magalhães no seguinte Endereço:

Av. Professor Moraes Rego, s/n, Recife, PE, dentro do Campus da Universidade Federal do Pernambuco. Telefone: (81) 21012639. E-mail: cep.iam@fiocruz.br

O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Consentimento Pós- Informação:

Eu _____ aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do(s) pesquisador(es)

APÊNDICE B - ROTEIRO-GUIA DE ENTREVISTA GESTORES

Dados Sociodemográficos:

Gênero, idade, formação acadêmica (especialização, mestrado, doutorado, cursos na área do estudo), há quanto tempo atua no município.

Pontos específicos:

1. Conhecimentos sobre o contexto de construção do protocolo clínico de enfermagem na atenção básica do Pernambuco
2. Conhecimento sobre as diretrizes do COFEN e de outras entidades sobre a criação de Protocolos
3. Conhecimentos sobre como tem se dado o processo de implantação desse protocolo em outros municípios
4. Identificação dos passos necessários para implantação desse instrumento
5. Conhecimento sobre o uso de Protocolos Clínicos de Enfermagem na Atenção Primária a Saúde;
6. Conhecimento sobre a maneira que esse protocolo pode garantir melhorias na assistência (suporte ético-legal, técnico-científico)
7. Identificação dos benefícios que o uso desse instrumento pode trazer para a prática de enfermagem na atenção básica
8. Identificar os fatores que facilitam a implantação do protocolos de enfermagem
9. Identificar os fatores que representam obstáculos para implantação de protocolos de enfermagem

APÊNDICE C - ROTEIRO-GUIA DE ENTREVISTA ENFERMEIRAS

Dados Sociodemográficos:

Gênero, idade, formação acadêmica (especialização, mestrado, doutorado, cursos na área do estudo), há quanto tempo atua como profissional de enfermagem, a quanto tempo atua no município.

Pontos específicos:

1. Conhecimentos sobre o contexto de construção do protocolo clínico de enfermagem na atenção básica do Pernambuco
2. Conhecimento sobre as diretrizes do COFEN e de outras entidades sobre a criação de Protocolos clínicos
3. Conhecimentos sobre como tem se dado o processo de implantação desse protocolo em outros municípios
4. Uso deste protocolo na sua rotina de trabalho
5. Dúvida com relação ao modo de utilizá-lo
6. Aspectos positivos e negativos relacionados ao protocolo
7. Identificação dos passos necessários para implantação desse instrumento
8. Conhecimento sobre o uso de Protocolos Clínicos de Enfermagem na Atenção Primária a Saúde;
9. Conhecimento sobre a maneira que esse protocolo pode garantir melhorias na assistência (suporte ético-legal, técnico-científico, processo de enfermagem)
10. Identificação dos benefícios que o uso desse instrumento pode trazer para a prática de enfermagem na atenção básica
11. Identificar os fatores que facilitam a implantação do protocolos de enfermagem
12. Identificar os fatores que representam obstáculos para implantação de protocolos de enfermagem

APÊNDICE D - ROTEIRO-GUIA DE ENTREVISTA COREN DE PERNAMBUCO

Dados Sociodemográficos:

Gênero, idade, formação acadêmica (especialização, mestrado, doutorado, cursos na área do estudo), há quanto tempo atua como profissional de enfermagem, a quanto tempo atua no COREN.

Pontos específicos:

1. Conhecimentos sobre o contexto de construção do protocolo clínico de enfermagem na atenção básica do Pernambuco (motivações, história de criação, diretrizes utilizadas, processo de construção, atores envolvidos)
2. Conhecimentos sobre como tem se dado o processo de implantação desse protocolo nos municípios de Pernambuco
3. Identificação dos passos necessários para implantação desse instrumento
4. Viabilidade para implantação (articulação com gestores em saúde, disseminação entre a categoria, treinamentos e pactuações)
5. Conhecimento sobre a maneira que esse protocolo pode garantir melhorias na assistência (suporte ético-legal, técnico-científico)
6. Identificação dos benefícios que o uso desse instrumento pode trazer para a prática de enfermagem na atenção básica
7. Identificar os fatores que facilitam a implantação do protocolos de enfermagem
8. Identificar os fatores que representam obstáculos para implantação de protocolos de enfermagem

APÊNDICE E – RELATÓRIO TÉCNICO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Francisco Jaime Rodrigues de Lima Filho

Relatório Técnico: Avaliação do Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção
Básica do estado do Pernambuco

Recife
2022

Francisco Jaime Rodrigues de Lima Filho

Relatório Técnico: Avaliação do Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção
Básica do estado do Pernambuco

Relatório Técnico apresentado ao Coren de Pernambuco como retorno da pesquisa desenvolvida no Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cru.

Recife
2022

LIMA FILHO, Francisco Jaime Rodrigues de. Relatório Técnico da Avaliação do protocolo clínico de enfermagem na atenção básica do estado de Pernambuco. 2022. Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022

O uso de Protocolos clínicos em saúde por profissionais de enfermagem na atenção primária a saúde (APS) permite um cuidado integral, oportuno e resolutivo para a população. Muito embora seja uma exigência nos serviços de saúde que ofertam cuidados de enfermagem, como se observa no arcabouço jurídico dos conselhos de enfermagem brasileiros, ainda se observa negligência quanto ao desenvolvimento e implantação de protocolos clínicos de enfermagem na realidade de muitos serviços de saúde. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar o Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica proposto pelo COREN-PE, na perspectiva dos enfermeiros e gestores de um município da região metropolitana de Recife. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso. Os respondentes do estudo foram profissionais de enfermagem e gestores em saúde que atuavam na APS, além de membros do Conselho de Enfermagem do estado. Para coleta de dados realizou-se análise documental e entrevista semiestruturada. Como método para análise dos dados utilizou-se a Análise Textual Discursiva. A análise documental apontou para a necessidade de aperfeiçoamento do instrumento quanto a melhor contextualização dos agravos abordados, realizar diagnóstico situacional regional, descrição das evidências científicas utilizadas, apresentar declaração de conflitos de interesse e o desenvolvimento de estratégias de avaliação e monitoramento. Os achados do presente estudo também evidenciam que os profissionais entrevistados não possuem conhecimentos aprofundados sobre o processo de criação do instrumento em questão. Apontam o mesmo como um veículo capaz de guiar a assistência prestada, garantir respaldo ético e legal e atualizar os profissionais. Para garantir a sua implantação no município os profissionais indicam a necessidade de realizar diagnóstico situacional, melhorar a comunicação entre enfermeiros e gestão e potencializar processos de educação permanente.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde; Enfermagem; Protocolos Clínicos; Protocolos de Enfermagem; Atenção Básica.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	
OBJETIVO	
MARCO TEÓRICO CONCEITUAL	
PLANO OPERATIVO	
RESULTADOS	
CONCLUSÃO	
REFERÊNCIAS	

1 INTRODUÇÃO

Os cuidados primários em saúde se constituem como uma ferramenta assistencial que está baseada em métodos e tecnologias cientificamente comprovadas. Destinam-se a prestação de cuidados a indivíduos, famílias e comunidades de uma maneira pela qual esses sujeitos estão inseridos nesse processo de maneira ativa. É imprescindível que seja oferecida a um custo acessível para a sua manutenção perante o estado e seus governantes, que devem concebê-lo como um componente essencial do seu sistema nacional de saúde. Deve ainda se configurar como o eixo central das ações que são desenvolvidas nesse campo, tendo em vista que esse nível de atenção deve estar o mais próximo possível da população e representar a porta de entrada principal ao acesso a serviços de assistência a saúde.¹

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, são considerados dois termos que se equivalem para designar esse nível de atenção a saúde, sendo eles: Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde. Para o Ministério da Saúde esse nível de atenção é responsável por prestar ações de saúde em nível individual, familiar e comunitário, visando promover saúde e prevenir doenças, sem negligenciar ações assistências a enfermidades já instaladas, reabilitação e vigilância a saúde. Tais ações devem ser direcionadas para uma população adscrita em um território específico e desenvolvidas por uma equipe multiprofissional qualificada.²

O trabalho na APS por visar o estabelecimento de um cuidado integral, que visualiza os sujeitos inseridos em um contexto biopsicossocial para além da doença, necessita, conseqüentemente, do estabelecimento de equipes constituídas por diversos profissionais, detentores de conhecimentos e habilidades específicas. Desse modo, ao atuarem de maneira colaborativa, são capazes de aumentar a resolutividade desse nível de atenção e diminuir a procura pelos demais níveis do sistema de saúde.³

Dentre os profissionais que atuam nesse nível de atenção a saúde, os trabalhadores da enfermagem ganham destaque no tocante a consolidação da APS no Brasil e no mundo, devido ao potencial inovador e versátil resguardado pela categoria. Esses profissionais estiverem presentes nas equipes desde os primórdios da criação de serviços de APS, como no caso dos PACS e PSF.⁴

Segundo a pesquisadora e teórica de enfermagem Wanda de Aguiar Horta, a enfermagem compreende uma ciência e arte responsável por assistir ao indivíduo a

família e a comunidade, no sentido de atender as suas necessidades humanas básicas, objetivando tornar esses sujeitos independentes dos cuidados de enfermagem quando possível, por intermédio do ensino do autocuidado. Atua ainda na orientação, ensino, supervisão e encaminhamento a outros profissionais de saúde, com vistas a manutenção da saúde dos sujeitos.⁵

A efetivação desse espaço como um local onde esses profissionais podem atuar com maior autonomia está relacionada a conjuntura jurídica da profissão no decorrer das últimas décadas, que permitiram a expansão do seu escopo de atuação. Um dos principais marcos regulatórios que corroboram com essa afirmação é a lei 7.498 de 1986 que regulamenta a profissão no país e o decreto 94.406 de 1987, que regulamenta a lei anteriormente citada. Dentre outros assuntos, nesse arcabouço jurídico são estabelecidos os critérios para atuação dos enfermeiros dentro das equipes de saúde, permitindo que os mesmos possam realizar consultas de enfermagem que pode envolver a prescrição de medicamentos, solicitação de exames e realização de encaminhamentos desde que amparados por protocolos respaldados pelas instituições nas quais atuam. Tal medida foi crucial para o desenvolvimento da categoria na perspectiva da APS, uma vez que, permitiu a categoria autorregular-se dentro do sistema de saúde.⁶

Pensando ainda em aprimorar a assistência de enfermagem prestada em serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, o Conselho Federal de Enfermagem lançou em 2009 a resolução 358, que versa sobre a obrigatoriedade de utilização do Processo de Enfermagem nos locais onde a assistência de enfermagem for prestada. Na realidade de serviços como a Estratégia de Saúde da Família esse instrumento é conhecido como Consulta de Enfermagem, possuindo cinco etapas sequenciais e interdependentes, que visam organizar a assistência prestada, potencializando o cuidado prestado a população.⁷

Observa-se, nesse sentido, que os profissionais de enfermagem possuem na APS um campo de atuação vasto que os permite ter maior liberdade de atuação e conseqüentemente tomar maior iniciativa para a resolução de problemas. Contudo, cabe salientar que para atuarem de maneira segura e respaldada em lei, devem guiar suas ações pautadas em protocolos clínicos estabelecidos e implementados pela gestão dos serviços de saúde, conforme preconiza a lei 7508 de 1986.⁸

Por definição, protocolos clínicos são instrumentos que descrevem situações

específicas de assistência e/ou cuidado, nele estão pormenorizadas as ações que devem ser realizadas durante esse processo, apontando também quem deve realizá-las e a maneira pela qual devem ser desenvolvidas. Trata-se, portanto, de um guia para os profissionais conduzirem suas ações na prevenção, promoção e reabilitação em saúde.⁹

Verifica-se na literatura que o uso de Protocolos clínicos por profissionais de enfermagem garante uma assistência a saúde com maior segurança, garantindo maior satisfação por parte de profissionais e usuários.¹⁰ A adequação de protocolos clínicos a realidades locais são apontadas como essenciais e facilitadoras da prática nesse nível de atenção, por motivar a reflexão e a incorporação de uma assistência cientificamente respaldada.¹¹

Contudo, percebe-se que boa parte dos municípios brasileiros não adéquam ou implantam protocolos clínicos de enfermagem para uso na APS, o que distancia a população de uma assistência de enfermagem que leve em consideração o que é preconizado pelas leis que regulam a profissão. Pensando nisso o sistema COFEN-COREN desde 2017 tem desenvolvido medidas para criação e implantação de Protocolos Clínicos nesse nível de atenção, o que culminou com a criação do Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica do COREN-PE em 2019. Desse modo, o presente estudo teve como questão de pesquisa: Como enfermeiros e gestores de um município da região metropolitana de Recife (RMR) avaliam o Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica desenvolvido pelo COREN de Pernambuco?

2. OBJETIVO

Apresentar os principais resultados da avaliação do Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica proposto pelo COREN-PE, na perspectiva dos enfermeiros e gestores de um município da Região Metropolitana de Recife.

3 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

3.2 ENFERMAGEM, INSTRUMENTOS ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E BÁSICOS DE ENFERMAGEM

A enfermagem diz respeito a uma ciência e arte relacionada ao ato de assistir o ser humano no tocante as suas necessidades humanas básicas. Torna-se responsável conseqüentemente, por recuperar, manter ou promover saúde junto a outros profissionais de saúde. Visa, concomitantemente, a necessidade de tornar os indivíduos independentes da sua assistência por intermédio do ensino do autocuidado.⁵

Sob um ponto de vista filosófico, a enfermagem pode ser compreendida em três dimensões: o ser-enfermeiro, o ser-cliente ou paciente e o ser-enfermagem. O ser-enfermeiro corresponde ao ser humano que foi dotado de conhecimentos, habilidades e formação em enfermagem, detendo, portanto, o direito e cuidar de gente, de seres humanos. Em contrapartida, o ser-cliente ou paciente, contempla os indivíduos, famílias ou comunidades que necessitam dos cuidados do ser- enfermeiro. Do encontro entre o ser-enfermeiro e o ser-cliente, permeado pelas trocas de experiências, percepções e ações, surge o ser-enfermagem, que tem como objeto de interesse o atendimento as necessidades humanas básicas.⁵

Por conseguinte, por assistência de enfermagem entende-se o ato de fazer pelo ser humano (entendendo esse termo como indivíduo, família ou comunidade) aquilo que por determinado motivo o mesmo não consegue realizar. Trata-se de auxiliá-lo quando não consegue cuidar de si próprio, orientar, ensinar, supervisionar ou orientar a outro profissional de saúde quando necessário.⁵

Em determinadas situações de adoecimento, quando os indivíduos apresentam limitação do conhecimento acerca das suas necessidades humanas básicas, cabe aos profissionais de enfermagem realizar essa leitura para então prover cuidados rumo a reabilitação dos sujeitos.¹²

Ampliando a discussão sobre a enfermagem em um contexto de equipe de saúde, salienta-se que essa categoria responsabiliza-se pelo cuidado para com o equilíbrio do ser humano, mantendo-o, prevenindo ou revertendo desequilíbrios no tempo e no espaço. Esse fazer está pautado em conhecimentos e técnica alicerçadas em princípios científicos das ciências físico-químicas, biológicas e

psicossociais.⁵

Importante salientar que, apesar de pela sua própria natureza a enfermagem estar envolvida na maioria das vezes na assistência do ser humano quando enfermo, o seu cuidado destina-se ao ser humano e não a sua doença ou desequilíbrio, mais especificamente ao suprimento das necessidades humanas básicas decorrentes das respostas ao processo saúde-doença. Para que seja desenvolvida de maneira efetiva, a assistência de enfermagem carece que o seu desenvolvimento metodológico esteja pautado no método científico, apontado por Horta como processo de enfermagem.⁵

Por Processo de enfermagem, Horta (1979), compreende a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas que visam o cuidado do ser humano. De acordo com a autora esse instrumento está dividido em seis etapas, sendo elas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico. O histórico de enfermagem diz respeito a um roteiro sistematizado para coleta de informações sobre as pessoas foco do cuidado. A segunda etapa, diagnóstico de enfermagem, corresponde a identificação das necessidades humanas básicas que precisam ser supridas pela equipe de enfermagem. A terceira etapa, plano assistencial, compreende a determinação da assistência global de enfermagem que o sujeito foco do cuidado deve receber, em seguida, dá-se a prescrição de enfermagem que corresponde a implementação do plano desenvolvido na fase anterior. As duas últimas etapas destinam-se a avaliar e acompanhar as repercussões que o cuidado desenvolvido causa na vida das pessoas assistidas, a evolução de enfermagem relaciona-se ao relato diário das mudanças que ocorrem com os pacientes, o prognóstico, por outro lado, mede a capacidade do indivíduo, família, ou comunidade atender as suas próprias necessidades humanas.⁵

A resolução 358 de 2009 do Conselho Federal de Enfermagem, que dispõe sobre a implementação da sistematização da assistência de enfermagem em serviços de saúde, influenciado pela teoria de Horta (1979), evidencia que o processo de enfermagem possui cinco etapas, sendo elas: coleta de dados ou histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem.^{5,7}

A literatura aponta que com a utilização de tal instrumento, alicerçado pela teoria desenvolvida por Horta (1979), os profissionais de enfermagem passam a ser capazes de ofertar uma assistência a saúde de melhor qualidade, tendo em vista que passam a utilizar uma base teórica reconhecida cientificamente. Assim os cuidados

prestados são otimizados, podendo garantir intervenções desnecessárias e menor número de intercorrências.¹³

Para além de pensar em um método para organização da assistência de enfermagem, essa teórica fundamentou os chamados instrumentos básicos, que compreendem as habilidades, conhecimentos e atitudes que são necessários para o desenvolvimento da assistência de enfermagem de qualidade. O primeiro instrumento apontado por Horta é a comunicação, habilidade essencial para o desenvolvimento da assistência de enfermagem, tanto no sentido da relação que deve ser estabelecida com o sujeito foco do cuidado, como com a comunicação entre enfermeiras e outros membros da equipe de saúde. A autora também inclui como instrumento o método científico, capaz de fundamentar o trabalho e o papel da enfermagem, validando o seu desenvolvimento. Associado a esse último, encontramos a destreza manual e a habilidade psicomotora, que juntos fornecem a enfermagem autonomia e capacidade de julgar o melhor planejamento possível para a sua clientela. Para alcançar os demais instrumentos, cabe ainda à enfermagem dominar a habilidade da observação, apontada pela autora como um domínio que vai além de verificar aquilo que é visível ou palpável, mas também estar sensibilizado para compreender aquilo que não está explícito, que deve ser decodificado para guiar as ações dos profissionais. Por enxergar o cuidado como algo complexo e que não pode ser estabelecido de maneira isolada, a autora aponta o trabalho em equipe como um instrumento também essencial ao desenvolvimento da enfermagem. Por fim, para que esse cuidado em questão seja tomado de maneira contínua e coerente, dois outros instrumentos são essenciais para Horta, sendo eles o planejamento e a avaliação, devendo os mesmos ser registrados e servirem de base para operacionalização do processo de enfermagem, ou seja, do cuidado desenvolvido por esses profissionais.^{5,14}

Importante salientar que as contribuições da autora em questão com a sua teoria das necessidades humanas básicas ajudaram a consolidar a enfermagem enquanto ciência alinhada às ciências humanas e biológicas, para além de uma área do conhecimento pautada apenas em procedimentos. Com o estímulo à produção do conhecimento a partir da sua teoria observou-se aumento da produção científica acerca da arte de cuidar da enfermagem, organização do cuidado a partir da sistematização da assistência de enfermagem, além da valorização do julgamento clínico a partir da ciência desenvolvida por enfermeiras.¹⁵

3.2 CONTRIBUIÇÕES DO USO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Em estudo desenvolvido no Distrito Federal para implantação do projeto AcolheSUS, os estudiosos verificaram modificações significativas no processo de trabalho de equipes de Saúde da Família. Um dos componentes da proposta correspondia a implantação de protocolos clínicos que poderiam ser utilizados por profissionais de enfermagem. A partir de então, verificou-se que tais profissionais passaram a ter protagonismo e autonomia no atendimento de demandas específicas como pré-natal, puericultura, hipertensão arterial e diabetes. Além disso, percebeu-se que o uso de tais instrumentos orientam a prática clínica de acordo com os níveis de complexidade, coordenando o cuidado prestado pautando-se em uma lógica de classificação de risco e não como uma simples triagem.¹⁶

Em estudo de Kahl; et al¹⁷, enfermeiras (os) da APS apontaram os protocolos clínicos como uma ferramenta capaz de auxiliar as consultas de enfermagem. Ao serem implantados, os profissionais tiveram respaldo legal para desenvolvimento de atividades como a prescrição e renovação de receitas, rastreio e diagnóstico de doenças, além da indicação segura de condutas apropriadas, tudo isso de uma maneira unificada e fundamentada em evidências científicas.

Além do respaldo ético e legal que o uso de protocolos clínicos garantem aos profissionais de enfermagem, seu uso na APS também está associado a um maior sentimento de autonomia por parte dos mesmos. Embora as vezes percebido como um fator que engesse a prática profissional, autores apontam que esses instrumentos foram capazes de diminuir a subordinação da enfermagem a outras categorias profissionais.¹⁸

De acordo com as percepções dos profissionais que atuam nesse nível de atenção, a falta de um protocolo clínico que oriente a prática no cotidiano das equipes pode inviabilizar a realização do acolhimento a demanda espontânea com uma adequada classificação de risco, impactando de maneira negativa o processo de trabalho e assistência.¹⁹

Corroborando com o achado do estudo anteriormente citado, pesquisa desenvolvida na APS da Espanha em unidades de saúde que utilizavam o Gerenciamento da Demanda de Enfermagem (GEDU), demonstrou melhoria da satisfação de usuários e profissionais no tocante a classificação e ao atendimento de

urgências nesse nível de atenção. Com os protocolos desenvolvidos para uso durante essa estratégia de atendimento, as enfermeiras são as primeiras a terem contato com usuários em situação de urgência, sendo capazes de classificar seu risco, resolver os problemas identificados a depender da complexidade ou orientar ao atendimento médico. O uso desse instrumento provou-se eficiente na realidade dos serviços, uma vez que, possibilitou redução no tempo de espera por atendimento.²⁰

Em estudo desenvolvido no Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra, pesquisadores também evidenciaram um aumento no escopo de funções dos profissionais de enfermagem a partir do uso de protocolos clínicos. A proposta implementada no país incluía a premissa da gestão de caso clínico, onde o cuidado é pensado em uma perspectiva de integralidade dos sujeitos, exigindo um esforço conjunto das equipes de saúde. Com o uso do protocolo os profissionais de enfermagem passaram a ter maior impacto no cuidado de pessoas com doenças crônicas, como no caso de diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão e outros problemas cardíacos. Os autores apontam pontos positivos para os usuários dos serviços, como a melhoria do acesso, da comunicação, da integralidade, aumento no tempo de consulta e maior adesão terapêutica. Os profissionais, por sua vez, apontam como pontos positivos o aumento da competência profissional, aquisição de novos conhecimentos e maior reconhecimento. Já para o sistema de saúde existem evidências que apontam para uma redução de custos com internamentos e cuidados hospitalares.²¹

Outro fator que recorrentemente está associado aos benefícios do uso de protocolos clínicos por profissionais da APS, dentre eles os de enfermagem, diz respeito ao aumento da cultura de segurança do paciente no cuidado em saúde. Evidências na literatura indicam que os trabalhadores desse nível de atenção demonstram maior confiança e segurança na tomada de decisão em situações de urgência e emergência na atenção básica quando as mesmas são guiadas por protocolos clínicos.¹⁰ Quando implantadas, tais ferramentas facilitam o atendimento dos usuários pelas equipes de saúde, ao passo que ordenam a prestação de cuidados, principalmente quando são construídos pautando-se nas peculiaridades da clientela dos serviços de saúde.²²

O desenvolvimento de protocolos clínicos de maneira que pense nas realidades locais da população também foi um fator potencializador da prática clínica percebido

em um estudo desenvolvido no estado do Rio de Janeiro. Nessa pesquisa os autores perceberam que os profissionais que participaram do desenvolvimento dos protocolos de enfermagem regionais demonstraram maior motivação durante o processo, devido a construção coletiva e a troca de experiências proporcionada pela ação. A regionalização dos protocolos permitiu pensar em estratégias para solucionar problemas corriqueiros nos seus territórios de atuação, o que favoreceu a legitimação da assistência de enfermagem nesse nível de atenção.¹¹

Um dos quesitos mais recorrentes com relação ao uso de protocolos clínicos diz respeito a prescrição de medicamentos por profissionais de enfermagem. Em pesquisa desenvolvida para caracterizar a prescrição por esses profissionais da atenção básica, Martiniano; et al²³, realizaram análise documental dos protocolos existentes no período e evidenciaram que na maioria dos mesmos não existia a exigência de pré-requisitos mínimos para a indicação terapêutica utilizando medicamentos, com exceção do protocolo de Atenção Integral das Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) e o de tratamento para tuberculose. O diagnóstico pode ser estabelecido por esses profissionais nos protocolos de nutrição infantil, pré-natal, tuberculose e Infecções Sexualmente transmissíveis. Nos de Diabetes, hipertensão, câncer de colo do útero e mama, são de exclusividade do médico. Percebe-se, então, que o nível de independência do enfermeiro varia conforme o agravo a saúde em questão.

Ampliando a discussão sobre o uso de protocolos clínicos destinados ao cuidado de grupos específicos na APS, verifica-se que os mesmos ao serem utilizados por profissionais de enfermagem na atenção a saúde da mulher, possuem potencial para garantir cuidado integral.

O uso desses instrumentos têm sido apontado como um dos fatores que facilitam a atenção ao pré-natal de baixo risco na atenção básica, já que, os mesmos orientam a solicitação de exames laboratoriais e de imagem, prescrição medicamentosa e a realização de referência para outros níveis de atenção pelos profissionais de enfermagem de uma maneira que lhes traz respaldo legal e permite um cuidado em saúde com maior segurança e resolutividade.²⁴ Consequentemente o uso de protocolos clínicos pode potencializar a assistência pré-natal nesse nível de atenção, uma vez que permite uma ação da enfermagem mais autônoma e liberta. Ao ficar em maior evidência, o profissional desenvolve a possibilidade de aumentar o vínculo estabelecido com as usuárias atendidas nos serviços, permitindo

melhorias no processo de trabalho e continuidade da assistência.²⁵

Evidências científicas sobre o uso dessa ferramenta no cuidado em saúde da mulher apontam que os profissionais o percebem como item fundamental para uma assistência a saúde de maneira efetiva. França²⁶ aponta que, por mais que os profissionais apresentem dificuldades em compreender e utilizar os protocolos destinados a saúde da mulher é por meio deles que os mesmos compreendem a real necessidade e importância de dedicar tempo a esse tipo de atenção.

De maneira semelhante, Farias e Barbieri²⁷, apontam que a falta de protocolos clínicos e fluxos assistenciais bem definidos pode impactar de maneira negativa na prestação de cuidados a saúde sexual e reprodutiva de mulheres. Os autores alertam ainda que a qualidade da organização da rede de serviços para atender essas demandas está diretamente ligada ao grau de organização dos serviços em ofertar educação permanente aos seus profissionais, estabelecer protocolos assistenciais e definir linhas de cuidado assistenciais.

Outros pesquisadores afirmam a necessidade de definição de protocolos em situações mais específicas de adoecimento dessa população. Como no caso da identificação e tratamento precoce da depressão pós-parto.²⁸

A atenção destinada a saúde da criança também merece destaque com relação a utilização de protocolos clínicos na APS. Em experiência desenvolvida em Foz do Iguaçu, no Paraná, pesquisadores apontam como quesito essencial para o cuidado a saúde de crianças com necessidades especiais uma maior periodicidade de visitas domiciliares; atenção programada a CRIANES e suas famílias; protocolos de atendimento; e intercâmbio com a escola. O uso de protocolos foi citado no intuito de organizar a atenção e estratificar os usuários de acordo com as demandas que apresentam.³⁰

Nas demandas relacionadas a violência infantil e a ideação suicida nessa faixa etária também são apontadas pelos profissionais da enfermagem como situações que exigem uso de fluxos e protocolos. A falta desse instrumento pode despertar nesses profissionais sentimentos de falta de preparo para agir nessas situações quando encaradas no nível de atenção primária a saúde.^{31, 32}

Os protocolos de saúde na atenção a criança assistida na APS funcionam como balizadores da prática de enfermagem, muito embora possam ser percebidos pelos profissionais como um instrumento que pode engessar o cuidado. Os enfermeiros apontaram ainda a necessidade de atualização constante desses materiais, no intuito

de garantir um cuidado seguro e eficaz.³³

4. PLANO OPERATIVO

Quadro I – Descrição do Plano Operativo.

AÇÃO	OBJETIVO	RESPONSÁVEL
Realização de revisão de literatura sobre a temática.	Aprofundar os conhecimentos sobre o uso e benefícios do uso de protocolos clínicos de enfermagem.	Autor
Desenvolvimento de projeto de pesquisa.	Delinear as etapas do processo de coleta e análise de dados.	Autor e orientadora
Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa	Adquirir liberação do comitê de ética para realizar o estudo	Autor e orientadora
Realização da pesquisa	Coletar e e analisar os dados	Autor e orientadora
Apresentar os resultados ao COREN de Pernambuco	Auxiliar com o relatório técnico em futuras atualizações do Protocolo Clínico do Coren de Pernambuco.	Autor, orientadora e membros do Coren de Pernambuco.

Fonte: O Autor

5 RESULTADOS

Os resultados do presente estudo são organizados em duas etapas: uma inicial em que são especificados os achados da pesquisa documental e a sua comparação com o Protocolo Clínico de Enfermagem desenvolvido pelo Coren de Pernambuco, e um segundo com as percepções dos entrevistados da pesquisa acerca desse instrumento. A seguir está disposto o quadro com os quesitos essenciais a serem observados durante a criação de protocolos clínicos de acordo com a literatura consultada.

Quadro II – relação de quesitos a serem observados no processo de criação de protocolos clínicos e sua comparação com o Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica do Coren-PE.

Quesito avaliado	O Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica do estado de Pernambuco alcança o quesito?
Construção junto a grupos de interesse	SIM
Apresentação do(s) objetivo(s) do protocolo clínico	SIM
Contextualização dos agravos e das temáticas abordadas	NÃO
Realização de Diagnóstico situacional regional	NÃO
Basear-se em evidências científicas	Alcança em partes
Basear-se em aspectos éticos e legais	Alcança em partes
Descrição das atribuições da equipe de enfermagem na atenção básica	NÃO
Processo de validação do protocolo	SIM
Apresentar etapas do Processo de Enfermagem para cada agravo ou temática abordada	Alcança em partes
Linguagem clara e objetiva: uso de fluxogramas	Alcança em partes
Declaração de conflitos de interesse	NÃO
Monitoramento e avaliação	NÃO
Divulgação e implementação	Alcança em partes

Fonte: O autor

A partir do levantamento de dados junto aos documentos analisados, verificou-se um consenso com relação a necessidade de envolver sujeitos que tenham interesse na criação de um protocolo clínico, objetivando facilitar a sua elaboração, divulgação e implantação nos sistemas de saúde.³⁴ Para além disso, os envolvidos nesse processo devem ser pessoas detentoras de conhecimentos e experiências na área que será foco do protocolo. Gestores em saúde, docentes, pesquisadores, trabalhadores da assistência a saúde podem e devem estar presentes no processo de criação desses instrumentos. O envolvimento desses atores visa garantir maior alinhamento do ponto de vista teórico, político, prático e social.³⁵ Salienta-se ainda a necessidade de incluir sujeitos com comprovada experiência em metodologia científica, busca em bases de dados, avaliação e análise crítica da literatura.⁹

O protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica do Coren de PE³⁶ não traz informações pertinentes aos grupos que compuseram a sua confecção de maneira pormenorizada. O instrumento não deixa claro quais profissionais foram esses, ou quais as medidas adotadas para a sua seleção, como os encontros ocorreram e qual metodologia adotada para o processo. Em entrevista com a conselheira do Coren, observou-se que houve a seleção de profissionais de enfermagem para composição dos grupos que iriam construir os capítulos do protocolo.

Nós realizamos uma seleção de currículo, houve uma divulgação ampla no site do coren, a gente teve um período de divulgação. Após esse período a gente passou a receber as inscrições, pela seleção de currículo...a gente priorizou aqueles com maior nível de instrução...e também experiência na área, que tinham experiência na área de saúde pública. Após a seleção tivemos várias reuniões para passar a padronização do protocolo, o que ele deveria conter... (Coren)

Com relação ao quesito “objetivo do protocolo”, a literatura analisada aponta que esses instrumentos devem apresentar o motivo de criação dos mesmos, sua relevância, objetivos gerais e políticas de saúde as quais está vinculado. Devem ainda incluir grupos populacionais, profissionais e nível de atenção para o qual seu uso está destinado.^{9,35,34}

Em seu prefácio o Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica indica qual o propósito e os objetivos relacionados a criação do mesmo. Indica ainda as áreas temáticas (políticas de saúde) que são abordadas em seu conteúdo. Alcançando, desse modo, esse quesito.³⁶

Com relação ao quesito “Contextualização dos agravos e das temáticas abordadas”, observou-se dentro dos documentos analisados menção relacionada a necessidade de contextualizar para os leitores dos protocolos a respeito da situação clínica abordada, apresentar dados epidemiológicos e potenciais complicações da sua morbimortalidade, devendo ainda apresentar a forma de prevenção, seu diagnóstico e tratamento, além de outras condutas quando disponíveis.³⁴

No tocante ao instrumento objeto de análise desse estudo verificou-se que as áreas temáticas de saúde da Mulher, pré-natal, puerpério, saúde da criança, saúde do homem, saúde do adolescente, saúde do idoso, planejamento familiar, diabetes mellitus, hanseníase, feridas, população negra e população de rua não possuem descrições acerca de aspectos epidemiológicos ou de morbimortalidade. Por outro lado, as áreas temáticas de saúde mental, hipertensão arterial sistêmica e tuberculose apesar de citarem aspectos epidemiológicos desse agravo, apresentam de maneira ainda muito redutiva e pontual, não evidenciando aspectos sobre a situação das mesmas a nível global, nacional ou regional.³⁶

No tocante ao quesito “realização de diagnóstico situacional”, a literatura pesquisada aponta para a necessidade de desenvolver protocolos clínicos baseados na realidade de cada localidade, levando em consideração as diversidades culturais, sociais, epidemiológicas, demográficas, econômicas, políticas e de cunho assistencial de cada região do país. Desse modo, estaria garantida uma assistência a saúde mais resolutiva, já que seria pensada para a realidade de uma população que terá as suas necessidades levadas em consideração. O diagnóstico situacional compreende um processo de coleta, tratamento e análise de dados sobre uma determinada região, que pode, conseqüentemente, facilitar o desenvolvimento de ações em saúde.³⁴

De maneira geral, o Protocolo analisado pelo presente estudo não apresenta informações pertinentes a realização de diagnóstico situacional para elaboração do instrumento. A organizadora do protocolo evidenciou que não foi realizado diagnóstico situacional no estado de Pernambuco para criação do instrumento.³⁶

Outro ponto abordado pela literatura especializada corresponde a necessidade de embasar a construção de protocolos clínicos nas melhores evidências científicas

disponíveis. Recomenda-se que as informações contidas nesses instrumentos sejam baseadas em referências bibliográficas atuais, de pelo menos dos 10 últimos de anos^{34,35} O protocolo deve ainda conter a descrição da estratégia para busca da evidência (estratégia de revisão da literatura), qualidade da evidência, grau da força da recomendação das evidências, identificação do percentual de recomendações baseadas em evidências, identificação das informações oriundas da opinião de especialista, considerações sobre segurança das ações, mau uso potencial em diferentes cenários, localização, custo-efetividade e escassez potencial de recursos.⁹

As referências bibliográficas predominantes do Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica são manuais, protocolos do Ministério da Saúde e de entidades representativas da saúde. Existiam referências com publicação superior a 10 anos. O protocolo não contém especificado se foi realizada e como foi sistematizada a busca na literatura. Apenas o capítulo referente a pré-natal especifica o grau de recomendação das ações de enfermagem descritas. Não se observou no protocolo considerações sobre segurança das ações, mau uso potencial em diferentes cenários, localização, custo-efetividade ou escassez potencial de recursos.³⁶

Além dos aspectos científicos, os princípios éticos e legais são elencados como essenciais para criação de protocolos assistenciais, devendo os mesmos serem guiados por normas e resoluções dos Conselhos de Enfermagem e do Ministério da Saúde.^{9,35} Em seu prefácio a necessidade de criação do Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica está relacionada a aspectos éticos e legais, como destacado no trecho a seguir: “Contudo, devido as diferenças regionais e as amplas ações que envolvem o cuidado fundamentado nas competências técnicas, científicas, éticas e legais, surgiu a necessidade de aprimorar a assistência de enfermagem no estado de Pernambuco”. Porém, não são descritas as leis ou resoluções que foram utilizadas como balizadoras da produção do material em questão.³⁶

Outro ponto de destaque corresponde as atribuições dos profissionais de enfermagem na equipe de atenção básica, que devem estar descritas nos protocolos clínicos para assistência de enfermagem conforme legislação vigente sobre o exercício profissional da categoria e das publicações oficiais do Ministério da Saúde. O cumprimento desse quesito visa além da garantia do seguimento das legislações vigentes à organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem nesse nível de atenção, onde cada profissional estará ciente das suas atribuições para oferta de cuidado durante o processo.^{9,35}

O Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica não traz especificado quais as atribuições dos membros da equipe de enfermagem no contexto das ações descritas pelo instrumento. Apenas o capítulo referente a feridas trouxe indicações quanto as atribuições de cada membro, ainda assim, não detalhando essas atribuições. Não se observou menção quanto a lei do exercício profissional e da resolução que a regulamenta ou sobre a política nacional de atenção básica, que traz orientações quanto as responsabilidades de cada membro da equipe de atenção básica.³⁶

Uma das etapas essenciais para criação de protocolos clínicos corresponde ao processo de validação desses materiais, elencado como um quesito importante nos materiais estudados. Por validação compreende-se um processo para verificar a adequabilidade de um instrumento para o fim pelo qual foi desenvolvido. Observa-se durante esse processo a apresentação, a adequação aos seus propósitos, a qualidade do conteúdo em termos das evidências científicas e a adesão dos profissionais. A validação pode acontecer de diversas maneiras, a exemplo: participação de profissionais com experiência, participação de usuários, validação por meio de juízes, consulta pública, estudo-piloto, entre outras.^{9, 34,35}

No Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica não se encontra descrito se o mesmo passou por validação ou qual método utilizado nesse processo. A organizadora do protocolo em sua fala durante a entrevista relatou que o protocolo passou por validação com os profissionais que construíram o instrumento e passou por validação com a Associação Brasileira de Enfermagem. Esse último sendo um órgão responsável pelo desenvolvimento científico da categoria no país. Não ficou claro como essa validação se deu, salienta-se, desse modo, a falta de processos validativos mais criteriosos do protocolo em questão.³⁶

Em seguida observa-se como quesito necessário para criação de protocolo clínicos de enfermagem a organização do seu conteúdo pautando-se na sistematização da assistência de enfermagem com a descrição do processo de enfermagem e de suas fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Esse quesito atende ao que é preconizado pela resolução 358 de 2009 do COFEN⁷, que versa sobre a obrigatoriedade de todos os serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, que dispõem de serviços de enfermagem devem instaurar a sistematização da assistência de enfermagem.^{9, 35}

O Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção básica teve como referência a resolução do COFEN 358/2009, que versa sobre a sistematização da assistência de enfermagem em serviços de saúde públicos e privados. Os tópicos relacionados a mastalgia, queixas urinárias em saúde da mulher e população de rua não possuem descrição do processo de enfermagem (Histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação).^{7, 36}

As áreas temáticas de amenorreia, cervicites, citologia, climatério, rastreio mamográfico do câncer de mama, pré-natal, puerpério, saúde do homem, saúde do adolescente, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Hanseníase, Feridas e Doença Falciforme possuem Histórico de enfermagem, diagnósticos e intervenções, porém, não possuem alusão sobre avaliação de enfermagem.³⁶

As áreas temáticas de Saúde da Criança, Saúde do idoso, Planejamento Familiar, Saúde Mental, Tuberculose, Arboviroses e COVID-19, possuem sistematizados diagnósticos de enfermagem e intervenções, contudo, não apresentam históricos de enfermagem sistematizados.³⁶

A taxonomia utilizada no protocolo foi a Classificação Internacional para a Prática de enfermagem (CIPE). Salienta-se que, os históricos de enfermagem contidos no protocolo não são padronizados, cada capítulo e seus autores organizaram individualmente as apresentações desses instrumentos.³⁶

Além do que deve constar nos protocolos clínicos ser um ponto importante a ser observado, a forma como eles deve ser apresentada aos leitores é um quesito a ser levado em consideração. A literatura analisada aponta que o uso de uma linguagem clara e objetiva é um fator essencial para organização do protocolo clínico, podendo utilizar-se uma estrutura que facilite a consulta pelos profissionais como, por exemplo, usar fluxogramas, quadros e imagens. Para confecção desses materiais os autores de protocolos clínicos devem adotar alguns cuidados, sendo eles: construir fluxogramas no final do protocolo, devem ser construídos pelos profissionais que participaram da criação dos mesmos, devem ser representações simples e de fácil compreensão, as informações não podem ser redundantes e nem repetitivas, entre outras.^{9, 35}

O Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica utiliza quadros e fluxogramas para apresentar seus conteúdos. Os diagnósticos e intervenções sempre são apresentados em quadros, o que facilita a observação e organização da

assistência. Os fluxogramas, por outro lado, não apresentam padronização entre os capítulos e não estão organizados conforme as orientações para fluxogramas do guia do COREN de São Paulo, que indica as formas geométricas usadas, regras e padrões a serem usados durante o processo.^{9, 36}

Um outro cuidado importante a ser tomado durante a produção de protocolos assistenciais é o manejo de possíveis conflitos de interesse. Configura-se como essencial a declaração de conflitos de interesse que possam haver durante esse processo, referindo-se aos aspectos de cunho comercial, econômico/financeiro, ideológico, religioso e político. Nesse quesito devem constar as instituições de provisão de recursos e profissionais que elaboraram e revisaram o protocolo.^{9,34,35} O Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica não traz menção a conflitos de interesse em nenhum trecho do seu corpo textual. Pela fala da conselheira e organizadora do instrumento, verificou-se que não se deliberou durante a criação do protocolo clínico aspectos pertinentes a eventuais conflitos de interesse.

O monitoramento e a avaliação são questões também elencadas como primordiais no processo de criação e implantação desses instrumentos, visando verificar os desfechos que os mesmos possuem na qualidade da assistência prestada, então, cabe aos responsáveis pela sistematização dos protocolos desenvolver processos que oportunizem a verificação de como esses recursos se comportam na realidade clínica e como podem ser aprimorados posteriormente.^{9,35} O protocolo não especifica se serão avaliados resultados ou desfechos com o seu uso nos municípios. Segundo informações coletadas com a conselheira do Coren, percebeu-se que não há perspectiva de realizar avaliações de maneira sistematizada, que na realidade, através da câmara técnica da atenção básica instituída no conselho o protocolo passará por uma nova atualização.³⁶

Por fim, a divulgação e implementação são quesitos que foram levantados na análise documental, que recomendam a ampla publicização dos protocolos assistenciais. As fontes recomendam o estabelecimento de diferentes estratégias de divulgação, objetivando alcançar o maior número de profissionais, gestores, instituições acadêmicas e de controle social. Devem envolver as instâncias representativas de gestores (Conasems, Cosems) nesse processo. Os organizadores desses instrumentos podem estruturar planos de implementação, que devem prever treinamento de todos que utilizarão o protocolo. A divulgação deve ser feita nos

websites oficiais, fazer parte dos livros de divulgação, cursos, seminários e disponibilizados eletronicamente.^{9,35}

O protocolo encontra-se divulgado no site do COREN de Pernambuco, qualquer pessoa pode baixá-lo gratuitamente. Existem notícias no site oficial do COREN-PE sobre o mesmo. Mesmo assim, nas entrevistas observou-se que muitos entrevistados (entre enfermeiros e gestores) não apresentavam conhecimentos sobre divulgação ou implementação do instrumento no estado. A organizadora do protocolo não informou nenhum outro método de divulgação.³⁶

No que tange as percepções que os profissionais detêm sobre o protocolo em questão, observa-se que os mesmos o apontam como um instrumento que pode guiar práticas assistenciais, garantir respaldo ético e legal além de servir de fonte de informações. Salienta-se que, esses indivíduos também chamaram atenção para o desenvolvimento de estratégias para aprimoração desse instrumento com maior regularidade, apontando inclusive, pontos a serem melhorados edição avaliada.

6. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Ao ser desenvolvida, essa pesquisa almejou o aprimoramento do Protocolo Clínico objeto dessa investigação, tendo em vista que o mesmo é observado pelos profissionais como um meio eficiente para melhorar a prática. A seguir estão listadas sugestões a serem observadas em futuras atualizações desse instrumento:

- Descrição mais detalhada dos grupos de interesse que compuseram a criação e revisão do Protocolo, assim como a explicitação dos métodos de convocação desses indivíduos. Deixando claro as suas áreas de atuação e suas *expertises* profissionais;
- Aprimoramento das contextualizações dos agravos descritos no Protocolo, no sentido de destacar a importância de desenvolver ações de saúde para essas áreas do conhecimento;
- Realização de diagnóstico situacional dos principais problemas de saúde pública do estado, para guiar o desenvolvimento estratégico do Protocolo, no intuito de sanar os problemas de saúde pública dessa região;
- Evidenciar de maneira clara os aspectos pertinentes a busca e avaliação das evidências científicas utilizadas no protocolo, contribuindo com uma prática de saúde baseada nas melhores evidências;
- Apresentar descrição objetiva das funções de cada membro da equipe de enfermagem no contexto da atenção básica;
- Apresentar todas as etapas do Processo de Enfermagem, para todos os tópicos do Protocolo;
- Apresentar e destacar os conflitos de interesse envolvidos com a criação do instrumento;
- Padronizar os fluxogramas do Protocolo;
- Apresentar de maneira programática plano para monitoramento e avaliação do instrumento na realidade dos serviços.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma Ata: OMS; 1978.
2. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional da Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
3. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. SAÚDE DEBATE. 2020; 42 (esp): 163-173.
4. Thume E, Fehn AC, Acioli S, Fassa MEG . Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde - avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2018, 42(supl 1): 275-288.
5. Horta WA. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. Rev. Esc. Enf. USP, 1974, 5(1): 7-15.
6. Koster I. O Exercício Profissional da Enfermagem no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil [Tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2019.
7. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução 358 de 2009. Brasília, DF: COFEN; 2009.
8. Presidência da República (BR). Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: COFEN, 1986. 5 p.
9. Pimenta CAM, LOPES CT, AMORIM AF, NISHI FA, SHIMODA GT, JENSEN R. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP, 2015.
10. OLIVEIRA, P.S.; DIEFENBACH, G.D.F.; COLOMÉ, J.; BURIOL, D.; ROSA, P.H.; ILHA, S. Atuação profissional nas urgências/emergências em unidades básicas de saúde. v.12, p.820-826, 2020.
11. Araújo MCC, Acioli S, Neto M, Mello AS, Brandão PS. Protocolos de enfermagem: motivação e metodologia no processo de construção compartilhada. Rev enferm UERJ. 2017; 25 (esp): 1-5.
12. Santos AM, Fontes NML, Nogueira EC. Reflexões da teoria de wanda horta no cuidado a pacientes ostomizados. Ciências Biológicas e de Saúde Unit. 2017, 4(2):71-82.
13. Carvalho PM, Marques RABS, Marinis C, Freitas MRI. Sistematização da Assistência de Enfermagem em centro obstétrico à luz da Teoria de Wanda Horta. In:

Anais do XV SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS INTEGRADAS DA UNAERP CAMPUS GUARUJÁ; 2018. Ribeirão Preto: SP; 2018, p. 1-12.

14. Camacho ACLF, Joaquim FL. Reflexões à luz de Wanda Horta sobre os instrumentos básicos de enfermagem. REUOL. 2017, 11(12): 5432-38.

15. Santos LSC, Oliveira BKF, Watanabe M, Silva EO, Vattimo, MFF. Wanda de Aguiar Horta: revisão histórica e influência científica no período de Consolidação da Enfermagem como Ciência no Brasil, 1960 a 1999. Research, Society and Development. 2022, 11(12): 1-15.

16. Cardoso JM, Botelho MB, Borges MIG, Paula AP, Martins ACT. O Projeto AcolheSUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil. Ciênc. saúde coletiva [internet], jun 2019 [acesso em 26 nov 2020]. 24 (6): 2095-2103. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602095&lng=en&nrm=iso.

17. Kahl C, Meirelles BHS, Cunha KS, Bernardo MS, Erdmann AL. Contributions of the nurse's clinical practice to Primary Care. Rev Bras Enferm. 2019, 72 (2): 354-9.

18. Pereira JG, Oliveira M. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. Acta Paul Enferm. 2018, 31 (6): 627-35.

19. Costa AB, Gouvea PB, Rangel RCT, Schneider P, Alves TF, ACOSTA AS. Percepção dos enfermeiros sobre o acolhimento e classificação de risco na Atenção Primária à Saúde (APS). Enfermería Actual de Costa Rica [internet]. 2018 [citado em 26 nov 2020], 35: 103-115. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140945682018000200103&lng=en&nrm=iso.

20. Evangelista F.; Vega, R.G.; García, E. B. La calidad percibida en la gestión enfermera de la demanda urgente en un centro Atención primaria. Rev. iberoam. educ. invest. Enferm [Internet]. 2015, 5 (3): 43-55.

21. 22. Toso BRGO, Filippin J, Giovanella L. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016, 69(1): 169-77.

22. Souza MM, Ongaro JD, Lanes TC, Andolhe R, Kolankiewicz ACB, Magnago TSBS. Patient safety culture in the Primary Health Care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019, 72(1): 27-34.

23. Martiniano CS, Coêlho AA, Souza MB, Brandão ICA, Silva AKF, Uchôa SAC. Caracterização da prescrição de medicamentos por enfermeiros nos protocolos de Atenção Primária à Saúde. Rev enferm UERJ. 2016, 24(3): 1-7.

24. Bortoli CFC, Bisognin P, Wilhelm LA, Prates LA, Sehnem GD, Ressel LB. Fatores que possibilitam a atuação do enfermeiro na atenção pré-natal. Rev Fun Care Online. 2017; 9(4): 978-983.

25. Sehnem GD, SaldanhaLS, Airboit J, Ribeiro AC, Paula FM. Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. *Revista de Enfermagem Referência*. 2019, 5(1): 1-08.
26. França VH, Modena CM, Confalonieri UEC. A multiprofessional perspective on the principal barriers to universal health coverage and universal access to health in extremely poor territories: the contributions of nursing. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016, 24 (esp).
27. Farias ACB, Barbieri AR. Seguimento do câncer de colo de útero: Estudo da continuidade da assistência à paciente em uma região de saúde. *Esc Anna Nery*. 2016, 20(4): 1-9.
28. Meira BM, Pereira PAS, Silveira MFA, Gualda DMR, Santos Júnior HPO. Desafios para profissionais da atenção primária no Cuidado à mulher com depressão pós-parto. *Texto contexto – enferm*. 2015, 24(3): 706-712.
30. Silva RMM, Lui AM, Correio TZHO, Arcoverde MAM, Meira, MCR, Cardoso LL. Busca ativa de crianças com necessidades especiais de saúde na comunidade: relato de experiência. *Rev Enferm UFSC*. 2015, 5(1): 178- 185.
31. Maia JN, Ferrari RAP, Gabani FL, Tacla MTGM, Reis TB, Fernandes MLC. Violência contra criança: cotidiano de profissionais na atenção primária à saúde. *Rev Rene*. 2016, 17(5): 593-601.
32. Sousa KA, Ferreira MGS, Galvão EFC. Multidisciplinary health care in cases of childhood suicidal ideation: operational and organizational limits. *Rev Bras Enferm*. 2020, 71 (Supl 1).
33. Yakuwa MS, Andrade RD, Wernet, M.; Fonseca, L.M.M.; Furtado, M.C.C.; MELLO, D.F. Saberes dos enfermeiros na atenção primária à saúde da criança. *Texto contexto - enferm*. 2016, 25(4).
34. Ministério da Saúde (BR). Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: delimitação do escopo. Brasília, DF: Secretaria de Ciências, Tecnologias e Insumos estratégicos, 2019. 31p.
35. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Diretrizes para elaboração de protocolos de Enfermagem na Atenção Primária a Saúde pelos Conselhos Regionais. Brasília, DF: COFEN, 2018. 22 p.
36. Conselho Regional de Enfermagem do Pernambuco (BR). Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica do COREN-PE. Recife, PE: COREN-PE, 2020. 421p.

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA COREN DE PERNAMBUCO



CARTA DE ANUÊNCIA

O Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco autoriza que o pesquisador Francisco Jaime Rodrigues de Lima Filho, mestrando do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães, FIOCRUZ/PE, desenvolva a pesquisa intitulada "Avaliação do Protocolo Clínico de Enfermagem na Atenção Básica do estado do Pernambuco", sob a orientação da pesquisadora Doutora Idê Gurgel. Estando ciente dos objetivos, métodos e técnicas necessárias a realização da pesquisa, concorda em fornecer os subsídios necessários a sua execução, desde que sejam assegurados todos os quesitos abaixo descritos:

1. O cumprimento das determinações éticas de pesquisas que envolvem seres humanos, descritos na Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.
2. A garantia de receber informações sobre o estudo, antes, durante e após a sua conclusão.
3. Que não recairá sobre essa instituição nenhuma despesa envolvendo o estudo.
4. O direito de retirar a minha anuência caso as exigências anteriormente colocadas não sejam cumpridas.

Recife, 25 de abril de 2022.


José Gilmar Costa de Souza Júnior
Coren-PE nº 20107-ENF
Presidente

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA SECRETARIA DE SAÚDE DE PAULISTA



SECRETARIA DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA


Autorizo FRANCISCO JAIME RODRIGUES DE LIMA FILHO, pertencentes a instituição proponente FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ - INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES a desenvolver a pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DO ESTADO DE PERNAMBUCO”.

Ciente dos Objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/12 CNS/MS;
- 2) Início da pesquisa após aprovação do Comitê de Ética (quando necessário) - **RECOMENDO**;
- 3) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 4) Que não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde de Paulista decorrente da participação nessa pesquisa;
- 5) Garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurada privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- 6) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Os pesquisadores comprometem-se em enviar para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia do trabalho de conclusão de curso em formato PDF no email educasaudepaulista@gmail.com.

Paulista, 09 de novembro de 2021.


Juliane Raquel M. de Santana
Diretora de Educação em Saúde
AGTES / SMS / PAULISTA
MAT: 44.675

Juliane Raquel Miranda de Santana
Diretora de Educação na Saúde
Mat. 44675

