

A CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS NO TRABALHO EM ENFERMAGEM

THE CONSTRUCTION OF ASSISTANCE PROTOCOLS IN NURSING WORK

LA CONSTRUCCIÓN DE PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

Ivete Maroso Krauzer ¹
Clarice Maria Dall'Agnoll ²
Francine Lima Gelbcke ³
Elisiane Lorenzini ²
Lucimare Ferraz ¹

¹ Universidade Estadual de Santa Catarina – UFSC, Departamento de Enfermagem. Chapecó, SC – Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, RS – Brasil.

³ UFSC, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC – Brasil.

Autor Correspondente: Ivete Maroso Krauzer. E-mail: ivete.krauzer@udesc.br
Submetido em: 31/08/2017 Aprovado em: 26/03/2018

RESUMO

Objetivo: analisar como ocorre a construção e discussão sobre os protocolos assistenciais em um hospital público de alta complexidade. **Método:** estudo qualitativo realizado por meio de grupos focais com 16 profissionais: enfermeiros, técnicos de enfermagem e membros da Comissão de Educação Permanente, cujas informações foram submetidas à análise temática. O estudo fundamenta-se na premissa freireana no que diz respeito à mudança ou transformação, problematização, diálogo e autonomia. **Resultados:** emergiram três categorias: os protocolos em meio à complexidade do contexto organizacional, os protocolos em meio à organização do trabalho em enfermagem e a educação permanente como estratégia para construção dos protocolos. **Conclusão:** as demandas do contexto hospitalar e a organização do trabalho de enfermagem necessitam ser repensadas numa perspectiva de minorar os entraves que dificultam a elaboração de protocolos. A educação permanente propicia o diálogo, a problematização da realidade e a constituição de novas formas de fazer o cuidado em saúde.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Processo de Enfermagem; Educação em Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze how the construction and discussion of care protocols takes place in a high complexity public hospital. **Method:** a qualitative study conducted through focus groups with 16 professionals: nurses, nursing technicians and members of the Permanent Education Committee, whose information was submitted to the thematic analysis. The study is based on the Freirean premise, with regard to change or transformation, problematization, dialogue, and autonomy. **Results:** three categories emerged: the protocols in the midst of the complexity of the organizational context, protocols in the midst of gaining nursing work and lifelong education as strategy for the construction of protocols. **Conclusion:** the demands of the hospital context and the organization of nursing work need to be (re) thought of in order to alleviate the obstacles that hamper the elaboration of protocols. Continuing Education promotes dialogue, problematization of reality and the constitution of new ways of doing health care.

Keywords: Health Management; Nursing Process; Education, Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar cómo se da la construcción y discusión sobre los protocolos asistenciales en un hospital público de alta complejidad. **Método:** estudio cualitativo realizado por medio de grupos focales con 16 profesionales: enfermeros, técnicos de enfermería y miembros de la Comisión de Educación Permanente, cuyas informaciones fueron sometidas al análisis temático. El estudio se fundamenta en la teoría de Paulo Freire, en lo que se refiere a cambio o transformación, problematización, diálogo y autonomía. **Resultados:** surgieron tres categorías: los protocolos entre la complejidad del contexto organizacional, los protocolos entre la organización de los servicios de enfermería y la educación permanente como estrategia para la construcción de protocolos. **Conclusión:** las demandas del contexto hospitalario y la organización de los servicios de enfermería necesitan ser (re) pensadas desde la perspectiva de mitigar los obstáculos que dificultan la elaboración de protocolos. La educación permanente propicia el diálogo, la problematización de la realidad y el establecimiento de nuevas formas de dispensar cuidados de salud.

Palabras clave: Gestión en Salud; Proceso de Enfermería; Educación en Enfermería.

Como citar este artigo:

Krauzer IM, Dall'Agnoll CM, Gelbcke FL, Lorenzini E, Ferraz L. A construção de protocolos assistenciais no trabalho em Enfermagem. REME – Rev Min Enferm. 2018[citado em ____ ____];22:e-1087. Disponível em: _____. DOI: 10.5935/1415-2762.20180017

INTRODUÇÃO

Protocolos assistenciais são tecnologias que fazem parte da organização do trabalho da enfermagem e se constituem em um importante instrumento de gerenciamento em saúde. Na atualidade, valer-se dessas tecnologias é prerrogativa das instituições de saúde que prezam pela excelência dos serviços e buscam garantir a segurança dos profissionais e usuário.¹ Nesse sentido, a adoção dos protocolos para o cuidado é pertinente e dá suporte para organizar e gerenciar o trabalho de enfermagem.²

Algumas instituições lançam mão dos protocolos para organizar o serviço, otimizar o trabalho e padronizar condutas, incorporando-as à prática assistencial e arranjando-se a partir dos recursos disponíveis. Outrossim, não é incomum encontrar protocolos nas gavetas das unidades ou em arquivos de computador, pouco acessados pelas equipes. Destarte, a não utilização das normativas pode levar à carência de padronização das ações e diversidade nas formas de fazer, culminando em equívocos na realização dos atos assistenciais.

Embora essa forma de organização seja amplamente difundida nas instituições de saúde, comumente ocorrem situações em que profissionais desconhecem os protocolos ou sabem da sua existência, mas não os aplicam na prática. Ocorre também de os profissionais desenvolverem as suas ações, muitas vezes sem terem a consciência do objeto a ser modificado.³

Este estudo fundamentou-se nas obras de Paulo Freire, tendo-se ancorado em quatro conceitos-chave: mudança ou transformação, problematização, diálogo e autonomia. A mudança ou transformação é entendida como inerente ao desenvolvimento da consciência da sociedade, despertada por meio da educação,⁴ sendo a ação educativa um ato de conhecimento e conscientização, mediada pelo diálogo singular entre os sujeitos. A mudança também assume caráter de processo, pois um sujeito crítico, consciente de si fundamenta seu presente para então projetar as ideias para o futuro.⁵

No trabalho em saúde, as ações desenvolvidas se completam no momento da sua realização e podem ser identificadas e caracterizadas na esfera da produção não material.⁵ Compreende-se que o produto do trabalho em saúde na maioria dos casos não se materializa, impossibilitando uma avaliação ou comparação concreta do que foi produzido. Essa circunstância pode gerar discrepâncias nas formas de cuidado assistencial em saúde. Sendo assim, torna-se imprescindível a utilização de uma tecnologia, como os protocolos assistenciais, para nortear a organização do trabalho no âmbito dos serviços de saúde.

Na perspectiva dialética e emancipatória, reconhecer a importância das normatizações e a aplicação dos protocolos de organização dos serviços parece ser contraditória, pois a determinação de normas e padrões está intimamente ligada a um modelo de gestão hierarquizado, composto pela divisão do trabalho e centrado na tarefa em si. Nessa direção, Freire mencio-

na ser próprio da educação problematizadora a “exigência da superação da contradição entre educador-educandos, feita por sujeitos conhecedores do seu contexto. Sem isso não é possível a relação dialógica, indispensável à cognoscibilidade dos sujeitos cognoscentes, em torno do mesmo objeto cognoscível”.^{4:39}

Contudo, problematizar a realidade do trabalho num contexto conflitante é inerente às interações humanas e a presença de dissensos parece salutar, quando vistos pela lente da dialética. Esse manuscrito justifica-se porque se acredita que possa desencadear novos saberes e novas práticas, transformando a realidade a partir das iniciativas individuais e coletivas

A organização do trabalho depende da definição clara de normas, protocolos, regras e fluxos, os quais devem ser socializados e respeitados por todos os profissionais, de modo que as ações em conjunto atendam aos objetivos a que se propõe um serviço de saúde.⁶ Nesse sentido, emergiu a questão de pesquisa: como ocorre o processo de construção dos protocolos assistenciais no cotidiano do trabalho de enfermagem no contexto hospitalar? Assim, definiu-se como objetivo deste estudo: analisar como ocorre a construção e discussão sobre os protocolos assistenciais em um hospital público de alta complexidade.

MÉTODO

O estudo segue a vertente qualitativa e foi realizado com 16 profissionais, incluindo enfermeiros, técnicos de enfermagem e membros da Comissão de Educação Permanente de um hospital público de alta complexidade da região Sul do país, que busca obter credenciamento para tornar-se hospital de ensino. A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro e maio de 2016, por meio de grupos focais. Nos encontros coordenados pela pesquisadora doutoranda, contou-se com o auxílio de uma assistente de pesquisa, doutora, com experiência no desenvolvimento dessa técnica, que exerceu o papel de observadora não participante. Os grupos foram assim concebidos:

O grupo focal 1 foi constituído de enfermeiras assistenciais, enfermeiras coordenadoras de unidade e técnicas de enfermagem, oriundas de quatro unidades assistenciais para adultos. A seleção dos participantes para esse grupo ocorreu mediante a técnica de *snowball* entre os profissionais de enfermagem do turno da tarde. Assim, inicialmente, foi feito convite à enfermeira responsável pela educação continuada, considerando a importância desse âmbito na discussão dos protocolos, a qual indicou uma enfermeira das unidades de internação e esta sugeriu outra até completar o módulo de quatro enfermeiras; a última enfermeira indicou um técnico de enfermagem que, por sua vez, recomendou outro, e assim sucessivamente, até completar o módulo também de quatro participantes dessa categoria profissional. Dois encontros foram realizados com esse

grupo composto de nove participantes, contando a enfermeira da Comissão de Educação Continuada.

O grupo focal 2 formou-se pelos membros da Comissão de Educação Permanente, convidados pessoalmente pela pesquisadora. Da mesma forma que o anterior, dois encontros se sucederam com esse grupo. A finalidade principal consistiu em debater acerca da construção dos protocolos assistenciais. Dos 15 membros da comissão, cinco compareceram no primeiro encontro e sete no segundo, sendo três participantes do primeiro encontro e quatro novos integrantes.

Em posse dos resultados parciais dessas etapas, houve um momento integrador entre os participantes dos grupos focais 1 e 2, nominado de grupo focal 3. O encontro teve a finalidade de reformular estratégias para dar sequência à implementação de protocolos assistenciais no local de estudo. Participaram integralmente da pesquisa 16 profissionais, sendo nove oriundos do GF 1 e sete membros do GF2, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Participantes da pesquisa

Participantes	Data dos encontros	Nº participantes
*GF1 – enfermeiras coordenadoras e assistenciais + técnicas de enfermagem	27/01/2016 (1º) 03/02/2016 (2º)	9 8
†GF2 – membros da Comissão de Educação Permanente	10/03/2016 (1º) 15/03/2016 (2º)	5 7
‡GF3 – 5 membros GF1 + 6 membros do GF2	09/05/2016 (Encontro integrador)	11

*Grupo focal 1 †Grupo focal 2 ‡Grupo focal 3.

O critério de inclusão dos participantes dos grupos focais consistiu em ter interesse em discutir o tema proposto. O critério de exclusão estabelecido foi não estar disponível para comparecer nas datas e horários dos encontros.

Como eram grupos diferentes, os temas disparadores para debate no grupo 1 consistiram em arguir sobre o conhecimento dos protocolos utilizados nas unidades assistenciais e saber a participação do grupo na construção desses protocolos. Esses dois temas foram debatidos nos dois encontros. No grupo 2 o tema mais importante girou em torno de como estava ocorrendo atualmente a construção dos protocolos e em que âmbito ocorriam as tomadas de decisões. No grupo 3 ocorreu a socialização dos temas e estabeleceram-se estratégias de melhorias na implementação dos protocolos assistenciais.

As informações foram submetidas à análise temática, cuja finalidade foi descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e que tivessem significado e relevância para o estudo.⁷ Operacionalmente, utilizou-se o *software* Nvivo10 para organizar as informações, mas a análise foi feita manualmente. A pesquisa atendeu às recomendações contidas na Resolução CNS 466/12⁸ e tramitou na Plataforma Brasil sob o CAEE

número 50337315.6.0000.5347. Contou-se com a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o número 1.348.999. Os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando com uma via do documento e a outra com as pesquisadoras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram agrupados em três categorias temáticas: os protocolos em meio à complexidade do contexto organizacional, os protocolos em meio à organização do trabalho em enfermagem e a educação permanente como estratégia para construção dos protocolos.

OS PROTOCOLOS EM MEIO À COMPLEXIDADE DO CONTEXTO ORGANIZACIONAL

Para organizar o serviço de enfermagem, inicialmente o hospital deteve-se na criação dos procedimentos operacionais padrão, que são instrumentos comuns na Enfermagem e contêm o passo a passo das ações necessárias para o desenvolvimento de uma atividade ou procedimento técnico. Posteriormente, esses profissionais dedicaram-se à construção de protocolos, debatendo em pequenos grupos, e os atualizavam e implementavam de acordo com o serviço que mais demandavam ou, como referiram alguns participantes, "*os que mais necessitavam*". O diálogo a seguir ilustra essa condição:

— *acho que a construção dos protocolos foi pela demanda de usuários e necessidade dos profissionais, então, as situações que a gente estava vivenciando e iniciou pelo protocolo de lesões de pele e pelo de PCR, depois tivemos que acelerar um pouco a construção dos demais pela questão da segurança (criação do Núcleo de Segurança do Paciente) e agora todos estão sendo readequados pelo novo modelo para que de fato seja um protocolo (E1, GF 1, Encontro 1, 27/01/2016).*

— *Então, para cada protocolo foi estipulado um grupo de profissionais responsáveis pela elaboração, por exemplo: para o protocolo de cirurgia segura foi designado um enfermeiro assistencial e mais dois profissionais para elaborarem. E assim foram formadas várias comissões de trabalho com essa finalidade. Isso está em andamento (E2, GF 1, Encontro 2, 03/02/2016).*

Entre os protocolos construídos, os participantes destacaram o protocolo de atendimento à parada cardiorrespiratória (PCR), o primeiro a ser implementado em 2012 e que ocorreu de acordo com a concepção de prática que eles consideraram ade-

quada: foi escrito por uma comissão de profissionais do serviço daquela época e, posteriormente, socializado e discutido por meio do estudo teórico e de simulações feitas na própria unidade de trabalho. Além deste, os participantes mencionaram os protocolos de prevenção e tratamento de lesões de pele, aspiração de vias aéreas, transplantes e doação de órgãos e Sistema Manchester de classificação de risco. Foi comentado no grupo:

[...] esse protocolo de PCR, eu acho que foi o melhor porque foi posto em prática. Primeiro foram feitas simulações nas unidades com o boneco. Era sempre agendado, organizado com o setor. Eu acho que esse último treinamento que eles fizeram foi bem mais real, tem que fazer isso. Por exemplo: cadê o material, colocaram toda presença na equipe como se fosse de verdade, na família também (E4, GF 1, Encontro 1, 27/01/2016).

A discussão no grupo focal constitui-se na relação dialética entre os contextos concretos e teóricos. Ao expor-se o caminho trilhado e o *modus operandi*, abre-se o debate sobre os diferentes olhares de um mesmo contexto, desvelando-se a realidade com suas contradições e incompletudes, tal qual é a vivência em sociedade. Todavia, esse movimento busca alcançar a melhor prática e pode promover a transformação do modo de cuidar em direção, também, de melhores condições de vida e saúde das pessoas.⁹ Nesse aspecto, o diálogo estabelecido entre os profissionais é um fator disparador das mudanças que podem ocorrer no contexto do trabalho.

Novamente se destacou o protocolo de atendimento à PCR, não obstante, faz-se uma ressalva quanto ao período de tempo a que se referem os participantes, pois nem todos os integrantes dos grupos focais trabalhavam na instituição quando se iniciou o processo de construção de protocolos. Portanto, por vezes, aludiram ao que foi feito e em outros momentos ao que estava por vir, como ilustra este excerto extraído do GF 2:

O protocolo que teve mais êxito foi o de PCR, porque a gente saiu da lógica de só trazer a informação e capacitar. As pessoas envolveram-se na própria construção e implementação. Acho que foi um ganho grande. A gente percebeu o quanto as equipes produzem de conhecimento. Acho que na época participaram em torno de 20 pessoas, foi in loco, nos setores (MCEP7, GF 2, encontro 2, 15/03/2016).

Pode-se entender esse processo como uma ação dada que é algo que não se pode mudar, cuja característica é o constante movimento.⁴ Apesar de o protocolo de atendimento à PCR ter sido citado como a experiência mais marcante e efetiva entre os participantes, esse não foi apreendido de imediato por todos os profissionais. A explicação para isso é que na organi-

zação de trabalho hospitalar não se dispensa o tempo suficiente de estudo para a apropriação dos protocolos, demandando que os profissionais de saúde estudem fora do horário e do ambiente de trabalho. Além disso, o serviço não dispõe do número adequado de trabalhadores, como assinalado nas falas:

[...] os profissionais entram em choque, ficam apressados, nem sabem o que fazer primeiro. [...] na verdade, no meu setor foi feito uma vez só, até falei para as meninas levarem o material para a casa, dar uma estudada. [...] quando forem buscar o desfibrilador tragam o carrinho também (E1, GF 1, Encontro 1, 27/01/2016).

[...] é, a falta de tempo e fazer as conexões entre fluxos de todos os setores para escrever uma normativa. Na implementação dos protocolos é o tempo, a questão dos horários dos funcionários, não tem funcionários suficientes (E3, GF 1, Encontro 2, 03/02/2016).

É importante destacar que, apesar da problemática atribuída à falta de profissionais no contexto do estudo, não há a aplicação sistemática de instrumentos para avaliação do grau de dependência dos pacientes em relação ao cuidado de enfermagem e a conseqüente não realização do dimensionamento de pessoal.¹⁰ Intervir nesse âmbito complexo é possível se o processo de mudança for dialógico e se houver uma relação entre sujeitos que almejam a resolução dos problemas, definindo objetivos em comum, sem interferir na autonomia de cada um e na de todos.

Ao se distinguir os diferentes saberes oriundos de cada profissional que faz a prática, depara-se com um cenário complexo em que respeitar o saber de cada um e as trajetórias de vida são condições determinantes para a reflexão crítica da realidade.⁴ Dessa maneira, confrontam-se subjetividades, identificam-se semelhanças e dessemelhanças, abrindo uma possibilidade de se estabelecer projetos comuns em meio às diferenças. Outrossim, ressalta-se a importância do diálogo como um dos pilares que oferece sustentação à elaboração e implementação dos protocolos.

Os profissionais de enfermagem avaliam o resultado de algumas práticas por meio do preenchimento de formulários. Estes se referem ao modo de fazer, revelando a preocupação imediata da equipe em atender às necessidades do paciente, no ato da sua produção. Entretanto, ainda não estão sistematizadas a ponto de se apresentarem como um instrumento de gerência, como retratado nos comentários:

[...] a gente tem um formulário em que se avalia o resultado dos cuidados. Por meio destes se avalia e se dá o retorno dos dados a equipe. Por exemplo: sabe-se que o colchão piramidal com capa não é efetivo, então se retirou a capa (E3, Fonte: GF 1, Encontro 1, 27/01/2016).

É, nós até temos alguns dados de avaliação, ah [...] isso melhorou um pouco, mas aí, até chegar na gestão, como você vai falar isso? Às vezes expõe as fragilidades da enfermagem (MCEP7, GF 2, Encontro 2, 15/03/2016).

O objetivo final da avaliação da prática é prestar um cuidado seguro ao paciente.¹¹ Tal cuidado envolve vários aspectos que devem ser revistos na prática, por meio da orientação diária realizada pelo enfermeiro à equipe. Entretanto, além da orientação cotidiana, vislumbra-se ampliar o olhar para a educação permanente.¹² Mesmo que se constitua um desafio difícil e complexo, a qualidade deve ser priorizada pelas instituições de saúde e pelos profissionais que as integram.

Pelos diálogos estabelecidos nos grupos percebe-se a iminente necessidade de avaliar a situação no momento da sua produção, ou seja, a de fazer corretamente aquelas ações que haviam sido pensadas e discutidas pelas equipes, as quais culminaram com a execução de um protocolo. Não obstante, além da premência em se obter o resultado, pode-se, também, valorizar aquele profissional de modo a mudar a sua prática, melhorar as relações interpessoais e obter melhores resultados para os pacientes.¹³ Esse movimento de reflexão e ação, mesmo que timidamente, ocorre quando os sujeitos se encontram em transição de uma consciência ingênua para uma consciência crítica.⁴

OS PROTOCOLOS EM MEIO À ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM ENFERMAGEM

Ao se destacar a organização do trabalho como tema que gerou desassossego no diálogo dos grupos, é importante que os profissionais reflitam sobre a continuidade do ato em si, problematizando os contextos onde ocorre o trabalho.

Os protocolos assistenciais visam nortear os cuidados de saúde prestados pela enfermagem. A ausência de protocolos que padronizem as atividades e os serviços de saúde dificulta a organização das práticas de cuidado.⁹

Na enfermagem, gerenciar e administrar em tal complexidade, além de ser uma atividade privativa do enfermeiro, requer conhecimentos, habilidades e atitudes cujo desenvolvimento é possível quando se percebe que essas dimensões são indissociáveis e estão imbricadas na formação regular, no modelo da estrutura institucional, nas tecnologias disponíveis e nas características e envolvimento dos profissionais com a organização do serviço.¹⁴ Essas características convergem para um modo de ser e fazer flexíveis e dialógicos ideais para uma instituição de saúde que faz jus à sua missão.

Nessa direção, é pertinente esclarecer que o a estrutura do hospital é formal, complexa, composta de vários departamentos e se utiliza, na maioria das vezes, da comunicação por meio de manuais, descrições de cargos, organogramas, regras e regu-

lamentos. Essa modalidade é predominante na atualidade,¹⁵ de modo que o contexto referido na literatura é semelhante ao encontrado neste estudo.

Ao se dialogar sobre a organização do trabalho de maneira geral, desvelaram-se dificuldades internas, as quais se referem ao acolhimento dos profissionais de enfermagem e à falta de tempo para gerenciar a unidade e realizar o cuidado ao paciente simultaneamente. No acolhimento evidenciaram-se dificuldades da instituição em acompanhar e orientar o profissional novo até a sua adaptação ao trabalho e apropriação da cultura organizacional. Esse aspecto ficou demonstrado pela ênfase com que os enfermeiros chefes, coordenadores e técnicos de enfermagem se manifestaram nos encontros:

[...] primeiro é explicado o funcionamento do hospital, o que tem atualmente é a integração, em que algumas pessoas explicam os seus setores, para aqueles que são recém-admitidos, mas às vezes acontece de irem direto para o setor, acho que não é suficiente para dar uma noção do hospital (E1, GF 1, Encontro 1, 27/01/2016).

— Eu já peguei duas funcionárias ao mesmo tempo e dei as coisas mais fáceis pra elas naquele dia, para não atrasar o meu serviço e não assustar. Uma tem que dar a mão para a outra. E no final de semana fica só uma enfermeira no andar, como é que ela vai acolher o funcionário, fazer assistência e gerenciamento, não dá assim (TE2, GF 1, Encontro 2, 03/02/2016).

O profissional de saúde ao adentrar como trabalhador no serviço hospitalar necessita ser acolhido, pois muitas vezes depara-se com um panorama complexo e adverso e desconhece a cultura da instituição, seus fluxos, área física e pessoas. Nesse sentido, o acolhimento ao profissional pela instituição não está descolado do acolhimento que se presta aos pacientes.¹⁶ Entre as formas de acolher os novos profissionais destaca-se a apresentação, de forma dialógica, dos protocolos que a instituição possui para que, por meio do operacionalização dessa tecnologia, se sintam mais integrados e seguros com os aspectos organizacionais do serviço.

Em meio à ambiência hospitalar, surgem os consensos e dissensos sobre a questão de gestão de pessoas, ilustrado nos debates dos grupos focais:

— Nesses últimos seis meses, creio que uns cinco enfermeiros e três técnicos saíram do meu setor.

[...] Geralmente a gente não apresenta, nem tem tempo. Acho que deveria ser apresentado antes de enviar o funcionário ao setor. Explicar algumas rotinas, a pessoa nova está ali, é acompanhada pelos técnicos por 2 ou 3

dias, as meninas são bem colaborativas (E1, GF 1, Encontro 1, 27/01/2016).

Um aspecto mencionado como empecilho para a construção e efetivação do protocolos foi o alto *turnover* de profissionais nos setores hospitalares, diferentemente de outras áreas de conhecimento e do mercado de trabalho, em que a rotatividade de pessoal pode ser vista como uma dinâmica importante de oxigenação das organizações. Na enfermagem esse fato pode refletir a descontinuidade dos serviços, interferir na relação interpessoal e na organização das equipes.¹⁷

Além da alta rotatividade de trabalhadores nos setores de saúde, a falta de tempo devido à elevada carga de trabalho foi percebida pelos profissionais como obstáculo para a construção de protocolos. A excessiva carga de trabalho que se traduz em falta de tempo para exercer as funções de gerência e de cuidado constitui-se em um impasse para os enfermeiros.¹⁸ Na prática cotidiana, o enfermeiro exerce simultaneamente assistência e gerência, o que acarreta sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, comprometendo a qualidade da assistência.¹⁹ Infere-se que parte da problemática atribuída à falta de tempo no contexto do estudo decorre das múltiplas funções que o enfermeiro desenvolve, como prática do cuidado, gerenciamento de recursos humanos e materiais, liderança, programação da assistência, capacitação da equipe e avaliação das ações de cuidado da enfermagem. A fala a seguir explicita as assertivas:

— [...] é, a falta de tempo e fazer as conexões entre fluxos de todos os setores para escrever uma normativa. Na implementação dos protocolos é o tempo, a questão dos horários dos funcionários, não tem funcionários suficientes, tirar ele das unidades é complicado (E3, GF 1, Encontro 2, 03/02/2016).

Ainda, muitos enfermeiros julgam as ações de gerenciar e cuidar como diferentes e valorizam o cuidado quando o mesmo é prestado por si próprio ao paciente.²⁰ Entre as explicações para tal percepção emergem as concepções de gerenciamento de enfermagem e gerenciamento do cuidado advindas do modelo proposto por *Florence Nightingale* e, também, das teorias administrativas, as quais têm influenciado fortemente a enfermagem como profissão.²⁰

Intervir nesse complexo cenário é possível se o processo de mudança for dialógico e se houver uma relação entre sujeitos que almejam a resolução dos problemas, definindo objetivos em comum sem interferir na autonomia de cada um e na de todos. Nesse aspecto, a educação no trabalho é uma estratégia importante para entender o contexto e intervir nele com conhecimento e responsabilidade.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA PARA CONSTRUÇÃO DOS PROTOCOLOS

Um aspecto considerado como uma estratégia para a construção de protocolos assistenciais foi a educação permanente desenvolvida pelo hospital. O investimento na formação profissional tem sido tema de discussão corrente na atualidade, haja vista a velocidade do desenvolvimento tecnológico e as deficiências na educação brasileira, as quais incidem diretamente na práxis de enfermagem e na saúde. A formação precisa ser continuada, pois o desenvolvimento de habilidades e competências gerenciais do enfermeiro não pode centrar-se apenas na graduação, mas ter continuidade na vida profissional como uma responsabilidade pessoal e, também, das instituições formadoras e empregadoras, formando uma rede permanente de atualização e produção de conhecimento.²¹

A educação no trabalho como meio de construir e implementar os protocolos emergiu devido às dificuldades na formação profissional, as quais foram debatidas reiteradas vezes e caracterizadas pelos participantes dos grupos focais como um problema institucional. Essas deficiências ocorrem no nível técnico e também na graduação, o que preocupa os gestores. E urge estabelecer estratégias de formação no trabalho, conforme foi verbalizado:

— [...] acho que isso que está se falando, da deficiência do conhecimento técnico-científico, da parte clínica e do desempenho, eu percebo nestes últimos anos que está evoluindo muito rápido. A demanda aumenta, a complexidade do cuidado também, contudo, desenvolver essa capacidade no conhecimento, nas habilidades para lidar com as coisas. As competências das pessoas não acompanham. Isso está acontecendo agora e fazer educação dentro disso tudo é mais complexo ainda (MCEP 7, GF 2, Encontro 1, 10/03/2016).

— [...] outra grande dificuldade é a formação técnica, eu que estou na UTI, espero receber um técnico que saiba, pelo menos, o que é uma adrenalina, mas ele chega aqui sem saber o que é uma dipirona, isso é a nossa maior dificuldade. Então, a gente “está secando gelo”, a gente corre atrás e a demanda está aí, mas você não tem o profissional técnico adequado. Esse é um problema de formação e você tem que repetir a orientação até se igualar com o funcionário. Sim, também, mas no nível superior a deficiência é mais particular, você observa um ou outro aluno que tem deficiência, não é geral [...] (MCEP9, GF 2, Encontro 2, 15/03/2016).

Outrossim, nas discussões dos grupos focais, a educação permanente surgiu como uma estratégia para ressignificar a

prática assistencial de enfermagem, visando implementar os protocolos com mais efetividade e contribuir para o aprimoramento profissional, possibilitando o aprendizado organizacional, incluindo as demais áreas hospitalares. O diálogo sobre esse tema foi assinalado pelos participantes no encontro integrativo:

— [...] eu defendo essa ideia, a da educação permanente, como uma possibilidade importante de melhorar a nossa formação. Já podemos ver as universidades que estão aqui dentro, trabalhando nesta direção (E3, GF 3, Encontro integrativo, 09/05/2016).

— [...] para mim, esse é o maior nó, o de conseguir estruturar o setor de educação dentro dessa demanda do hospital e das universidades, da complexidade, do aumento do número de pessoas, da ampliação da rede de serviços. A gente teve um momento das urgências e emergências, então, são muitos movimentos de adaptação acontecendo ao mesmo tempo e estruturar a educação permanente é um desafio e os protocolos estão muito relacionados com isso (MCEP 10, Fonte: GF 3, Encontro integrativo, 09/05/2016).

Dessa forma, despertar a consciência para compreender o entorno e tomar para si a responsabilidade de realizar a melhor prática parece ser uma motivação para transformar o contexto. Ao considerar-se que o processo de conscientização inicia-se no desvelamento da realidade, mas não basta conhecer e refletir sobre a realidade para que a transformação ocorra.⁴ Além da reflexão, faz-se mister intervir no contexto, num constante movimento de aprendizagem e diálogo, estabelecendo *feedback*, de modo a construir e reconstruir as práticas.

A educação permanente também pode ser percebida como aprendizagem no trabalho e se dá por meio da problematização e das metodologias ativas, com o intuito de transformar as práticas em algo significativo para a organização e para os profissionais.^{22,23} Ela tem como ponto de partida a realidade dos trabalhadores, sem perder de vista as necessidades de saúde da comunidade e os objetivos da organização.

A autonomia do enfermeiro no desenvolvimento das práticas surgiu no debate, pois as enfermeiras participantes do grupo focal acreditam que possuem mais autonomia sobre a equipe de enfermagem, haja vista deterem o conhecimento sobre o âmbito e a responsabilidade na coordenação da equipe. No tocante ao trabalho com as demais equipes, a autonomia é relativa, pois cada profissional tem responsabilidades diferentes nos atos assistenciais que são compartilhados.

Além disso, o intuito da prática da EP é gerar a autonomia do enfermeiro no desenvolvimento de competências para suas práticas de cuidado. Na elaboração de protocolos assistenciais deve-se ir além de uma proposição normativa, muitas

vezes engessada. Busca-se a construção de uma tecnologia flexível às inovações e demandas na área da saúde. Nessa lógica, seria mister que os profissionais enfermeiros desenvolvessem a autonomia ao desconstruir seus instrumentos de trabalho, na medida em que tomam consciência do contexto em que trabalham, identificam os consensos e dissensos, respeitam as diferenças e têm liberdade para agir de acordo com os preceitos éticos e legais que regem a sociedade.

CONCLUSÃO

A complexidade do trabalho de enfermagem em ambiente hospitalar demanda compreender aspectos gerais de administração e da organização do trabalho em saúde, bem como ampliar competências, habilidades e atitudes para desenvolver uma prática segura. A construção de protocolos constitui-se em uma das atividades realizadas pelos profissionais, em meio a outras demandas, mas é de extrema importância, principalmente para a segurança do paciente. A elaboração dessa tecnologia de trabalho ocorre por estudos teóricos, diálogos entre pares e práticas, como simulações de sua implantação no cuidado em saúde. Entre os entraves para a construção e apropriação dos protocolos pelos profissionais está a falta de tempo devido à alta demanda de atendimento que o hospital recebe. Além disso, a organização do trabalho do serviço hospitalar não corrobora a elaboração e implementação efetiva dos protocolos, uma vez que há alta rotatividade de pessoal e acolhimento inadequado dos novos trabalhadores nos setores.

A ancoragem nos pressupostos de Freire, de início, representou ser controversa, pois a determinação de normas e padrões está fortemente ligada a um modelo de gestão hierarquizado, composto pela divisão do trabalho e centrado na tarefa em si. Esse modo hierarquizado tem influenciado sobremaneira as organizações do trabalho, incluindo os serviços de saúde, com repercussões, também, no campo onde ocorreu o estudo.

Contudo, na perspectiva dialética e emancipatória, reconhecer o contraditório e deliberar sobre temas conflitantes parece ser adequado ao âmbito complexo de uma instituição hospitalar. A adoção desse marco teórico mobilizou os profissionais a manifestarem a sua opinião sobre o seu cenário de trabalho e sobre as dificuldades encontradas e, também, a revelarem as experiências exitosas ocorridas no cotidiano de trabalho.

Os problemas que emergiram nos debates são decorrentes da estrutura de pessoal, do modo de gerenciar, da alta demanda e da falta de tempo para gerenciar e cuidar. Sem jamais isentar as responsabilidades da instituição quanto à formação dos profissionais, é conveniente assinalar que em nenhum momento se discutiu a contribuição individual para o sucesso da implementação dos protocolos, o que pode levar a crer que a

resolução dos problemas é responsabilidade somente da gerência, do gestor ou de ambos.

A educação permanente apresentou-se como uma vertente potencializadora da formação profissional e reafirmação dos processos internos e condutas técnicas. As mudanças na área da saúde sinalizam a educação permanente para adequar a formação do trabalhador à realidade e ao uso de produtos e serviços, tais como a introdução e implementação de protocolos assistenciais.

Quanto às limitações da pesquisa, assinala-se o foco da abordagem nos profissionais de enfermagem e na Comissão de Educação Permanente do hospital em pauta. Em face das lacunas da literatura, este estudo consiste em um disparador para pesquisas futuras, em que se possa ampliar o foco das discussões, fomentando a adesão de outros trabalhadores da saúde, principalmente daqueles que integram a equipe multiprofissional e que, direta ou indiretamente, estejam envolvidos na construção e implementação de protocolos assistenciais.

Considera-se que os resultados desta pesquisa são uma importante fonte de reflexão para os profissionais de enfermagem, de saúde e gestores, entendendo que o momento pelo qual passa a instituição é ímpar para se estabelecer novos fluxos, novas condutas e fomentar o desenvolvimento da cultura de segurança, por meio da implementação dos protocolos assistenciais. Destaca-se a importância de estudos que possibilitem refletir sobre o trabalho da enfermagem, bem como a utilização de tecnologias que permitam a autonomia profissional e a legitimidade das ações.

AGRADECIMENTO

Agradecemos à Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Fundação do Ministério da Educação (MEC), pelo incentivo e parceria neste Doutorado Interinstitucional UFRGS/UEDESC/CAPES.

REFERÊNCIAS

1. Quadrado ERS, Tronchin, DMR. Evaluation of the identification protocol for newborns in a private hospital. *Rev Latino-Am Enferm.* 2012[citado em 2017 jan. 16];20(4):659-67. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000400005
2. Cruz FOAM, Ferreira EB, Vasques CI, Mata LRF, Reis PED. Validation of an educative manual for patients with head and neck cancer submitted to radiation therapy. *Rev Latino-Am Enferm.* 2016[citado em 2016 dez. 15];24:e2706. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100337
3. Ferraz F. Contexto e processo de desenvolvimento das comissões permanentes de integração ensino serviço: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire. *Interface.* 2012[citado em 2017 fev. 05];16(42):847-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000300021
4. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987. [citado em 2016 dez. 12]. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/paulofreire/paulo_freire_pedagogia_do_oprimido.pdf
5. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus Actas Saúde Coletiva.* 2012[citado em 2017 jan. 16];6(2):151-63. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>
6. Carvalho BG, Peduzzi M, Mandú ENT. Work and Inter-subjectivity: a theoretical reflection on its dialectics in the field of health and nursing. *Rev Latino-Am Enferm.* 2014[citado em 2017 jan. 16];20(1):19-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100004
7. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 2012. [citado em 2017 jan. 16]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
9. Erdtmann ALE, Mello ALSF, Andrade SR, Drago LC. Organization of care practices in the health network. *OBJN.* 2011[citado em 2017 jan. 02];10(1). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2011.3220.1>
10. Lorenzini E, Deckmann LR, Costa TC, Silva EF. Dimensioning of nursing staff: an integrative review. *Ciênc Cuid Saúde.* 2014[citado em 2017 jan. 02];13(1):66-72. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15959>
11. Caldana G, Gabriel CS, Rocha FL R, Bernardes A, Françolin L, Costa DB. Evaluating the quality of nursing care at a private hospital. *Rev Eletrônica Enferm.* 2013[citado em 2017 jan. 02];15(4):915-22. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n4/v15n4a08.htm
12. Carraro TE, Gelbcke FL, Sebold LF, Kempfer SS, Zapelini MC, Waterkemper R. A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012[citado em 2017 jan. 16];33(3):14-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n3/02.pdf>
13. Campos GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxi e da arte. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011[citado em 2017 jan. 02];16(7):3033-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/02.pdf>
14. Rothbarth S, Wolff LDG, Peres AM. Developing nursing managerial competencies from the perspective of nursing administration professor. *Texto Contexto Enferm.* 2009[citado em 2017 jan. 16];18(2):321-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/16.pdf>
15. Lorenzetti J, Oro J, Matos E, Gelbcke FL. Work organization in hospital nursing: literature review approach. *Texto Contexto Enferm.* 2014[citado em 2017 jan. 02];23(4):1104-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000401104
16. Nóbrega JAS, Assis CML, Farias ES, Grimberg SKCR. Entraves no acolhimento por enfermeiros de um hospital público. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2015[citado em 2017 jan. 02];19(4):299-306. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/19857/15105>
17. Pagno MS, Faveri F. Rotatividade da equipe de enfermagem: análise dos fatores relacionados. *Rev Adm Hosp Inov Saúde.* 2014[citado em 2017 jan. 02];11(2):136-42. Disponível em: <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2061/1360>
18. Dall'agnol CM, Moura GMSS, Magalhães AMM, Falk MR, Riboldi CO, Oliveira OP. Motivations, contradictions and ambiguities in the leadership of nurses in managerial positions in a university hospital. *Rev Latino-Am Enferm.* 2013[citado em 2017 jan. 02];21(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000501172
19. Silva EC, Silva KL, Collet N, Nobrega MML, Marques DKA. Management of the time of nursing actions in hospitalized child and adolescent care. *J Nurs UFPE online.* 2014[citado em 2017 jan. 02];8(11):3920-8. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5871/pdf_6545

20. Santos JLG, Pestana A, Guerreiro P, Meireles BSH, Erdamnn AL. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2013[citado em 2017 jan. 16];66(2):257-63. Disponível em: <http://search.proquest.com/openview/216a1e83dfa94f02d5975e61460ff90f/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2032618>
 21. Sade PMC, Peres AM, Wolff LDG. The formation of the managerial competencies of nurses: an integrative review. *J Nurs UFPE online*. 2014[citado em 2017 jan. 02];8(6):1739-45. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13649>
 22. Vendruscolo C, Trindade L, Krauzer IM, Prado ML. The insertion of the university in the quadrilateral of the permanent education in health: report of experience. *Texto Contexto Enferm*. 2016[citado em 2017 jan. 02];25(1):1-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2530013.pdf>
 23. Fagundes NC, Rangel AGC, Carneiro TM. Educação permanente em saúde no contexto do trabalho da enfermeira. *Rev Enferm UERJ*. 2016[citado em 2017 jan. 02];24(1):1-6. Disponível em: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11349>
-