

Guia para

Construção de Protocolos Assistenciais de

ENFERMAGEM



Coren^{SP}
Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

Guia para

Construção de Protocolos Assistenciais de

ENFERMAGEM

São Paulo
COREN-SP
2017

GUIA PARA CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM

Revisão ortográfica, projeto gráfico, capa e editoração
Gerência de Comunicação

Não autorizada a reprodução ou venda do conteúdo deste material.

Distribuição Gratuita
Novembro/2015

Edição revista em Maio/2017

Camila Takao Lopes
Adriana Francisco Amorim
Fernanda Ayache Nishi
Gilcéria Tochika Shimoda
Rodrigo Jensen
Cibele Andrucio de Mattos Pimenta

610.734

P649g

Pimenta, Cibele A. de M...[et al.].

Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem/Cibele A. de M. Pimenta...[et al.]; COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015.

ISBN: 978-85-68720-02-8

1. Protocolos clínicos 2. Protocolos de enfermagem 3. Prática baseada em evidências. 4. Enfermagem baseada em evidências. 5. Assistência de enfermagem. 6. Protocolos de enfermagem – Legislação.

Gestão COREN-SP 2015-2017

Presidente

Fabiola de Campos Braga Mattozinho

Vice-presidente

Mauro Antônio Pires Dias da Silva

Primeiro-secretário

Marcus Vinicius de Lima Oliveira

Segunda-secretária

Rosângela de Mello

Primeiro-tesoureiro

Vagner Urias

Segundo-tesoureiro

Jefferson Erecy Santos

Conselheiros titulares

Andrea Bernardinelli Stornioli, Claudio Luiz da Silveira, Demerson Gabriel Bussoni, Edinildo Magalhães dos Santos, Iraci Campos, Luciano André Rodrigues, Marcel Willan Lobato, Marcelo da Silva Felipe, Marcília Rosana Criveli Bonacordi Gonçalves, Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo, Paulo Cobellis Gomes, Paulo Roberto Natividade de Paula, Renata Andréa Pietro Pereira Viana, Silvio Menezes da Silva e Vilani Sousa Micheletti.

Conselheiros suplentes

Alessandro Correia da Rocha, Alessandro Lopes Andrighetto, Ana Márcia Moreira Donnabella, Antonio Carlos Siqueira Júnior, Consuelo Garcia Corrêa, Denilson Cardoso, Denis Fiorezi, Edir Kleber Bôas Gonsaga, Evandro Rafael Pinto Lira, Ildefonso Márcio Oliveira da Silva, João Batista de Freitas, João Carlos Rosa, Lourdes Maria Werner Pereira Koepl, Luiz Gonzaga Zuquim, Marcia Regina Costa de Brito, Matheus de Sousa Arci, Osvaldo de Lima Júnior, Rorinei dos Santos Leal, Rosemeire Aparecida de Oliveira de Carvalho, Vanessa Maria Nunes Roque e Vera Lúcia Francisco.

Autoria

Cibele Andruccioli de Mattos Pimenta

Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem de Universidade de São Paulo

Ieda Carla A.S.S. Pastana

Especialista em Saúde Pública. Assessora Técnica em Enfermagem na APS Santa Marcelina

Karina Sichieri

Mestre em Enfermagem. Chefe Técnica do Serviço de Ensino e Qualidade em Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

Raphaela K. T. Solha

Mestre em Enfermagem. Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem em Saúde Coletiva e da Família.

Wellington Souza

Mestre em Enfermagem. Enfermeiro do Hospital Estadual de Bauru.

Revisores técnicos

Marcília R. C. Bonacordi Gonçalves

Enfermeira, Mestre e Doutora pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/UNESP. Enfermeira do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. Professora tutora na Disciplina Inserção Instituição - Universidade - Serviço - Comunidade I (IUSC I). Preceptora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/ GraduaSUS, do Ministério da Saúde. Conselheira efetiva do Coren-SP. Coordenadora geral das Câmaras Técnicas do Coren-SP.

Paulo Cobellis Gomes

Doutor em Enfermagem. Membro da Câmara Técnica. Conselheiro Efetivo e Coordenador das Comissões de Ética em Enfermagem. Professor na Faculdade Santa Marcelina.

Sumário

1	Introdução	9
2	Definições	11
2.1	Procedimentos/rotinas	11
2.2	Protocolos	11
2.3	Guia de condutas/ <i>guidelines</i>	12
3	Aspectos legais relacionados ao uso de protocolos na enfermagem.....	13
4	Elementos para a elaboração e apresentação de protocolos.....	17
5	Prática baseada em evidências.....	20
5.1	Tipos de estudo	22
6	Revisão sistemática da literatura: a base dos protocolos de assistência.....	27
6.1	Elementos da revisão sistemática.....	29
6.1.1	A definição do problema	29
6.1.2	Estratégias de busca: descritores e bases de dados.....	32
6.1.3	CrITÉrios de seleção e inclusão dos estudos.....	37
6.1.4	Qualidade do estudo	38
6.1.5	Construção de fluxograma	40
7	Considerações finais	46
8	Referências consultadas	46

Lista de figuras

Figura 1. Hierarquia das evidências	25
Figura 2. Componentes centrais da prática baseada em evidências e da revisão sistemática	29
Figura 3. Fontes de informações primárias e secundárias	35
Figura 4. Fluxograma de lavagem de mãos.	41
Figura 5. Fluxograma para atendimento de enfermagem à criança com sobrepeso/obesidade na Atenção Básica.....	44
Figura 6. Fluxograma para atendimento de enfermagem à criança com parasitose intestinal na Atenção Básica.....	45

Lista de quadros

Quadro 1. Descrição da estratégia PICO.....	31
Quadro 2. Descrição da pergunta de pesquisa, estratégia PICO e combinação de descritores	33
Quadro 3. Características das principais bases de dados	36
Quadro 4. Níveis da qualidade de evidências	39
Quadro 5. Simbologia padrão para confecção de fluxogramas	43

1 Introdução

A assistência de enfermagem sem suporte teórico e padronização adequados favorece o exercício profissional imperito, negligente ou imprudente, podendo ocasionar danos à clientela, problemas legais e éticos aos profissionais e des-crédito da classe pela sociedade.

A construção de Protocolos assistenciais em enfermagem deve atender aos princípios legais e éticos da profissão, aos preceitos da prática baseada em evidências, às normas e regulamentos do Sistema Único de Saúde, em suas três esferas de gestão, e da instituição onde será utilizado.

Vantagens têm sido apontadas para o uso de protocolos de assistência, tais como: maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos. Ainda como vantagens, protocolos facilitam o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado.

Desvantagens também são apontadas sobre o uso de protocolos de assistência, mas a maior parte é decorrente do não atendimento às recomendações de construção de protocolos ou do desconhecimento dos princípios da prática baseada em evidências.

A criação e adaptação desordenadas de protocolos, resultando em recomendações vagas ou não adequadas às características locais, e a ausência de validação pela equipe de profissionais e usuários são falhas na construção dos protocolos, mas não da sua utilização. Preocupações com a construção de protocolos em situações em que as evidências são fracas, temor de que os profissionais com capacitação deficitária se apoiem integralmente neles, restringindo sua liberdade de tomada de decisão são objeções equivocadas. Profissionais com pouca experiência ou desatualizados se beneficiarão da existência de protocolos e seus clientes ficarão mais protegidos. Profissionais muito experientes e atualizados, caso optem por não utilizar o protocolo, deverão ter segurança teórica e prática que justifiquem sua decisão. A prática baseada em evidências alicerça-se nos princípios: trabalhar com as melhores evidências disponíveis, considerar a experiência do profissional, a realidade local e a preferência do

cliente. Assim, não é alienada das condições da realidade, mas propõe que a literatura científica de boa qualidade seja o grande apoio para a tomada de decisão sobre o cuidado.

A existência de protocolo não anula a autonomia profissional – o profissional é sempre responsável pelo que faz ao utilizar ou não um protocolo. Ao optar por não seguir um protocolo institucional, o profissional deve ter bem claras as razões para não fazê-lo, quais evidências científicas dão suporte a essa decisão e compreender que responderá individualmente por sua conduta. Se seguir um protocolo institucional também continuará sendo responsável pelo que faz, mas nesse caso, terá o endosso da instituição.

2 Definições

Não há consenso sobre o significado de Procedimento/Rotina, Protocolo ou Guia/Guideline, e definições que os diferenciem são necessárias. Esses documentos podem ser de natureza assistencial ou de gestão. Este guia trata exclusivamente daqueles de natureza assistencial.

2.1 Procedimentos/rotinas

São descrições minuciosas da execução de um cuidado de enfermagem direto (assistencial) ou indireto. Detalham os passos a serem executados e os materiais a serem utilizados. Devem ser elaborados dentro dos princípios da prática baseada em evidências.

2.2 Protocolos

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

O uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais. Os protocolos são instrumentos legais, construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências e oferecem as melhores opções disponíveis de cuidado.

Há princípios estabelecidos para construção e validação de protocolos de assistência/cuidado, como a definição clara do foco, da população a que se destinam, quem é o executor das ações, qual a estratégia de revisão da literatura e análise das evidências utilizadas. Um protocolo deve descrever também a forma de validação pelos pares, estratégias de implementação e a construção dos desfechos ou resultados esperados.

2.3 Guia de condutas/*guidelines*

É um conjunto de protocolos sobre determinada área de conhecimento. Deve ser construído dentro dos princípios da prática baseada em evidências. Pode se referir a ações de enfermagem independentes ou compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde.

3 Aspectos legais relacionados ao uso de protocolos na enfermagem

Os protocolos institucionais, após aprovação, serão divulgados e, estando os profissionais treinados para seu uso, passam a ter efeito de norma, cabendo a estes o compromisso pelo seu cumprimento.

O profissional de enfermagem responde por toda ação por ele praticada, ficando sujeito às penalidades legais e éticas previstas na Lei do Exercício Profissional nº 7.498/1986 (LEP), no seu Decreto regulamentador (Decreto nº 94.406/1987) e Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) – Resolução COFEN 370/2011 e demais legislações da Enfermagem.

Os Protocolos de enfermagem podem envolver quatro situações:

- a. Protocolo cujo tema é de enfermagem e a atuação dos profissionais de enfermagem está prevista nas legislações da enfermagem. Nesse caso, a responsabilidade pela elaboração, implementação e aprovação é exclusiva da Enfermagem, e deve receber aprovação da(o) enfermeira(o) Responsável Técnica(o) dos Serviços de Enfermagem. Para efeitos deste guia, entende-se por responsabilidade técnica o previsto na Resolução COFEN nº 458/2014.
- b. Protocolo cujo tema de atuação é multiprofissional e as ações de enfermagem estão amparadas em suas legislações. Nesse caso, a responsabilidade pela elaboração, implementação e aprovação é dos grupos profissionais envolvidos, devendo ser objeto de aprovação pelos responsáveis técnicos de cada profissão e pelo dirigente máximo da instituição. Exemplo disso são os protocolos de Atenção Básica à Saúde, regulamentados pelas Portarias do Ministério da Saúde, descritas abaixo.

As Portarias Ministeriais nº 2.488 e nº 1.625 que, respectivamente, aprovam a Política Nacional de Atenção Básica e alteram as atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, definem atribuições específicas dos profissionais enfermeiros, dentre elas, a realização de consultas de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, “conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços”.

Embora alvo de incompreensão e debates, essas Portarias estão em acordo com a Lei 7.498/86 e de seu Decreto Regulamentador nº 94.406/87, que prevê, entre as atribuições privativas do enfermeiro, a “prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”. Portanto, desde 1986 há previsão legal para que os enfermeiros desenvolvam as atividades previstas pelas Portarias Ministeriais supracitadas, mas essas ações só começaram a ser amplamente executadas pelos enfermeiros e conhecidas pela sociedade a partir de 2000.

- c. Protocolo que se baseia na possibilidade, também prevista na LEP no artigo II, inciso II, alínea c: “(...) prescrição de medicamentos (...) em rotina aprovada pela instituição de saúde” tem sido pouco utilizado pelos profissionais, mas pode representar oportunidade para a construção de protocolos que melhorem a assistência de enfermagem, por exemplo, nas situações de controle de sintomas como dor, náuseas e outros. Nas instituições de saúde onde houver a proposição de protocolos que utilizem esse atributo legal, a construção e a aprovação desses devem ser de responsabilidade de todos os profissionais envolvidos e dos responsáveis técnicos dos serviços, com aquiescência do dirigente da instituição. No protocolo, recomenda-se constar o nome dos enfermeiros aptos a utilizá-lo após treinamento prévio. Com essas ações, visa-se obter segurança no cuidado e resguardo legal para o profissional executante para o Responsável Técnico.
- d. Protocolos que prevejam ações específicas de enfermagem ou multiprofissionais que, embora não infrinjam claramente os limites da Lei do Exercício Profissional, de seu decreto regulamentador e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, não estejam explicitadas como de atuação do profissional, merecem atenção cuidadosa.

Protocolos que prevejam ações da equipe de enfermagem não contempladas pela Lei do Exercício Profissional e seu decreto regulamentador e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, não podem ser implementados, mesmo que sejam ordem do Gestor Federal, Estadual, Municipal, da instituição empregadora, desejados por outros profissionais e/ou desejados pelos profissionais de enfermagem. Nesse caso, antes de desenvolver e implementar o protocolo, tem-se que consultar/denunciar ao Conselho Regional de Enfermagem.

Apesar dos cuidados que os profissionais devem ter na preparação e implementação de protocolos, cabe ressaltar que a ampliação dos papéis dos enfermeiros, decorrentes dos avanços da ciência e da profissão, pressupõe a incorporação de novos fazeres, talvez ainda não previstos em Lei. Nesses casos, profissionais, instituições de ensino e Conselhos Profissionais devem ser sensíveis, articulados e visionários, identificando oportunidades, estratégias de capacitação e regulamentação que possibilitem o avanço da profissão de modo seguro, ético e legal.

O Conselho Federal de Enfermagem instituiu Resoluções, abaixo sintetizadas, que amparam a atuação dos profissionais. Recomenda-se que as atribuições dos profissionais de enfermagem sejam descritas em todos os protocolos assistenciais instituídos, visando à garantia do seguimento das legislações vigentes e à organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem.

A seguir, síntese dos principais aspectos da legislação relacionada ao uso de protocolos na saúde e na Enfermagem.

- Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 que regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, prevendo a elaboração de protocolos e procedimentos, entre outros, pelas instituições.
- Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, que altera a Lei nº 8.080/1990, e dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. Em seu artigo 19, inciso II, adota a seguinte definição para protocolo clínico e diretriz terapêutica: “documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos [...]”. Embora essa Lei refira-se a protocolo clínico de modo restrito ao diagnóstico e tratamento medicamentoso da doença, sob a ótica médica, é preciso ampliá-la, pois o uso de protocolos deve embasar o trabalho de todos os profissionais da saúde, entre eles, os de enfermagem.
- Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, naquilo que diz respeito a ser integrante da equipe de Saúde, na participação, na elaboração, execução e avaliação dos

planos assistenciais de saúde e no Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a profissão. A Lei determina como ação privativa do Enfermeiro a realização da Consulta de Enfermagem e, neste contexto, a prescrição da assistência de enfermagem visando à garantia da integridade/qualidade do cuidado.

- Resolução COFEN nº 159/93, que dispõe sobre a Consulta de Enfermagem como atividade privativa do Enfermeiro. Esta Resolução prevê, no seu artigo 1º, que a consulta de enfermagem deverá ser desenvolvida durante a assistência de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde, em instituição pública ou privada, visando à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. O objetivo da Consulta de Enfermagem é a identificação de necessidades de saúde e cuidado, planejamento e implementação de assistência, sendo essas ações embasadas nas melhores evidências científicas disponíveis, descrita em Protocolos e Normativas institucionais.
- Resolução COFEN nº 195/97, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotinas e complementares por Enfermeiros. Esta Resolução complementa a Resolução COFEN nº 159/93, estabelecendo que “para a prescrição de medicamentos em programa de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, o Enfermeiro necessita solicitar exames de rotina e complementares para uma efetiva assistência ao paciente sem risco e que a não solicitação de exames de rotina e complementares quando necessários para a prescrição de medicamentos é agir de forma omissa, negligente e imprudente, colocando em risco seu cliente (paciente)”.
- Resolução COFEN nº 358/2009, que estabelece no artigo 1º “O Processo de Enfermagem deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem”, e no artigo 3º, que “O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados”. Essa Resolução amplia os conceitos de Consulta e da Sistematização da Assistência de Enfermagem, considerados como forma de organização do trabalho profissional. A Sistematização da Assistência de Enfermagem pressupõe a organização de protocolos, procedimentos e rotinas, cuja organização deve pautar-se no uso das melhores evidências em saúde.

4 Elementos para a elaboração e apresentação de protocolos

Protocolos devem ter boa qualidade formal, ser de fácil leitura, válidos, confiáveis, terem conteúdo baseado em evidências científicas, ser corretamente utilizados e comprovadamente efetivos. Tudo isso implica em rigoroso processo de construção, adaptação à realidade local e implementação, além de seguimento por meio de indicadores de uso (processo) e efetividade (resultado).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros órgãos, nacionais e internacionais vêm elaborando critérios para a avaliação e construção de protocolos de assistência/cuidados. A seguir, apresentaremos síntese desses critérios, tendo como base documentos desses órgãos.

- a. **Origem:** identificar claramente a instituição/departamento que emite o protocolo.
- b. **Objetivo:** informar claramente a(s) situação (es) e as categorias de pacientes para a(s) qual(is) o protocolo foi organizado, assim como o grupo de profissionais que o implementará. Por exemplo, um protocolo voltado para “Cuidados com Feridas” é muito menos específico do que outro intitulado “Cuidado com Úlceras Venosas e Arteriais”. O primeiro envolverá uma gama de possibilidades como: feridas pós-cirúrgicas, úlceras arteriais, úlceras por pressão, úlceras venosas, feridas por lesões traumáticas, entre outros, e exigirá grande habilidade do grupo elaborador do protocolo para não omitir alguma das diversas possibilidades de feridas e tratamentos. No primeiro caso, a revisão da literatura será muito inespecífica, visto a variabilidade de lesões, e a síntese das evidências bastante complexa. No segundo caso, as situações são mais circunscritas, a revisão de literatura é mais específica e a síntese, mais tangível.
- c. **Grupo de desenvolvimento:** incluir profissionais especialistas e relevantes na área e usuários finais. Incluir profissionais com experiência em metodologia de pesquisa científica, em busca de evidências, análise crítica da literatura científica e análise de custo-efetividade. Para a busca e análise da literatura, existem procedimentos considerados imprescindíveis e muito bem descritos, que orientam os profissionais nessa tarefa. No item 6 deste Guia, vem descrita uma síntese desses procedimentos e estão indicados websites e textos para que os profissionais possam adquirir habilidades nessa área.

- d. **Conflito de interesse:** refere-se a aspectos de cunho comercial, econômico/financeiro, ideológico, religioso e político. Na declaração de conflito de interesses devem constar as instituições de provisão de recursos e profissionais que elaboraram e revisaram o protocolo.
- e. **Evidências:** são as informações cientificamente fundamentadas que justificam as ações propostas. O protocolo deve 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 e mau uso potencial em diferentes cenários e localização; custo-efetividade e escassez potencial de recursos. No item 6 deste Guia, vem descrita uma síntese desses procedimentos e são indicados websites e textos para que os profissionais possam adquirir habilidades nessa área.
- f. **Revisão:** conter revisão por revisor externo ao grupo elaborador, aprovação do documento pelos membros do grupo de desenvolvimento do protocolo e diretivo da instituição e plano de atualização. A atualização deve ser periódica (dentro do limite de tempo proposto, geralmente dois anos), instantânea (sempre que o grupo elaborador recuperar informação importante que exija mudanças fundamentais) e devido a incorreções (percebidas pelo público leitor ou outros profissionais), que deverão ser inseridas a qualquer momento. Local para comentários/objeções/correções ao protocolo deve estar disponível e ser de fácil acesso e aberto a profissionais e usuários.
- g. **Fluxograma:** é a representação esquemática do fluxo de informações e ações sobre determinado processo que subsidia a avaliação e a tomada de decisão sobre determinado assunto. É a representação esquemática de um protocolo. Fluxogramas, para serem de compreensão fácil e rápida, devem ser específicos. No item 6.1.5 estão descritos os princípios de construção de fluxogramas.
- h. **Indicador de resultado:** é uma variável resultante de um processo, capaz de sintetizar ou representar o que se quer alcançar, dando informações sobre uso, eficácia e efetividade de uma ação/protocolo. Indicadores precisam ser válidos (medir o que se pretende medir) confiáveis (serem estáveis, reprodutíveis). O monitoramento de indicadores deve ser atividade planejada e sistemática, para permitir a detecção de falhas e a implementação de melhorias. O monitoramento e a divulgação de resultados tornam

a atenção à saúde mais transparente aos profissionais, pacientes e órgãos gestores públicos e privados, auxiliando os usuários na escolha dos serviços e os gestores na alocação de recursos.

- i. **Validação pelos profissionais que utilizarão o protocolo:** é importante para garantir que o mesmo seja aceito e utilizado. Pode ser realizada pela inclusão de profissionais da instituição no grupo elaborador, sem prejuízo de participação de autoridades no tema, sendo recomendável uma validação externa.
- j. **Validação pelo usuário:** o uso de protocolos de assistência tem como premissa a participação dos usuários dos serviços no processo de tomada de decisão. A participação pode ser individual ou por meio de entidades representativas desse grupo. A participação pode ser menor ou maior, dependendo do tipo de protocolo e serviço. O protocolo deve estar disponível aos interessados, de forma estruturada e organizada, para consulta e manifestação. O grupo elaborador deve considerar em qual etapa do processo a participação dos usuários é viável, desejável ou fundamental. A participação pode ocorrer durante a fase de elaboração, especialmente no caso de protocolos de saúde coletiva, mas não exclusivamente, ou no momento do seu uso, como por exemplo, quando se indaga ao usuário qual sua preferência frente a duas opções disponíveis de cuidado. Essa decisão pode ser individual ou familiar. Protocolos cujo tema se relacione a associações de usuários, como diabéticos e renais crônicos, podem ser validados por esses associados. Quando não há grupos organizados, grupos focais de usuários da instituição podem ser formados, sob a coordenação dos responsáveis pela elaboração do protocolo. Nos serviços públicos, podem ser discutidos dentro dos conselhos gestores. A presença e usuários de serviços de saúde proporciona maior questionamento dos serviços e dos profissionais, favorecendo a transparência na gestão e na prestação de cuidados.
- k. **Limitações:** deve conter identificação e aconselhamento sobre práticas não efetivas ou sobre as quais não há evidências ou as evidências são fracas. No item 6 deste Guia, vem descrita uma síntese desses procedimentos e são indicados websites e textos para que os profissionais possam adquirir habilidades nessa área.
- l. **Plano de implementação:** o plano de implementação deve 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 disponibilizadas eletronicamente.

5 Prática baseada em evidências

O grande crescimento da literatura científica na área de saúde e de enfermagem ocorrido nas últimas décadas, os diferentes níveis de qualidade das pesquisas científicas, os resultados contraditórios dos estudos para um mesmo tratamento ou em determinada situação de cuidado, a necessidade de sintetizar essas informações, separando as mais consistentes das menos consistentes, de proteger o usuário de práticas pouco recomendáveis e otimizar os gastos em saúde, levaram ao desenvolvimento de um modelo de tomada de decisão sobre o cuidado denominado.

Medicina Baseada em Evidências que, com a adesão de outros profissionais a esse estilo de prática, passou-se a chamar Prática Baseada em Evidências (PBE).

Prática Baseada em Evidências é o uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência disponível na tomada de decisões sobre o cuidado ao paciente. Esta prática requer a integração da melhor evidência disponível na literatura à experiência clínica do profissional, às preferências do paciente e aos recursos disponíveis na instituição. Evidente, na língua portuguesa, significa o que é claro, indubitável, incontestável ou inquestionável.

A PBE originou-se entre o final da década de 1980 e início de 1990, com epidemiologistas canadenses (Universidade de McMaster) e com o britânico Archie Cochrane, com o propósito de promover assistência clínica efetiva, dentro dos recursos disponíveis para a prestação de serviços. Visa à melhoria do cuidado, buscando identificar e promover práticas que funcionem, eliminando as ineficientes ou prejudiciais e minimizando lacunas entre a produção da evidência e sua aplicação no cuidado ao paciente.

A PBE é um processo sistemático que envolve princípios interligados, dentre eles:

- a. **Cultivo do espírito investigativo.** Os profissionais devem apresentar atitudes questionadoras sobre sua prática assistencial. É preciso se indagar: o que o meu paciente tem? Que intervenções devo fazer? O que estou fazendo por ele é o melhor? Que resultados posso alcançar com essas ações? Esses são os melhores resultados possíveis? O que mais posso fazer? Ressalta-se que essas perguntas aplicam-se a todos os profissionais. O enfermeiro responderá quais são os problemas identificados no paciente, os diagnósticos de enfermagem, que intervenções de enfermagem de-

vem ser realizadas, quais evidências científicas sustentam o uso dessas intervenções, quais os resultados possíveis de serem alcançados com essas intervenções e quais estão sendo alcançados.

- b. **Formulação da pergunta que guiará a revisão da literatura.** É a descrição de qual é a dúvida sobre o cuidado, em forma de pergunta. Uma pergunta bem estruturada delimita o problema - quem é o paciente e qual sua condição, qual intervenção/cuidado quero prestar, se há outra intervenção/cuidado de eficácia maior, equivalente ou menor. Nessa etapa, ter clareza sobre qual é a dúvida de cuidado tende a resultar numa pesquisa de literatura mais específica e, possivelmente, mais efetiva. Minuciosa descrição da formulação da pergunta está no item 6.1.1 deste Guia.
- c. **Realização de busca sistemática de literatura.** Tem como objetivo responder a dúvida de cuidado. Para essa busca, devem-se utilizar combinações de palavras padronizadas (descritores - vocabulário controlado) ou palavras-chave (linguagem natural) nas bases de dados. O modo de buscar a literatura é padronizado na PBE e as bases de dados mais importantes em saúde e enfermagem estão descritos no item 6 deste Guia.
- d. **Seleção e avaliação crítica dos estudos mais relevantes.** Estudos mais relevantes são os de melhor qualidade metodológica, independentemente de o resultado ser favorável ou contrário ao cuidado/ação que se quer protocolizar. Avaliação crítica é a estratégia de classificar a qualidade dos estudos e aplicabilidade. Há roteiros e recomendações padronizadas para se fazer isso na PBE, que devem ser utilizados e estão descritos no item 6.
- e. **Integração das melhores evidências à experiência do profissional e às preferências e valores dos pacientes.** A experiência do profissional e a preferência do paciente estão integradas à PBE. Valores pessoais, culturais e expectativas do paciente/cliente e da equipe de saúde participam do processo de decisão. No entanto, o profissional e o usuário devem estar cientes de que a presença de forte evidência favorável ou forte evidência contrária a uma prática deve ter grande peso para nortear as escolhas. Nas situações em que as evidências de boa qualidade contrariam as intervenções que se pensou em utilizar ou que estão em uso na instituição, o profissional deve desenvolver ações para implantar o uso das intervenções de melhor evidência científica.

- f. **Avaliação dos desfechos.** Desfechos são os resultados que se quer alcançar e mensurar o quanto se conseguiu alcançá-los é o modo de identificar a efetividade de uma intervenção, avaliar sua adequação e verificar a necessidade de mudanças.

5.1 Tipos de estudo

A elaboração de protocolos baseados em evidência fundamenta-se em pesquisas clínicas. Avaliar a qualidade dos estudos requer dos profissionais conhecimentos sobre os diferentes tipos de estudos para a seleção dos mais adequados para responder à pergunta e com melhor qualidade. Em relação aos tipos de estudo primários, ou originais, tem-se, basicamente, quatro desenhos de pesquisa clínica: ensaio clínico, estudos de coorte, estudos caso-controle e transversal.

Pesquisa clínica é aquela que responde a uma dúvida da prática clínica, que pode estar relacionada à frequência de algum diagnóstico/problema de enfermagem (prevalência ou incidência), a um diagnóstico/problema (como identificá-los), a um prognóstico (como esse diagnóstico/problema vai evoluir e o que influencia na sua evolução) ou de tratamento (quais ações são mais efetivas para controlar/curar esse diagnóstico/problema). Os agravos (diagnósticos e problemas de enfermagem) podem ser doenças ou sintomas; testes diagnósticos podem ser um exame laboratorial ou um questionário; a evolução de um agravo pode ser a morte ou a cura, a piora ou melhora de um sintoma, de uma situação; e um tratamento pode ser o uso de fármacos, de ações educacionais, cognitivas e comportamentais (programas educativos, técnicas de relaxamento, de intervenções para mudanças de crenças e comportamentos), de uso de meios físicos (calor, frio, massagem), de apoio emocional (escuta, orientação, terapia breve) e social (ações junto à família e comunidade), entre outras.

A seguir, apresenta-se breve descrição sobre os tipos de estudo:

- a. **Ensaio clínico.** É um estudo comparativo composto por dois grupos, clientes/doentes, onde um grupo receberá o tratamento experimental (Grupo Intervenção) e o outro grupo receberá o tratamento convencional, um tratamento placebo, ou não receberá tratamento (Grupo Controle). Todo tratamento experimental deve ser eticamente adequado, isto é, respeitar as diretrizes nacionais que envolvem as pesquisas com seres humanos - Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012. Ensaios clínicos visam a verificar o efeito de uma intervenção

farmacológica, educacional, nutricional, de atividade física, meios físicos e natureza emocional, entre outras, sobre determinada condição (doença, sintoma, comportamento, pensamento e hábito). É o melhor estudo para testar os efeitos de intervenções/tratamentos.

Alguns elementos são essenciais para garantir a qualidade dos ensaios clínicos, como a alocação dos sujeitos da pesquisa de modo aleatório ou randomizado (exemplo, por sorteio) nos grupos, a presença de grupo controle e o cegamento.

A aleatorização/randomização visa à distribuição homogênea dos pacientes nos grupos de intervenção (o que recebe o tratamento) e grupo controle (o que recebe a intervenção tradicional, a intervenção placebo ou não recebe nenhum tratamento), e garante semelhança entre os grupos, isto é, garante que o diferente é apenas o tratamento, mas não as características das pessoas ou sua condição. A presença de grupo controle permite diferenciar os efeitos do tratamento dos efeitos que podem ocorrer, mas que não têm relação com o tratamento/intervenção experimental, por exemplo, o de retorno à média e o Efeito Hawthorne.

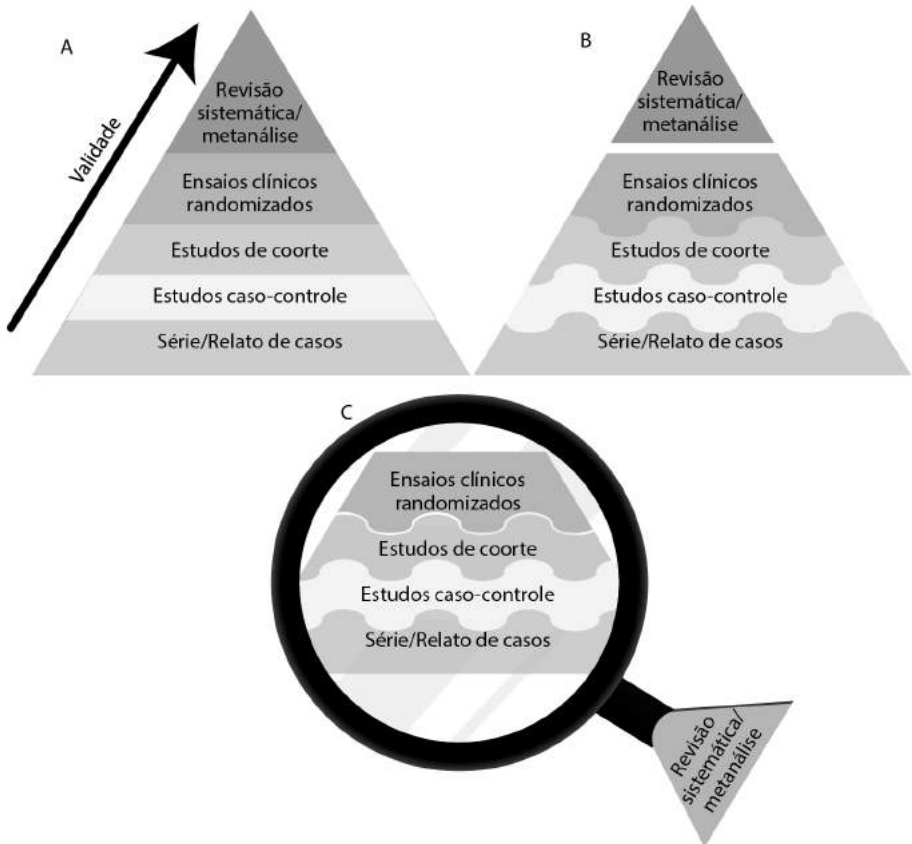
- O retorno à média pode ser exemplificado pelas seguintes situações: nos quadros gripais, a tendência é o quadro se resolver por si só, ao longo de alguns dias, independente do que se faça, ou num quadro de dor crônica, há períodos de exacerbação da dor, que tende a retornar à média, muitas vezes, independentemente do que se faça. Esse tipo de situação – retorno à média - acontece em várias condições de saúde física, quadros emocionais e sociais. A presença de um grupo controle permite identificar se a melhora foi ou não devida à intervenção.
- O Efeito Hawthorne, que consiste numa mudança positiva da queixa dos pacientes sobre o sintoma, pelo desejo “inconsciente” de agradar o pesquisador, especialmente quando os pacientes se sentem apoiados e acolhidos, também fica demonstrado quando há um grupo controle. Esse tipo de efeito é especialmente importante nas intervenções ministradas por um profissional, como nas intervenções educacionais e emocionais, entre outras. Assim, ao se comparar os dois grupos, o que recebeu a nova intervenção e o que não recebeu, e notar-se que a melhora foi semelhante, pode-se dizer que o efeito não decorreu da nova intervenção, que foi efeito Hawthorne.

Outro aspecto indicativo de qualidade é o cegamento das diversas partes do estudo,

isto é, o pesquisador, o sujeito da pesquisa e o avaliador não sabem qual modalidade terapêutica o paciente está recebendo e isso melhora a isenção na avaliação dos resultados. Nem sempre é possível mascarar a intervenção e cegar quem a ministra e quem a recebe, como, por exemplo, no caso de programas educativos, cirurgias entre outros, mas sempre é possível cegar o avaliador dos resultados.

- b. **Estudo de coorte.** É observacional, isto é, não há intervenção por parte dos pesquisadores. A exposição dos sujeitos da pesquisa à situação de interesse determina sua inclusão ou não no estudo. Por exemplo, há o interesse em estudar as causas da violência verbal e física em mulheres recém-casadas de determinada região. Incluem-se as recém-casadas no estudo e elas são monitoradas ao longo do tempo para avaliar a ocorrência da situação de interesse. Depois de um tempo, dividem-se as pessoas pesquisadas entre as que relataram violência e as que não relataram e comparam-se fatores sócio-demográficos, culturais, raciais, financeiros, emocionais, entre outros. A partir disso, podem-se identificar as causas da agressão. Esses estudos são o melhor delineamento para estudos etiológicos, prognósticos e sobre danos decorrentes de intervenções/tratamentos, bem como, para análise de incidência e risco.
- c. **Estudo caso-controle.** É observacional e os sujeitos da pesquisa são escolhidos a partir de casos de uma doença, sintoma ou condição. Por exemplo, caso se queira estudar a caquexia no câncer, dividem-se os doentes em casos (pacientes caquéticos com câncer, por exemplo) e controles, aqueles que não têm a condição (pacientes não caquéticos com câncer). Os grupos são comparados, caquéticos com câncer e não caquéticos com câncer, e podem-se identificar os fatores de risco para caquexia. Têm como vantagem serem mais rápidos para observar a chance de um evento ocorrer, por isso são os mais adequados para situações raras, e envolvem menor custo.
- d. **Estudo transversal.** Também chamado seccional, é o retrato de uma situação em um só momento, no qual a exposição e a condição de saúde dos participantes são analisadas simultaneamente (prevalência de pacientes caquéticos e com câncer, por exemplo). São os melhores estudos para determinar a prevalência de um sintoma (constipação em idosos, fadiga em pessoas com dor crônica, complicações diabéticas em escolares), comportamento de não adesão, hábito de alta ingestão de sódio ou doença de uma população específica por exemplo IVAS (infecção de vias aéreas superiores) na infância, entre outros.

A Pirâmide dos Níveis de Evidência (figura 1) propõe hierarquia de qualidade de da informação para estudos clínicos. Atualmente essa hierarquia é menos estática e considera a qualidade metodológica dos estudos (B) e não só o seu desenho (A). O topo da pirâmide anteriormente composto pelas revisões sistemática e metanálises foi destacado e esses desenhos de estudo passaram a ser avaliados de maneira diferenciada dos demais. A lógica permanece a de que estão no topo os estudos de maior qualidade e na base, os de menor, na seguinte ordem decrescente: ensaios clínicos randomizados e controlados, estudos de coorte, estudos caso-controle, série de casos e, por fim, opiniões de autoridades ou relatórios de comitês de especialistas. A linha que separa esses estudos foi substituída por ondas. Dessa forma, a hierarquia inicialmente proposta pode ser alterada já que estudos de boa qualidade podem ser avaliados em nível de hierarquia mais alto que o inicial ou ainda em nível mais baixo caso apresente baixa qualidade metodológica.



Dependendo da qualidade, a ordem de hierarquia dos estudos na pirâmide pode ser modificada.

Figura 1 – Nova pirâmide de evidência proposta. (A) Pirâmide de evidência tradicional. (B) Pirâmide de evidência revisada: (1) linhas que separam os estudos substituídas por ondas (Avaliação dos graus de recomendação), (2) Revisão sistemática foi destacada da pirâmide. (C) A Revisão sistemática é uma lupa através da qual a evidência é vista.

Fonte: Murad MH, Asi N, Alsawas M, et al *New evidence pyramid Evidence-Based Medicine Published Online First: 23 June 2016*

6 Revisão sistemática da literatura: a base dos protocolos de assistência.

A revisão de literatura, entendida como busca e análise crítica das publicações, é etapa estratégica na elaboração de protocolos. Encontrar as melhores evidências sobre o assunto proposto será fundamental para a construção de protocolos consistentes. Há diferentes tipos de revisão de literatura.

A revisão narrativa caracteriza-se pelo estudo e apresentação de um tema de interesse científico, de conceitos fisiopatológicos e de opinião. É importante para o leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em intervalo de tempo curto, mas, por não ter estratégia de busca padronizada e critérios de inclusão e análise da literatura pré-definidos, não é reproduzível, e o leitor não tem como avaliar criticamente sua validade. Se a análise da literatura não é sistemática, as informações podem ser incompletas, tendenciosas e as conclusões, sem força de evidência conhecida. Artigos de atualização, capítulos de livros, introdução de teses, consensos, entre outros, são exemplos de revisão narrativa e estão situados na base da pirâmide de hierarquia de evidência (menor evidência).

Revisão sistemática: é o uso de métodos rigorosos e explícitos de busca sistemática da literatura, análise crítica dos estudos e síntese da informação disponível sobre determinado tema. Trata-se de um estudo secundário, pois agrupa, sumariza dados dos estudos primários. O produto final dessa revisão é um resumo dos achados, classificados de acordo com o nível evidência e grau de recomendação.

Revisões sistemáticas da literatura devem apoiar a construção de protocolos. Algumas vezes consensos, artigos de atualização ou teses, especialmente quando contêm muitas citações bibliográficas, parecem revisões sistemáticas, mas não são. Revisão sistemática descreve minuciosamente a dúvida clínica, a estratégia de busca da literatura, os critérios para inclusão e exclusão dos estudos, as pesquisas identificadas e incluídas, a análise da qualidade dos estudos, a síntese dos seus resultados e caracteriza a qualidade da evidência dos resultados. O risco de omissões de artigos ou posições tendenciosas fica diminuído.

Revisões sistemáticas com estudos com características semelhantes podem agrupar os resultados dos diferentes estudos, o que possibilita a realização de nova análise estatística, denominada metanálise.

Metanálise é uma análise estatística feita após o agrupamento dos dados de diferentes estudos, desde que haja semelhança entre as populações estudadas, homogeneidade da intervenção utilizada, no tipo de desfecho analisado e na

estratégia de mensuração desses desfechos, produzindo um resumo estatístico geral que representa o efeito da intervenção nos diferentes estudos. Desse modo, os resultados estatísticos são mais precisos do que os resultados de cada estudo isolado.

Nem toda revisão sistemática permite a realização de metanálise, mas toda metanálise deve ser proveniente de revisão sistemática. De qualquer modo, toda revisão sistemática, com ou sem metanálise, permite uma síntese de resultados.

A revisão sistemática pode ser sobre determinado diagnóstico/problema ou condição de enfermagem, sobre fatores a eles associados ou sobre determinada intervenção/tratamento de enfermagem. Os estudos podem apresentar resultados conflitantes ou coincidentes, mas todos serão classificados de acordo com a força da evidência, isto é, de acordo com a qualidade metodológica da pesquisa.

Da síntese de estudos deve-se buscar tirar conclusões, por exemplo, de vinte estudos analisados, seis foram classificados como de boa qualidade, dez foram classificados como de qualidade moderada e quatro de qualidade inferior. Dos seis estudos de boa qualidade, resultados favoráveis a uma determinada intervenção foram observados em cinco deles e em um, o resultado não foi favorável à intervenção; entre os dez estudos de qualidade moderada, resultados favoráveis à intervenção foram observados em seis deles e em quatro não houve diferença. Nos quatro estudos de qualidade inferior, observou-se evidência contrária à nova intervenção. Essa síntese permitirá ao profissional ter elementos para a tomada de decisão sobre utilizar ou não essa intervenção. No exemplo citado, há evidência que sustenta o uso da intervenção analisada. Ainda, a revisão sistemática permite identificar lacunas de evidência sobre determinada condição ou cuidado, auxiliando na orientação de investigações futuras.

A construção de evidência em estudos qualitativos segue os mesmos princípios dos estudos quantitativos: busca rigorosa e sistemática da literatura, análise crítica dos estudos, classificação da qualidade da evidência e síntese dos resultados. No entanto, há métodos e estratégias adequadas para uso em estudos qualitativos. Ainda, a síntese das evidências de estudos qualitativos pode ser a criação, por exemplo, de um novo conceito, que não é o mesmo dos estudos analisados, mas deles decorre. A figura a seguir apresenta os componentes da Revisão Sistemática e da Prática Baseada em Evidências.

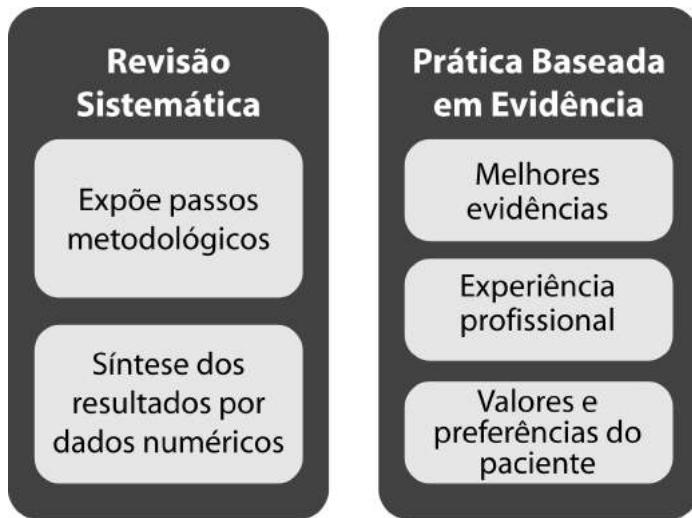


Figura 2: Componentes centrais da prática baseada em evidências e da revisão sistemática.

Fonte: MATUOKA, J. 2013. Enfermeira do Hospital Universitário da USP. Mestre pela Escola de Enfermagem da USP

6.1 Elementos da revisão sistemática

As etapas da revisão sistemática são: definir o problema e formular a pergunta de pesquisa, organizar a estratégia de busca, os critérios de inclusão e exclusão, buscar a literatura, analisar os estudos, sintetizar os dados e apresentar os resultados.

6.1.1 A definição do problema

O passo inicial de qualquer método de revisão é a identificação clara do problema e a formulação de uma pergunta de pesquisa (dúvida clínica). Conhecer claramente o propósito da revisão e as variáveis de interesse facilitará todas as fases do processo e propiciará revisão bem elaborada. Pergunta de pesquisa bem construída possibilita a definição correta de que evidências são necessárias para a resolução da dúvida, maximiza a recuperação dessas nas bases de dados, foca o escopo da pesquisa e evita a realização de buscas desnecessárias. A questão de pesquisa deve ser específica, estruturada e clara, e de relevância para o cuidado/assistência de enfermagem.

A definição de critérios de inclusão e exclusão, por exemplo, inclusão de idosos e exclusão de idosos que já sofreram quedas; inclusão apenas de ensaios clínicos ou todos os tipos de estudos; definição de limites de tempo para busca dos artigos (por exemplo, últimos dez anos), ou sem limites de tempo (inclui toda a base de dados), entre outros, é feita antes da construção da estratégia de busca.

Uma possibilidade para a construção de uma pergunta de pesquisa bem estruturada é a estratégia denominada PICO (quadro 1), na qual os acrônimos são:

P - *Population* – população/tipo de doente e condição;

I - *Intervention* – intervenção ou situação de interesse;

C - *Comparison* – comparação;

O - *Outcome* – desfecho/resultado.

A estratégia PICO pode ser utilizada para construção de questões de natureza diversas, provenientes do cuidado/assistência, do gerenciamento de recursos humanos e materiais e da busca de instrumentos para avaliação de sintomas, entre outros.

Quadro 1 – Descrição da estratégia PICO.

Acrônimo	Componente	Descrição
P	Paciente ou População	Perfil do paciente ou do grupo estudado, no qual podem ser exploradas uma condição particular (sexo, idade) ou um problema de saúde (doença principal, aguda ou crônica, comorbidade, sintoma, etc.). Exemplos: idoso com dor crônica; adulto com dispneia; mulheres na menopausa.
I	Intervenção	Intervenção de interesse, que pode ser farmacológica, educacional, nutricional, usa de meios físicos, meios biológicos, psicossociais ou administrativos; intervenção diagnóstica; intervenção etiológica. Exemplos: betabloqueadores, vacina HPV, programa educacional, índice de absenteísmo, glicemia capilar, bolsa de água quente.
C	Comparação ou Controle	Intervenção terapêutica ou diagnóstica padrão (a mais reconhecida), outra intervenção possível ou nenhuma intervenção (placebo).
O	Outcome ou Desfecho	Resultados esperados, principal e secundário. Exemplos: óbito, dispneia, melhora do conhecimento, diminuição do absenteísmo, taxa de infecção, qualidade de vida, entre outros.

Fonte: adaptado de Santos, C.M.C.; Pimenta, C.A.M.; Nobre, M.R.C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v.15, n.3, p. 508-511, 2007.

6.1.2 Estratégias de busca: descritores e bases de dados

A etapa seguinte à formulação da pergunta de pesquisa é a organização das estratégias de busca da literatura para os diversos elementos da pergunta. Buscam-se os termos, descritores ou palavras-chaves para cada um dos componentes do PICO, que podem ser combinados de vários modos.

A estratégia PICO deve ser feita com o uso de terminologia própria da área da saúde, que consiste em vocábulos padronizados chamados descritores, utilizados pelas bases de dados para a indexação dos estudos, e com termos livres chamados palavras-chaves. Funcionam como elo entre a terminologia da saúde e a base de dados e são fundamentais para a localização dos estudos.

Os descritores padronizados são denominados controlados e os não-controlados (palavras-chave) representam palavras livres relacionadas ao assunto. Os vocabulários de descritores controlados mais conhecidos são os do *Medical Subject Headings* (usado para busca nas bases MEDLINE/PubMed), do Descritores em Ciências da Saúde (usados para busca na Biblioteca Virtual em Saúde), vocabulário Emtree (usado para busca na base EMBASE) e do Títulos CINAHL (usado para busca na base CINAHL).

A conexão entre os termos escolhidos para a estratégia de busca deve ser estabelecida pelos operadores “booleanos” *AND*, *OR* e *NOT*. Esses termos permitem realizar combinações dos descritores que serão utilizados na busca, sendo *AND* uma combinação restritiva, *OR* uma combinação aditiva e *NOT* uma combinação excludente.

Após a seleção dos termos de busca e utilização dos operadores “booleanos” para cada um dos quatro componentes de estratégia PICO, esses devem ser interrelacionados na seguinte estratégia final: (P) *AND* (I) *AND* (C) *AND* (O). No quadro 2, apresenta-se exemplo de uma pergunta de pesquisa e das combinações de descritores.

Quadro 2 Descrição da pergunta de pesquisa, estratégia PICO e combinação de descritores

Pergunta de pesquisa	Estratégia PICO	Combinação dos descritores
<p>O leite materno ordenhado é mais eficaz do que a glicose para o controle da dor em recém-nascidos?</p>	<p>P: recém-nascido I: leite materno ordenhado C: glicose O: dor OR alívio da dor</p>	<p>DECS: ("Recém-nascido") AND ("Leite Humano" OR "Leite Materno" OR "Colostro") AND ("Glicose" OR "Glucose") AND ("Analgésia" OR "Dor")</p> <p>MESH: ("Infant" OR "Newborn") AND ("Milk, Human" OR "Colostrum") AND ("Glucose" OR "Sweetening Agents") AND ("Analgesia" OR "Pain")</p>

Fonte: BUENO, Mariana, 2012. Professora da Escola de Enfermagem da USP.

Após a organização da estratégia de busca, definem-se as bases de dados que serão analisadas e outras fontes de informação que serão pesquisadas. Há diversas bases de dados em saúde e enfermagem e é fundamental a busca no maior número possível, em todas as fontes – artigos publicados e indexados, publicados e não indexados, dissertações, teses, estudos em andamento, capítulos de livros e resumos em anais. Quanto melhor planejadas as estratégias de busca, maior a confiabilidade da revisão e menor risco de viés de publicação. As principais fontes de informação são os artigos publicados em periódicos e o principal recurso de busca consiste nas bases de dados eletrônicas. No entanto, dependendo do tema, a busca manual de jornais relacionados de pesquisas não publicadas e anais de eventos científicos (literatura cinzenta), contato com profissionais/instituições, análises de resumo de congresso, podem ser importantes.

As fontes de informação são classificadas em primárias e secundárias. Fontes primárias são aquelas em que os trabalhos estão publicados na sua forma original, por exemplo, CINAHL, Embase, Medline, Lilacs, Portal SciELO, entre outras. Fontes secundárias são aquelas em que as informações originais foram comentadas e avaliadas criticamente, de acordo com a metodologia da PBE, por exemplo, a rede de colaboração Cochrane, o periódico *Evidence Based Nursing*, o Instituto Joanna Briggs de Revisão Sistemática, o periódico *Evidence Based Medicine*, entre outros.

As fontes secundárias, por conterem informações sintetizadas, analisadas e classificadas de acordo com a qualidade, são extremamente úteis para o uso na assistência. Permitem ao profissional conhecer, em pouco tempo, as melhores evidências sobre um tema. As fontes primárias são mais úteis para localização de informações complementares às apresentadas nas bases secundárias, especialmente quando não existirem dados suficientes nas bases secundárias para embasar as decisões clínicas ou os dados não estiverem atualizados. Ambas as fontes servem para elaboração de protocolos, procedimentos e rotinas (figura 3).

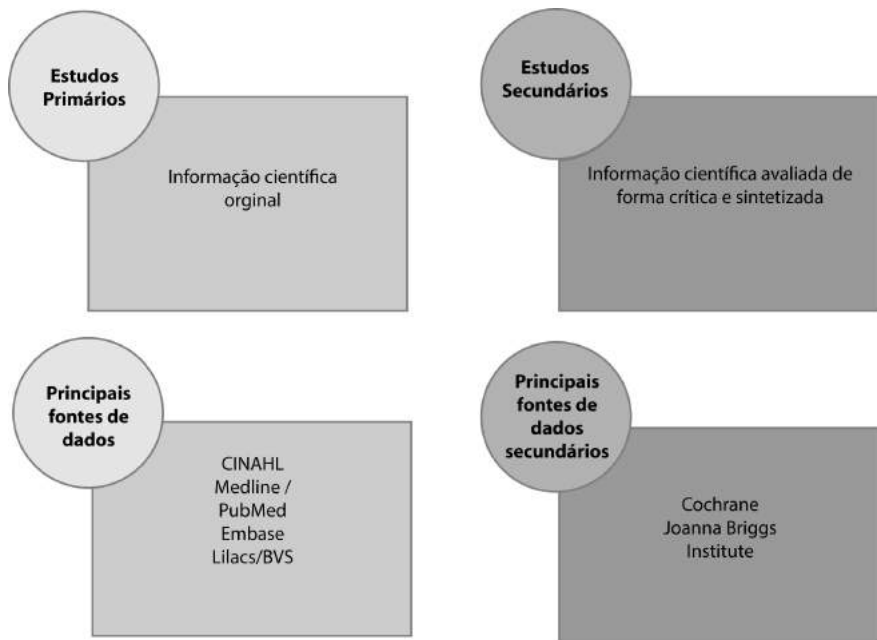


Figura 3 – Fontes de informações primárias e secundárias.

Fonte: MATUOKA, J. 2013. Enfermeira do Hospital Universitário da USP. Mestre pela Escola de Enfermagem da USP.

Quadro 3 – Características das principais bases de dados.

Base de dados primária		
Base de dados	Endereço	Abrangência
Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)/Pubmed	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	Literatura internacional da área médica e biomédica
Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)	http://web.ebscohost.com/ehost/search/basic?sid=096ee5cd-996f-40ab-b37b-2d5011cd002e%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4114 Acesso restrito*	Literatura internacional cujo principal foco é a Enfermagem
Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)	http://lilacs.bvsalud.org/	Literatura relativa a ciências da saúde da América latina e Caribe
Embase (Excerpta Medica)	http://www.elsevier.com/online-tools/embase	Literatura biomédica e farmacológica
PsycINFO (APA – American Psychological Association)	http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx?utm_source=BenchmarkEmail&utm_campaign=0319-part01&utm_medium=email	Literatura nas ciências do comportamento e saúde mental
SciELO (Scientific Electronic Library Online)	http://www.scielo.org/php/index.php	Multidisciplinar, abrangendo coleção de periódicos científicos
Scopus	http://www.scopus.com/ Acesso restrito*	Ciências da saúde e sociais
Web of science	http://apps.webofknowledge.com/WOS_GeneralSearch_input.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&SID=1Ct5HR37SsrEuhDJNH&preferencesSaved= Acesso restrito*	Multidisciplinar
Biblioteca digital de teses e dissertações da USP	http://www.teses.usp.br/	Multidisciplinar
Banco de Teses e Dissertações CAPES	http://bancodeteses.capes.gov.br/banco-teses/#/	Multidisciplinar
Base de dados secundária		
Base de dados	Endereço	Abrangência
Biblioteca Cochrane	http://cochrane.bireme.br/ Acesso restrito*	Ciências da saúde
Evidence Based Nursing	http://www.hiru.mcmaster.ca/ebn/	Enfermagem
Evidence Based Medicine	http://ebm.bmjournals.com/	Medicina
JBI (Joanna Briggs Institute)	http://connect.jbiconnectplus.org/ Acesso restrito*	Enfermagem e outras áreas da saúde
Bandolier	http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/	Ciências da saúde
ERIC (Educational Resources Information Center)	http://eric.ed.gov/?	Literatura de educação
Portal saúde baseada em evidências (Ministério da Saúde)	http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos	Multiprofissional

* dependente de assinatura institucional.

Fonte: autores, 2014.

6.1.3 Critérios de seleção e inclusão dos estudos

O processo de seleção tem como finalidade incluir os melhores estudos e excluir os estudos não adequados ao objetivo proposto. É realizado em duas fases:

- **Fase 1** - avaliação dos títulos e dos resumos de todos os estudos identificados; e
- **Fase 2** - avaliação do texto completo de todas as publicações selecionada na primeira fase.

Para a decisão de quais estudos serão incluídos na revisão sistemática, recomenda-se que sejam obedecidos os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos (tipo de estudo, tipo de participante, tipo de intervenção e resultados de interesse, entre outros) e que a avaliação seja realizada, de preferência, por dois revisores. A experiência clínica do revisor contribui para a análise crítica e determinação das evidências.

Os estudos selecionados serão lidos na íntegra e os revisores farão síntese dos dados, geralmente em uma tabela previamente construída, que contém informações como autores, ano e local; objetivo do estudo; população e amostra; método; intervenção utilizada; instrumentos/estratégias de avaliação de resultados, entre outros tópicos de interesse, dependendo do tema da revisão. Essa tabela é fundamental para a síntese dos achados e guiará a classificação da qualidade dos estudos, a visualização da síntese de resultados e a construção das recomendações. A apresentação dessa síntese permite ao leitor compreender o estado da arte do assunto, qual o método mais utilizado para avaliar aquela condição, que tipo de desfecho tem sido encontrado, quais estratégias de intervenção são mais utilizadas e em que população, entre outros. Dá condições também ao autor de recomendar ou não o uso de uma ação sem deixar de ponderar que, embora existam evidências suficientes, o assunto pode não estar completamente resolvido. Por exemplo, um conjunto de dez bons estudos selecionados sobre um tema, cinco com evidências de moderada e forte, favoráveis a uma ação, dois com evidências fortes contrárias e três inconclusivos.

6.1.4 Qualidade do estudo

Após a obtenção dos artigos relevantes e que respondam à pergunta de pesquisa, avalia-se a qualidade do estudo quanto à validade, importância e aplicabilidade na amostra/população de interesse. A análise da qualidade do estudo é realizada de modo padronizada pela PBE.

Os métodos e resultados dos estudos são avaliados rigorosamente para verificar se são suficientemente válidos e apropriados para a questão de pesquisa. Dependendo do tipo de estudo e pergunta de pesquisa, a avaliação pode variar. Há diferentes escalas para a avaliação da qualidade metodológica dos estudos, sendo o mais utilizado atualmente o sistema *GRADE* (*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*).

O sistema *GRADE*, adotado pela OMS, foi idealizado para uso em diretrizes clínicas baseadas em evidências e fornece metodologia clara e objetiva para classificação do nível de evidência científica e força de recomendação para se adotar ou não determinada conduta. No sistema *GRADE*, a qualidade da evidência é classificada em quatro níveis (Alta, Moderada, Baixa e Muito Baixa) (Quadro 4) e a força de recomendação em Forte (quando os efeitos desejáveis de uma intervenção superam, ou não superam, claramente, os efeitos indesejáveis) e Fraca (há um certo grau de incerteza sobre a relação entre vantagens e desvantagens de uma determinada conduta). Há roteiro para se chegar ao nível de evidência (<http://www.gradeworkinggroup.org/>).

Quadro 4. Níveis da qualidade da evidência.

Qualidade da Evidência		
Nível	Descrição	Fonte
Alta	É muito improvável que estudos adicionais modifiquem a confiança na estimativa do efeito	Ensaio clínico randomizado bem conduzido e com resultados consistentes. Evidência alta também pode ser atribuída a estudos observacionais, particularmente coortes prospectivas, que mostraram claramente os efeitos da intervenção e que utilizaram análises rigorosas para controle de variáveis de confusão.
Moderada	Estudos futuros poderão modificar a confiança na estimativa de efeito, podendo, inclusive, modificar a estimativa	Ensaio clínico randomizado com problemas na condução, inconsistência nos resultados, avaliação de um desfecho substituído em lugar de um desfecho de maior interesse, entre outros possíveis vieses. Estudos observacionais originando grandes efeitos
Baixa	Estudos futuros muito provavelmente terão um importante impacto na confiança da estimativa de efeito	Estudos observacionais, mais especificamente estudos de coorte e caso-controle, considerados altamente susceptíveis a vieses. Podem ser também ensaios clínicos com importantes limitações.
Muito Baixa	Qualquer estimativa de efeito pode ser vista como incerta	Estudos observacionais não controlados e observações clínicas não sistematizadas, exemplo, relato de casos e série de casos

Fontes: BROZEK, J.L.; AKL, E.A.; ALONSO-COELLO, P.; et al. *Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines*. *Allergy*, v. 64, p. 669-77. GUYATT, G.H.; OXMAN, A.D.; GUNN, E. et al. *GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations*. *BMJ*, v.336, p. 924-6, 2008.

6.1.5 Construção de fluxograma

Protocolos compreendem um conjunto de ações e decisões de enfermagem com foco em resultados de saúde e de enfermagem. Para representar esses processos de forma clara e concisa, a Enfermagem pode utilizar fluxogramas.

Fluxogramas são representações gráficas de um processo e algoritmos são descrições. Por exemplo, o procedimento de lavagem de mãos (simplificado) em forma de algoritmo seria:

- 1.** Molhar as mãos até o antebraço;
- 2.** Colocar solução antisséptica nas mãos;
- 3.** Esfregar as mãos até produzir espuma;
- 4.** Realizar movimentos indicados;
- 5.** Enxaguar as mãos e antebraços;
- 6.** Secar as mãos e antebraços.

Em forma de fluxograma (**Figura 4**) seria:



Figura 4 – Fluxograma de lavagem das mãos.

As principais vantagens em se utilizar fluxograma como guias visuais para o cuidado de enfermagem são:







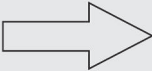


- Apresenta visão global do processo;
- Uso de simbologia simples com padronização da comunicação;
- Identifica ciclos de retrabalho e conflitos no processo;
- Definição clara dos limites de atuação, das ações a serem executadas e dos responsáveis;

Útil no treinamento de novos profissionais. São cuidados essenciais na confecção de fluxogramas:

- Ser realizado após a elaboração do protocolo;
- Ser feito pelos profissionais que participaram da elaboração do protocolo;
- As representações devem ser simples, de compreensão rápida e todos os passos devem estar conectados, com início e fim bem delineados e definidos;
- As instruções não podem ser redundantes nem subjetivas, levando a interpretações diversas;
- O fluxograma deve ser testado, passo a passo, antes de sua liberação para o uso.

Os fluxogramas devem obedecer a um padrão que permita uma comunicação clara, utilizando os seguintes símbolos para sua confecção, conforme o quadro 5:

Quadro 5. Simbologia padrão para confecção de fluxogramas.

	Indica início e fim do processo.
	Indica a ação.
	Indica momentos de tomada de decisão (questionamento) – respostas devem estar nas arestas da figura.
	Indica documentos ou relatórios que apoiam o processo.
	Indica arquivos que podem ser acessados para consolidar o processo.
	Conecta o processo com outros processos ou indica continuação (quando ocupa mais de uma folha).
	Indica direções a serem seguidas.
	Indica caminho a ser seguido.
	Conecta a uma caixa explicativa.

Os fluxogramas podem ser descritivos, usados para processos mais simples, que envolvam poucas ações e setores (Figura 5) ou globais, que demonstram, além das decisões e ações tomadas ao longo do processo, outros setores/profissionais envolvidos (Figura 6).

Os fluxogramas a seguir são apresentados apenas como modelos para o uso dos sinais gráficos.

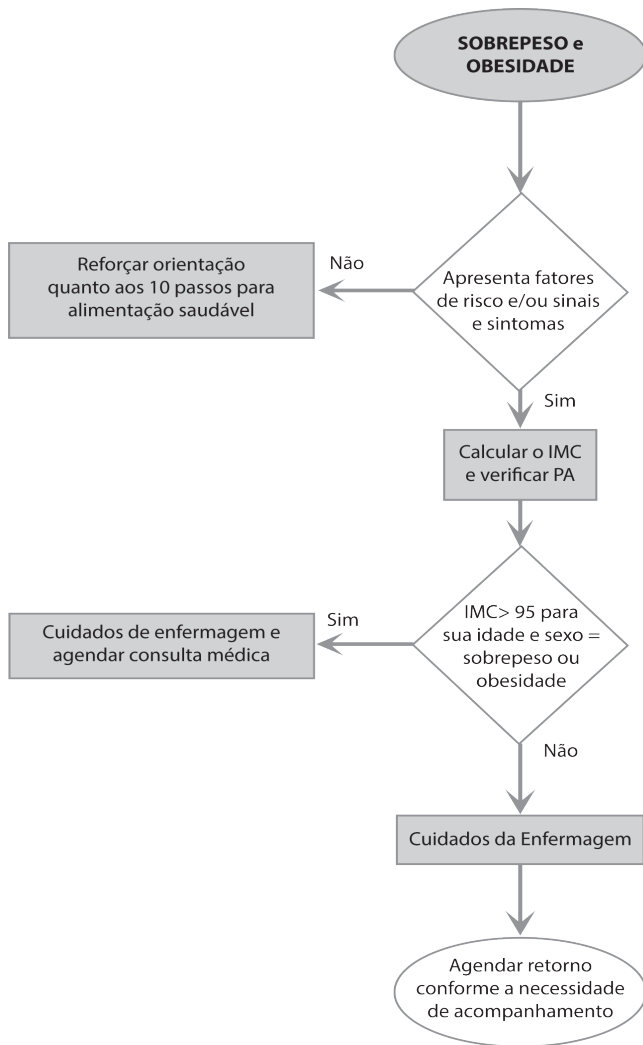


Figura 5. Fluxograma para atendimento de enfermagem à criança com sobrepeso/obesidade na Atenção Básica.

Fonte: SÃO PAULO (SP). Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo clínico de avaliação e assistência de enfermagem em Saúde da Criança e Adolescente. 2012. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/enfermagem/Enfermagem_Atencao-SaudeCrianca_2013.pdf>. Acessado em: 08 dez. 2014.

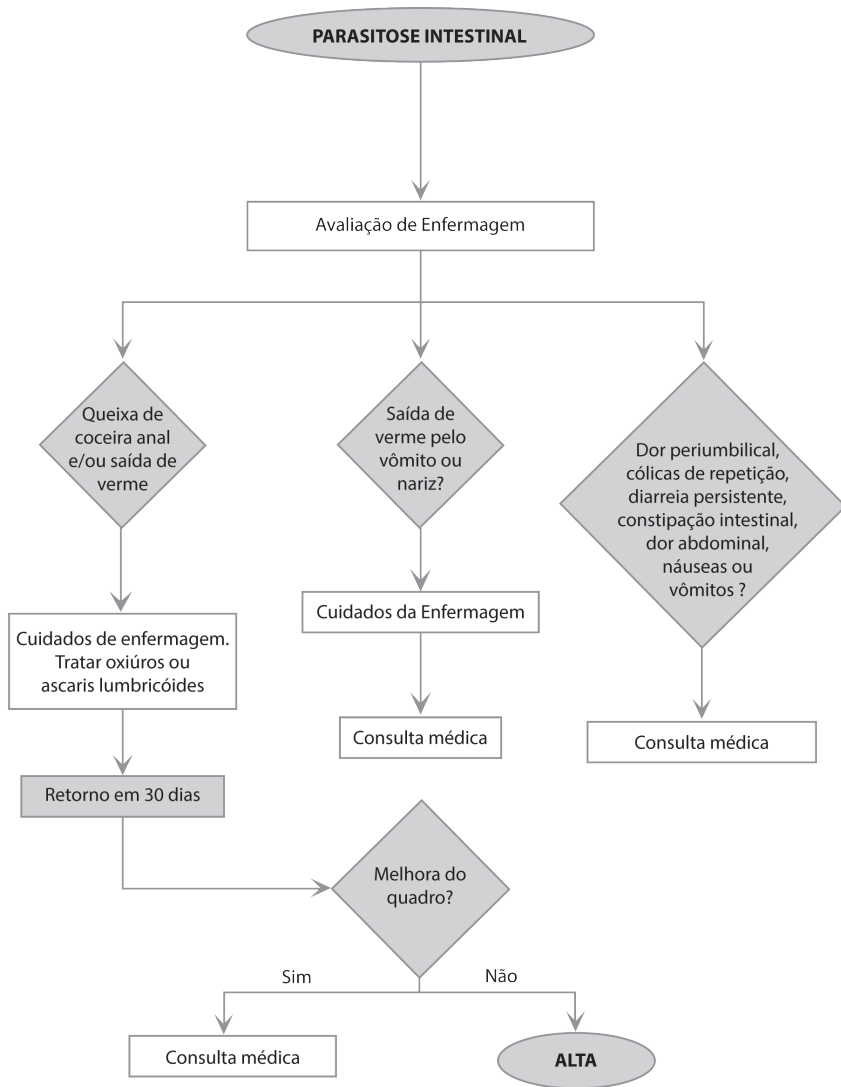


Figura 6. Fluxograma para atendimento de enfermagem à criança com parasitose intestinal na Atenção Básica.

Fonte: SÃO PAULO (SP). Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo clínico de avaliação e assistência de enfermagem em Saúde da Criança e Adolescente. 2012. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/enfermagem/Enfermagem_Atencao-SaudeCrianca_2013.pdf>. Acessado em: 08 dez. 2014.

Para representar o protocolo a equipe elaboradora pode usar a estratégia 5W2H (*What/O* que; *When/Quando*; *Where/Onde*; *Who/Quem*; *Why/Por* que; *How/Como*; *How much/Quanto*). No fluxograma, não existe a necessidade de todas essas questões estarem representadas graficamente, mas seu uso durante a elaboração evita o esquecimento de etapas do processo.

7 Considerações finais

O Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem é mais uma ação do Coren-SP, Gestões 2012-2014 e 2015-2017, que visa ao aperfeiçoamento dos profissionais e Serviços de Enfermagem. A partir de preceitos da prática baseada em evidências e dos aspectos éticos e legais da Enfermagem, foram sintetizados princípios e conceitos para auxiliar os profissionais na elaboração de protocolos de assistência.

A prática baseada em evidências é uma estratégia de decisão sobre as melhores práticas de cuidado em saúde e enfermagem, mundialmente utilizada, que precisa ser cada vez mais difundida e adotada pela Enfermagem Brasileira.

Referências consultadas

BERNARDO, W. M.; NOBRE M. R. C.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências: Parte II, buscando as evidências em fontes de informação. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 50, n. 1, p. 104-8, 2004.

BOSSYUT, P. M. et. al. The STARD statement for reporting studies of diagnostic accuracy: explanation and elaboration. **Ann. Intern. Med.**, v. 138, p. W1-W12, 2003.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 abr. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm#art1>. Acessado em: 10 nov. 2013.

_____. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acessado em: 10 nov. 2013.

_____. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jun. 1987. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acessado em: 10 nov. 2013.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acessado em: 10 nov. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.625**, de 10 de julho de 2007. Altera atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família - ESF dispostas na Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2007/prt1625_10_07_2007.html>. Acessado em: 10 nov. 2013.

_____. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acessado em: 10 nov. 2013.

BROZEK, J. L. et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines. **Allergy**, v. 64, p. 669-77, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 311**, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3112007_4345.html>. Acessado em: 10 nov. 2013.

_____. **Resolução nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acessado em: 10 nov. 2013.

_____. **Resolução nº 159/1993**. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>. Acessado em: 10 nov. 2013.

_____. **Resolução nº 195/1997**. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1951997_4252.html>. Acessado em: 10 nov. 2013.

_____. **Resolução nº 458/2014**. Normatiza as condições para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04582014_25656.html>. Acessado em: 10 nov. 2013.

Endereços do Coren-SP

www.coren-sp.gov.br/contatos-sede-subsecoes

São Paulo - Sede

Alameda Ribeirão Preto, 82 – Bela Vista – CEP 01331-000

Telefones: (11) 3225.6300 – Fax: (11) 3225.6380

- **Araçatuba** – Rua José Bonifácio, 245 – Centro – CEP 16010-380
Telefones: (18) 3624.8783/3622.1636 – Fax: (18) 3441.1011
- **Botucatu** – Praça Dona Isabel Arruda, 157 – Sala 81 – Centro – CEP 18602-111
Telefones: (14) 3814.1049/3813.6755
- **Campinas** – Rua Saldanha Marinho, 1046 – Botafogo – CEP 13013-081
Telefones: (19) 3237.0208/3234.1861 – Fax: (19) 3236.1609
- **Guarulhos** – Rua Morvam Figueiredo, 65 – Conjuntos 62 e 64 – Edifício Saint Peter, Centro – CEP 07090-010
Telefones: (11) 2408.7683/2087.1622
- **Itapetininga** – Rua Cesário Mota, 418 – Centro – CEP 18200-080
Telefones: (15) 3271.9966/3275.3397
- **Marília** – Av. Rio Branco, 262 – Centro – CEP 17500-090
Telefones: (14) 3433.5902/3413.1073 – Fax: (14) 3433.1242
- **Presidente Prudente** – Av. Washington Luiz, 300 – Centro – CEP 19010-090
Telefones: (18) 3221.6927/3222.7756 – Fax: (18) 3222.3108
- **Registro** - NAPE (Núcleo de Atendimento ao Profissional de Enfermagem):
apenas registro e atualização de dados de profissionais.
Av. Prefeito Jonas Banks Leite, 456 – salas 202 e 203 – Centro – CEP 11900-000
Telefone: (13) 3821.2490
- **Ribeirão Preto** – Av. Presidente Vargas, 2001 – Conjunto 194 – Jardim América
CEP 14020-260
Telefones: (16) 3911.2818/3911.2808
- **Santo Amaro** - NAPE (Núcleo de Atendimento ao Profissional de Enfermagem):
apenas registro e atualização de dados de profissionais.
Rua Amador Bueno, 328 – sala 1 – térreo – Santo Amaro – São Paulo - SP
CEP 04752-005
Telefone: (11) 5523.2631

- **Santo André** – Rua Dona Elisa Fláquer, 70 – conjuntos 31, 36 e 38 – 3º andar
Centro – CEP 09020-160
Telefones: (11) 4437.4324 (atendimento)/4437.4325 (fiscalização)
- **Santos** – Av. Dr. Epitácio Pessoa, 214 – Embaré – CEP 11045-300
Telefones/Fax: (13) 3289.3700/3289.4351 ou 3288.1946
- **São José do Rio Preto** – Av. Dr. Alberto Andaló, 3764 – Vila Redentora
CEP 15015-000
Telefones: (17) 3222.3171/3222.5232 – Fax: (17) 3212.9447
- **São José dos Campos** – Av. Dr. Nelson D’avila, 389 – Sala 141A – Centro
CEP 12245-030
Telefones: (12) 3922.8419/3921.8871 – Fax: (12) 3923.8417
- **São Paulo - COREN-SP Educação** (apenas cursos e aperfeiçoamento)
Rua Dona Veridiana, 298 – Vila Buarque (Metrô Santa Cecília)
CEP 01238-010
Telefone: (11) 3223.7261 – Fax: (11) 3223.7261 – ramal: 203

Facebook

<https://www.facebook.com/corensaopaulo>

Twitter

<https://twitter.com/corensaopaulo>

Google+

<https://google.com/+corensp>

LinkedIn

www.linkedin.com/in/corensaopaulo

YouTube

<https://www.youtube.com/tvcorensp>

Fale Conosco

www.coren-sp.gov.br/fale-conosco

Ouvidoria

www.coren-sp.gov.br/ouvidoria
0800-77-26736

Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem

As Câmaras Técnicas do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – Coren-SP, consoante às necessidades manifestas pelos profissionais e à tendência de busca por melhores práticas em saúde e em enfermagem, identificou a oportunidade de disponibilizar Guia orientador para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem, podendo contemplar protocolos multiprofissionais. Este documento visa ser esse Guia e está dividido em seis tópicos: apresentação, definições, aspectos legais, elementos para a elaboração de protocolos, prática baseada em evidências e revisão sistemática da literatura.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
www.coren-sp.gov.br