

Trabalho compartilhado entre enfermeiros e médicos na atenção primária: análise de protocolos de cuidado

Shared practice between nurses and physicians in Primary Health Care: An analysis of care protocols

Trabajo compartido entre enfermeros y médicos en la atención primaria: análisis de protocolos de atención

Mayara Angélica Bolson Salamanca^{1,2}, Vanessa Cappellesso Horevicz Felix^{1,3}, Erika Heni Taffarel², Eriky Fernandes Guimarães Silva², Cesar Augusto da Silva², Rosa Maria Rodrigues¹, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso¹

DOI: 10.1590/2358-2898202615111611P

RESUMO A Atenção Primária à Saúde é um pilar do Sistema Único de Saúde e tem como característica o trabalho realizado por equipes em atividades de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde. Este estudo objetivou analisar, em protocolos de cuidado estabelecidos, a existência de trabalho compartilhado entre médico e enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Estudo documental, de abordagem qualitativa, realizado por meio da análise comparada de 19 protocolos clínicos nacionais, estaduais e municipais publicados entre 2014 e 2024. A coleta de dados ocorreu entre janeiro e julho de 2024 e os documentos foram submetidos à análise temática indutiva. Emergiram três temas: diferentes concepções de trabalho compartilhado nos protocolos da Atenção Primária à Saúde; a autonomia clínica do enfermeiro como elemento do trabalho compartilhado; e os protocolos como organizadores do processo de trabalho interprofissional. Os protocolos do Ministério da Saúde reconhecem a atuação multiprofissional, porém apresentam menor detalhamento das atribuições compartilhadas. Protocolos estaduais e municipais explicitam consultas compartilhadas, solicitação de exames, prescrição conforme protocolos institucionais e interconsultas, ampliando a autonomia clínica da enfermagem. Conclui-se que os protocolos assistenciais fortalecem o trabalho compartilhado, qualificam a organização do cuidado e evidenciam a necessidade de harmonização das diretrizes relacionadas às responsabilidades clínicas.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Práticas interdisciplinares. Protocolos clínicos. Saúde pública.

ABSTRACT Primary Health Care is a pillar of the Unified Health System and is characterized by team-based work in the areas of prevention, health promotion, treatment, and rehabilitation. This study aimed to analyze, within established care protocols, the extent of shared work between physicians and nurses in Primary Health Care. This was a qualitative documentary study conducted through a comparative analysis of 19 national, state, and municipal clinical protocols published between 2014 and 2024. Data collection took place between January and July 2024, and the documents were subjected to inductive thematic analysis. Three themes emerged: different conceptions of shared work in Primary Health Care protocols; the clinical autonomy of nurses as an element of shared work; and protocols as organizers of the interprofessional work process. The Ministry of Health's protocols recognize multiprofessional practice but provide less detail regarding shared responsibilities. State and municipal protocols explicitly address shared consultations, ordering of tests, prescribing in accordance with institutional protocols, and inter-professional consultations, thereby expanding nurses' clinical autonomy. It is concluded that care protocols strengthen shared work, improve the organization of care, and highlight the need to harmonize guidelines related to clinical responsibilities.

KEYWORDS Primary Health Care. Nursing. Interdisciplinary placement. Clinical protocols. Public health.

RESUMEN La Atención Primaria de Salud es un pilar del Sistema Único de Salud y se caracteriza por el trabajo en equipo en prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación. Este estudio analizó la existencia de trabajo compartido entre médicos y enfermeros en protocolos de atención primaria. Se realizó un estudio documental cualitativo mediante el análisis comparativo de 19 protocolos clínicos nacionales, estatales y municipales, publicados entre 2014 y 2024. Los datos se recopilaron entre enero y julio de 2024 y se sometieron a análisis temático inductivo. Surgieron tres temas: concepciones del trabajo compartido; autonomía clínica de enfermería como componente de ese trabajo; y protocolos como organizadores del proceso interprofesional. Los protocolos del Ministerio de Salud reconocen la actuación multiprofesional, pero detallan menos las responsabilidades compartidas. Los documentos estatales y municipales explicitan consultas compartidas, solicitud de exámenes, prescripción según protocolos institucionales e interconsultas, lo que amplía la autonomía clínica de enfermería. Se concluye que los protocolos asistenciales fortalecen el trabajo compartido, mejoran la organización del cuidado y evidencian la necesidad de armonizar las directrices sobre responsabilidades clínicas, favoreciendo prácticas colaborativas, seguras, resolutivas y coherentes entre niveles de gestión de la Atención Primaria de Salud.

PALABRAS CLAVE Atención Primaria de Salud. Enfermería. Prácticas interdisciplinarias. Protocolos clínicos. Salud pública.

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde (PPG-BCS) – Cascavel (PR), Brasil.
mayara.salamanca@ufpr.br

²Universidade Federal do Paraná – Campus Toledo (UFPR Toledo) – Toledo (PR), Brasil.

³Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel (Sesau) – Cascavel (PR), Brasil.

Introdução

A Conferência de Alma-Ata, em 1978, consolidou internacionalmente a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia para promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado continuado¹. No Brasil, por conseguinte, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, constituiu marco político-sanitário fundamental para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988², incluindo-se o conceito de APS no sistema.

Há consenso na literatura científica que a melhor forma de organizar um sistema de saúde universal é através da potencialização da APS, com foco na prevenção de doenças, promoção de saúde, participação comunitária, atuação em equipes multidisciplinares e intersetorialidade para abordagem das determinações sociais em saúde, com uma ação integral e longitudinal³. No Brasil, o processo de consolidação da APS perpassou a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e do Programa Saúde da Família (PSF), que evoluíram para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e foram institucionalizados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)^{4,5}.

Apesar dos avanços da APS no Brasil, com a ESF apresentando uma cobertura de 79,6% e demonstrando um crescimento significativo no número de equipes⁶, persistem desafios a serem resolvidos. Destacam-se a oferta de serviços e infraestrutura inadequadas, a desarticulação entre o acolhimento dos usuários e a coordenação da atenção, a escassez de médicos em determinadas regiões para integrar as equipes de ESF, a permanência do modelo biomédico de cuidado, além da carência de profissionais qualificados para compor a APS⁷.

Para que a APS atinja seu potencial resolutivo, é imperativo o fortalecimento do trabalho compartilhado entre a equipe multiprofissional da ESF, com destaque para a parceria entre médicos e enfermeiros. Teoricamente, este estudo adota o conceito de *task-shifting* (compartilhamento de tarefas), definido pela

literatura como suplementação de funções clínicas em que enfermeiros assumem novas responsabilidades de forma colaborativa com os médicos⁸. No contexto brasileiro, o trabalho compartilhado configura-se como uma prática colaborativa em que os profissionais atuam com o mesmo propósito clínico, envolvendo a intercalação de consultas e a divisão de responsabilidades terapêuticas, visando à autonomia do usuário e a continuidade do cuidado⁹.

Embora a legislação brasileira assegure ao enfermeiro, amparado pela lei do exercício profissional, a 7498/1986¹⁰, a autonomia para realizar consultas, solicitar exames e prescrever medicações sob protocolos, a transição de um modelo médico-centrado para um modelo *task-shifting* efetivo ainda é incipiente^{4,11}. Portanto, para ampliar o acesso, destaca-se a importância do trabalho compartilhado, no qual o enfermeiro, por meio da consulta de enfermagem, assume maior autonomia para o cuidado clínico, com a avaliação física avançada, solicitação e interpretação de exames diagnósticos e prescrição do tratamento, inclusive medicamentoso, para a condição de saúde identificada⁸.

Essa abordagem contribui para a redução das filas de espera e aumenta a resolutividade no atendimento¹¹. Um estudo demonstrou que gestantes acompanhadas conjuntamente por médicos e enfermeiros receberam orientações mais abrangentes e apresentaram maiores chances de segui-las ao longo da gestação¹². Outros estudos indicam que entre 25% e 75% das tarefas realizadas por médicos na APS poderiam ser desempenhadas por enfermeiros, por meio de protocolos que incluem exames, tratamento e gerenciamento de pacientes com doenças crônicas, permitindo que os médicos se concentrem em procedimentos mais especializados¹³. De acordo com uma revisão sistemática, essa estratégia mostra-se uma alternativa viável para a redução de custos e para o aprimoramento do desempenho da APS, especialmente em países em desenvolvimento ou em contextos de maior vulnerabilidade e escassez de médicos¹⁴.

Entretanto, permanece insuficientemente investigado como os protocolos de cuidado vigentes funcionam especificamente como instrumentos facilitadores (ou limitadores) da autonomia do enfermeiro e do compartilhamento real de atos clínicos complexos na prática cotidiana da APS. Assim, este estudo aborda o papel dos protocolos de cuidado na orientação do trabalho compartilhado entre médicos e enfermeiros na APS, evidenciando protocolos clínicos já existentes que contribuem para a prática profissional do enfermeiro, possibilitando a expansão de sua atuação clínica. Diante disso, questiona-se: os protocolos de cuidado já estabelecidos e em uso atualmente favorecem o compartilhamento das atividades entre médicos e enfermeiros?

Assim, o estudo objetiva analisar, em protocolos de cuidado estabelecidos, a existência de trabalho compartilhado entre médico e enfermeiro na APS.

Metodologia

Estudo documental, de abordagem qualitativa, que integra a tese de doutorado da primeira autora do manuscrito, cuja análise comparada de documentos foi realizada em protocolos de cuidados clínicos brasileiros versando sobre a APS, com ênfase no trabalho compartilhado entre médicos e enfermeiros¹⁵. A análise comparada é um método das ciências humanas e sociais que permite identificar regularidades, semelhanças e diferenças entre fenômenos para construir tipologias ou explicar relações de causa e efeito¹⁶. Os pesquisadores seguiram as Normas para Relato de Pesquisa Qualitativa (SRQR), quando aplicável.

A pesquisa foi conduzida a partir da seguinte questão norteadora: como os protocolos clínicos brasileiros direcionados à APS descrevem o trabalho compartilhado entre médicos e enfermeiros no diagnóstico e tratamento das condições prevalentes?

A busca de dados foi manual, realizada entre janeiro e julho de 2024, pela primeira autora

do manuscrito, com auxílio da orientadora do estudo. Inicialmente, realizou-se a busca nos *sites* dos Conselhos Regionais de Enfermagem (Corens) por aqueles que haviam produzido e publicado protocolos de Enfermagem com prática clínica descrita para o enfermeiro, pois a lei do exercício profissional possibilita essa prática mediante protocolos institucionais, tendo sido encontrados nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Goiás, Paraíba, Paraná, Mato Grosso e Santa Catarina.

Em seguida, buscou-se protocolos clínicos publicados e disponíveis online nos *sites* das secretarias estaduais de saúde e dos municípios-sedes das capitais dos estados mencionados anteriormente, tendo sido encontrados somente em São Paulo, Mato Grosso (Conquista d'Oeste), Goiás, Santa Catarina e Paraná.

A terceira fase da busca ocorreu no *site* do Ministério da Saúde (MS), na página online da editora¹⁷, buscando-se publicações relativas à APS de qualquer período, em ordem cronológica, com os produtos editados pelo órgão e que incluíssem os descritores adotados.

Para a busca em todos os *sites* mencionados, foram utilizados, individualmente, os seguintes descritores: “protocolos de cuidado”, “guias clínicas”, “fluxogramas de atenção”, “linhas guias de cuidado” e “programas e ações de saúde na APS”, empregando-se os mecanismos de busca disponíveis em cada página institucional.

Os critérios de inclusão foram: a) protocolos com descrição de condições prevalentes na APS (como diabetes, hipertensão, tuberculose, saúde da mulher, entre outras); b) estrutura de trabalho compartilhado entre médicos e enfermeiros, com responsabilidade compartilhada para diagnóstico e tratamento; c) protocolos vigentes entre os anos de 2014 e 2024; e d) disponibilidade online para acesso integral. Foram excluídos informes, notas técnicas, manuais sem recomendações clínicas específicas, protocolos direcionados exclusivamente à atenção especializada ou hospitalar e documentos que não contemplassem atribuições dos profissionais de interesse de forma compartilhada.

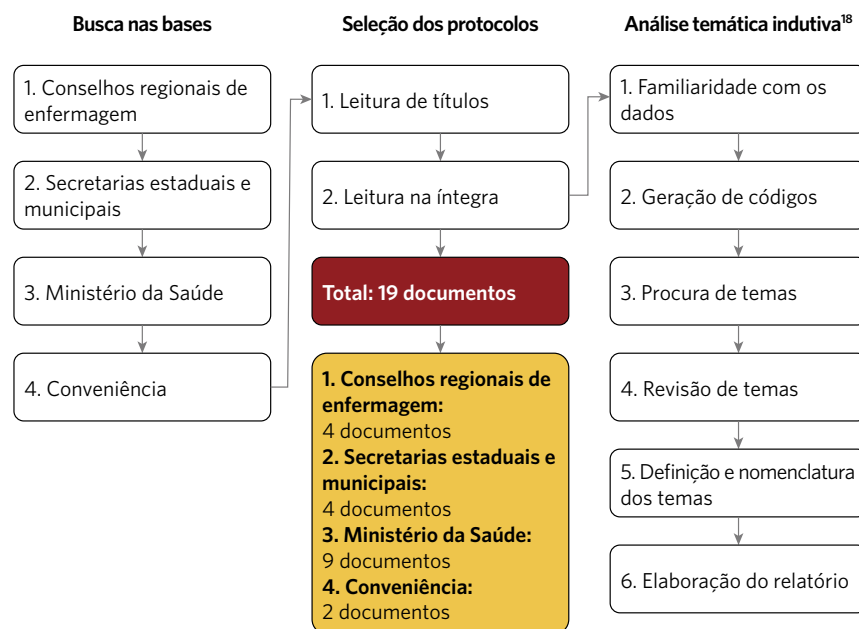
A seleção dos protocolos seguiu um modelo de duas etapas: inicialmente, foi realizada leitura dos títulos e do sumário dos documentos identificados, visando verificar sua relação com o objetivo da pesquisa. Na sequência, uma segunda leitura foi realizada de forma detalhada em busca da confirmação dos protocolos que atendiam aos critérios de inclusão, com ênfase no trabalho compartilhado destas duas categorias profissionais e na descrição das atribuições compartilhadas.

Entre as 80 publicações disponíveis no *site* do MS mencionado, foram incluídos nove documentos. Dos Corens foram incluídos quatro documentos (PR, MT, SP, GO), das secretarias estaduais (PR) e/ou municipais de saúde foram

incluídos quatro documentos (PR e SC), e, por conveniência, foram incluídos dois protocolos do município de Toledo/PR, local em que outros dados da pesquisa de campo da tese foram obtidos. Ao final do processo, foram incluídos 19 protocolos para análise.

Para cada protocolo foram extraídas informações referentes ao ano de publicação, instituição responsável, condição clínica abordada, público-alvo, profissionais envolvidos, descrição das atribuições dos médicos e enfermeiros, possibilidade de solicitação de exames e prescrição de medicamentos, além de evidências relacionadas ao trabalho compartilhado. O fluxograma sintético da metodologia está apresentado na *figura 1*.

Figura 1. Fluxograma metodológico



Fonte: elaboração própria.

Para a análise dos dados, foi adotada a análise temática indutiva, por ser utilizada para identificar, analisar e relatar temas (padrões) encontrados nos dados, o que permite organizá-los e descrevê-los em detalhes, além da sua flexibilidade e adequação à exploração sistemática

de documentos institucionais. Diferente de métodos que exigem uma grade teórica prévia, a abordagem indutiva permite que os temas e padrões de significado surjam diretamente dos dados brutos (os protocolos)¹⁸, essencial para identificar como o trabalho compartilhado é

efetivamente estruturado na prática assistencial descrita nos documentos. A unidade de análise correspondeu aos trechos textuais dos protocolos que descreviam atribuições profissionais, responsabilidades compartilhadas, fluxos assistenciais, solicitação de exame e prescrição terapêutica.

A análise seguiu as seis etapas, de acordo com Braun e Clark¹⁸, sendo: 1) Familiaridade com os dados: leitura e anotação de dados iniciais, etapa desenvolvida na leitura dos títulos e sumários para identificação do trabalho compartilhados nos documentos; 2) Geração de Códigos: Codificação de forma sistemática das características dos dados em comum, agrupamento, desenvolvida com a inclusão das informações de interesse para a matriz de coleta de dados; 3) Procura de temas: reunião dos dados relevantes para agrupamento e formação de temas potenciais, possibilitada com a leitura horizontal dos dados de cada documento e vertical, comparando-se cada um deles para identificar o trabalho compartilhado; 4) Revisão de temas: verificação da relação dos temas com os dados (nível 1) e geração da temática para análise (nível 2) em que foi possível identificar os dados que foram posteriormente agrupados em três temas; 5) Definição e Nomenclatura dos temas: análise para refinar a especificidade de cada tema, geração e definição de nomes para cada tema, criando-se as três unidades de análise temática apresentadas nos resultados; 6) Elaboração do relatório: sendo a última oportunidade

para análise dos extratos, etapa em que foi elaborada a síntese dos dados apresentada¹⁸.

Durante a elaboração deste trabalho, os autores utilizaram a ferramenta ChatGPT (GPT-5.2), desenvolvida pela OpenAI, com a finalidade de apoio à revisão linguística e à organização textual. Após a utilização da ferramenta, o conteúdo foi integralmente revisado e editado pelos autores, que assumem total responsabilidade pelas informações apresentadas e asseguram a originalidade do manuscrito, bem como a inexistência de plágio. Este trabalho dispensou a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa por usar documentos de domínio público disponíveis online, para cumprir as diretrizes éticas todos os documentos utilizados foram devidamente citados no estudo.

Resultados

No total, foram incluídos 19 protocolos clínicos publicados entre 2014 e 2024, dos quais nove correspondem aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo MS, e dez protocolos elaborados por secretarias estaduais, municipais e conselhos profissionais. Os documentos contemplaram diferentes condições clínicas prevalentes da APS, incluindo doenças crônicas, doenças transmissíveis, saúde da mulher, saúde da criança e atendimento à demanda espontânea (*quadro 1*).

Quadro 1. Protocolos incluídos na pesquisa

	Título	Autoria	Ano	Abordagem geral
1	Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	Ministério da Saúde	2024	Trabalho clínico
2	Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil	Ministério da Saúde	2024	Trabalho clínico
3	Anemia por deficiência de ferro	Ministério da Saúde	2014	Trabalho clínico
4	Doença pulmonar obstrutiva crônica	Ministério da Saúde	2021	Trabalho clínico
5	Hanseníase	Ministério da Saúde	2022	Trabalho clínico
6	Asma	Ministério da Saúde	2023	Trabalho clínico

Quadro 1. Protocolos incluídos na pesquisa

	Título	Autoria	Ano	Abordagem geral
7	Atenção integral às pessoas com infecção sexualmente transmissível	Ministério da Saúde	2021	Trabalho clínico e solicitação de exames
8	Tabagismo	Ministério da Saúde	2020	Trabalho clínico
9	Sobrepeso e obesidade em adultos	Ministério da Saúde	2020	Trabalho clínico
10	Protocolo assistência de enfermagem ao pré-natal de risco habitual e intermediário	Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Município de Toledo - PR	2021	Trabalho clínico, solicitação de exames e prescrição de tratamento
11	Protocolo assistência de enfermagem às infecções sexualmente transmissíveis	SMS Município de Toledo - PR	2020	Trabalho clínico, solicitação de exames e prescrição de tratamento
12	Protocolo de enfermagem: saúde da mulher	Coren - PR	2020	Trabalho clínico, solicitação de exames e prescrição de tratamento
13	Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde - doenças crônicas	Coren-MT	2019	Trabalho clínico
14	Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem	Coren-SP	2017	Teórica
15	Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde no estado de Goiás	APS Estado Goiás - Coren	2014	Trabalho clínico
16	Linha de cuidado materno-infantil do Paraná	Secretaria de Saúde do Paraná - Sesa-PR	2022	Teórica e trabalho clínico
17	Protocolo de prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros da APS	SMS Município de Conquista d'Oeste	2019	Trabalho clínico
18	Atenção à demanda espontânea de cuidados no adulto	SMS Município de Florianópolis	2020	Trabalho clínico
19	Protocolo da enfermagem: saúde da mulher	SMS Município de Florianópolis	2020	Trabalho clínico

Fonte: elaboração própria com base nos protocolos incluídos na pesquisa¹⁹⁻³⁷.

Observa-se predominância de protocolos voltados ao manejo de doenças crônicas e condições relacionadas à saúde da mulher, evidenciando que esses agravos concentram grande parte das recomendações clínicas produzidas para a APS. Também se observa que os documentos nacionais abordam principalmente condições prioritárias para o SUS, enquanto os protocolos municipais apresentam maior detalhamento operacional das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros.

No *quadro 2*, apresentam-se os protocolos oriundos do MS¹⁹⁻²⁷, evidenciando as ações de trabalho compartilhado descritas, o profissional a quem o protocolo se destina, o compartilhamento de tarefas, com destaque para a ampliação das ações clínicas do enfermeiro, como a solicitação e interpretação de exames e prescrição de medicamentos por profissionais não médicos.

Quadro 2. Descrição dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde

Título	Trabalho compartilhado evidenciado	Profissional de destino	Solicitação de exames	Prescrição de medicamentos
Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	Orientações para o tratamento não farmacológico/promoção de mudança de estilo de vida. Orientações sobre o armazenamento, preparo e aplicação da insulina. É ação de toda equipe o apoio e educação do paciente para garantir adesão ao tratamento, realizar ações de promoção da saúde, prevenção e identificação dos fatores de risco para a doença e suas complicações.	Médico de Família e Comunidade, endocrinologistas e enfermeiros que atuam na APS.	Sim, apenas pelo profissional médico.	Sim, apenas pelo profissional médico.
Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil	Sem menção direta ao trabalho da enfermagem. A equipe de saúde é responsável pelo apoio e educação do paciente para garantir a adesão ao tratamento, bem como pelo preenchimento dos instrumentos de registro.	Equipe de APS.	Sim, pelo médico ou pelo enfermeiro.	Sim, apenas pelo profissional médico.
Anemia por deficiência de ferro	Sem menção direta às tarefas de cada profissional.	Equipe de APS.	Sim, apenas pelo profissional médico.	Sim, apenas pelo profissional médico.
DPOC	Sem menção direta às tarefas de cada profissional.	Equipe de APS.	Sim, apenas pelo profissional médico.	Sim, apenas pelo profissional médico.
Hanseníase	A equipe de saúde da APS deve reconhecer precocemente os sinais da doença e das reações hansênicas, indicar o tratamento adequado, monitorar a função nervosa, prevenir incapacidades físicas e acompanhar a resposta ao tratamento. A equipe é responsável pela escuta ativa, acolhimento, criação de vínculo para adesão e orientação ao autocuidado.	Equipe de APS.	Sim, apenas pelo profissional médico.	Sim, apenas pelo profissional médico.
Asma	Sem menção direta. A equipe é responsável por compartilhar com o paciente os objetivos e a importância da terapia, realizando avaliação contínua da adesão e resposta ao tratamento de forma multidisciplinar.	Equipe de APS.	Sim, apenas pelo profissional médico.	Sim, apenas pelo profissional médico.
Atenção integral às pessoas com IST	Profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) devem solicitar testes para sífilis e seguir o algoritmo de decisão clínica para manejo de casos adquiridos e em gestantes. A equipe deve abordar a saúde sexual das gestantes, oferecendo Prevenção Combinada, e realizar atendimento multidisciplinar a vítimas de estupro, com acolhimento e orientações sobre direitos e providências legais.	Equipe de APS.	Sim, pelo profissional médico ou pelo enfermeiro.	Sim, apenas pelo profissional médico.
Tabagismo	Atuação dos profissionais de saúde, incluindo a enfermagem, que devem identificar usuários, registrar informações, orientar sobre a cessação e encaminhar para tratamento conforme o modelo do Programa Nacional de Controle do Tabagismo.	Equipe de APS.	Não.	Sim, apenas pelo profissional médico.
Sobrepeso e obesidade em adultos	O tratamento de sobrepeso, obesidade, bulimia e compulsão alimentar deve ser realizado por equipe multiprofissional, incluindo a enfermagem, com a APS como porta de entrada e atuação conforme as necessidades individuais em todos os níveis de atenção à saúde.	Equipe de APS.	Sim, se necessário, conforme decisão da equipe multidisciplinar envolvida no caso.	Não, refere decisão de não incorporar tratamento farmacológico para obesidade no SUS.

Fonte: elaboração própria com base nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde¹⁹⁻²⁷.

A análise dos protocolos revelou que, embora os documentos reconheçam a atuação multiprofissional e atribuam à equipe responsabilidades relacionadas ao acolhimento,

educação em saúde, acompanhamento clínico e incentivo à adesão terapêutica, as atividades privativas permanecem concentradas no profissional médico. A respeito da solicitação de

exames, apenas três protocolos descrevem a solicitação de exames realizada por enfermeiros; já a prescrição de medicamentos nesses protocolos fica limitada à ação médica^{20,25,27}.

No *quadro 3*, apresentam-se os protocolos com abrangência estadual e municipal selecionados para análise²⁸⁻³⁷, as ações descritas como

trabalho compartilhado, o profissional a quem o protocolo se destina, considerando ações de solicitação de exames e a prescrição de medicamentos por profissionais não médicos como indicadores do compartilhamento de tarefas.

Quadro 3. Descrição dos protocolos municipais e estaduais

Título	Trabalho compartilhado evidenciado	Profissional de destino	Solicitação de exames	Prescrição de medicamentos
Protocolo assistência de enfermagem ao pré-natal de risco habitual e intermediário	Orienta a equipe de enfermagem na detecção precoce da gestação, realização de consultas intercaladas de pré-natal, prescrição de medicações sintomáticas, suplementações e tratamento de condições comuns como ITU, IST, anemia leve e hipotireoidismo inicial. Destaca ainda o dever de identificar sinais de alarme e encaminhar a gestante para avaliação médica.	Enfermagem	Sim, pré-natal, teste da mãezinha e testes rápidos	Sim, sintomáticos, profilaxia com ácido fólico e sulfato ferroso, tratamento de ITU, corrimento vaginal, cervicites, sífilis, tratamento inicial de hipotireoidismo, anemia leve e moderada.
Protocolo assistência de enfermagem às IST	Destaca a responsabilidade da equipe no acolhimento e escuta ativa, orientando o tratamento inicial de infecções genitais e o encaminhamento médico em casos recorrentes, complicados ou que exijam alternativas terapêuticas.	Enfermagem	Sim, IST	Sim, esquema inicial para corrimento vaginal, cervicites, uretrites, sífilis e herpes genital.
Protocolo de enfermagem: saúde da mulher	Orienta a equipe de enfermagem na consulta da mulher, com realização de exames de rotina, rastreamento e avaliação clínica. Inclui diagnóstico e tratamento de infecções genitais e ITU não complicada, testes rápidos, planejamento reprodutivo, prescrição de métodos contraceptivos.	Enfermagem	Sim, pré-natal de baixo risco, planejamento reprodutivo, CA de útero, puerpério, IST.	Sim, saúde sexual e reprodutiva, pré-natal de baixo risco, puerpério, manejo de IST e infecções ginecológicas.
Protocolo de enfermagem na Atenção Primária à Saúde – doenças crônicas	Recomenda o manejo multiprofissional de agravos como doenças crônicas, acompanhamento oncológico e apoio a usuários de álcool e tabaco. Orienta que o enfermeiro possa renovar a medicação para hipertensão arterial sistêmica de baixo risco por até seis meses, sem alteração na medicação, e, em caso de dúvidas, deve discutir o caso com o médico.	Enfermagem	Sim, de rastreamento de CA de mama e de colo de útero, DM, HAS, obesidade	Não, apenas renovação de tratamento de HAS e prescrição de curativos.
Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem	Orienta a elaboração de protocolos de enfermagem que prevejam ações independentes ou compartilhadas, incluindo solicitação de exames, prescrição de medicamentos e encaminhamentos. Destaca que o uso desses protocolos deve fundamentar o trabalho de toda a equipe de saúde.	Enfermagem	Não	Não.
Protocolo de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado de Goiás	Reforça o papel da enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, e pré-natal, em consultas intercaladas com o médico. Responsabilidade de identificar e encaminhar casos agudos, crônicos agudizados ou complicados para avaliação médica.	Enfermagem	Sim, pré-natal, doenças crônicas, IST, tuberculose e hanseníase, puericultura	Sim, suplementação no pré-natal, contraceptivos, hipertensão de diabetes (protocolo), demanda espontânea, feridas.

Quadro 3. Descrição dos protocolos municipais e estaduais

Título	Trabalho compartilhado evidenciado	Profissional de destino	Solicitação de exames	Prescrição de medicamentos
Linha de cuidado materno-infantil do Paraná	Destaca a importância do manejo compartilhado entre médicos e enfermeiros no pré-natal, com conhecimento por toda a equipe da APS, valorizando o trabalho interdisciplinar. Em gestantes de alto risco, orienta que o cuidado seja conduzido de forma articulada entre a APS e a atenção especializada, por meio de um plano conjunto.	Profissionais de saúde da APS, Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar	Sim, rotina de pré-natal	Não, apenas orientação de ajuste de dose para hipotireoidismo.
Protocolo de prescrição de medicamento e solicitação de exames por enfermeiros da APS	Reforça a importância do cuidado integral e compartilhado nas doenças crônicas. Destaca o papel do enfermeiro na identificação de agravos em consultas de puericultura e pré-natal, com encaminhamento para o médico quando necessário. Orienta a realização intercalada do pré-natal de baixo risco entre enfermeiro e médico.	Enfermagem	Sim, saúde da criança, do adolescente, mulher, doenças crônicas e IST	Sim, pré-natal de baixo risco, planejamento familiar, doenças crônicas, saúde da criança e do adolescente, tuberculose, hanseníase e IST.
Atenção à demanda espontânea de cuidados no adulto	Orienta que a enfermagem deve ser capacitada para atender e encaminhar as morbidades mais comuns, destacando a importância das interconsultas entre enfermeiro, médico e outros membros da equipe para elaborar um plano terapêutico conjunto. Fornece orientações para auxiliar o enfermeiro na tomada de decisão e discussão de casos com o médico, visando a melhor conduta clínica.	Enfermagem	Sim, pré-natal, doenças crônicas, demanda espontânea, seguimento de condições clínicas	Sim, diversas situações clínicas, orientando interconsulta com médico em caso de necessidade de antibioticoterapia.
Protocolo da enfermagem: saúde da mulher	Recomenda que casos ginecológicos com sinais de alerta sejam avaliados em conjunto com o médico, promovendo interconsultas quando necessário. Indica que o pré-natal de baixo risco pode ser realizado de forma alternada entre médico e enfermeiro, ou integralmente pelo enfermeiro, conforme diretrizes do Ministério da Saúde. Orienta a solicitação de exames e prescrição de medicamentos conforme a competência técnica do enfermeiro.	Enfermagem	Sim, exames pré-natais, exames pré-operatórios previamente à laqueadura/vasectomia, exames de investigação de infertilidade	Sim, suplementação do pré-natal, métodos contraceptivos, IST, infecções ginecológicas, puerpério e intercorrências de baixo risco.

Fonte: elaboração própria com base nos protocolos municipais e estaduais²⁸⁻³⁷.

Os protocolos estaduais e municipais listados no *quadro 3*²⁸⁻³⁷ têm como destino principal a equipe de enfermagem, exceto a ‘Linha de cuidado materno infantil do Paraná’³⁴, que se destina a toda a equipe. Todos esses protocolos estimulam o cuidado compartilhado por meio do trabalho interdisciplinar, interconsultas, encaminhamentos e discussões de caso. Em sua maioria, eles dão suporte à atuação dos enfermeiros por reconhecerem a solicitação de exames e a prescrição de medicamentos como uma atribuição dos enfermeiros^{28-31,32-37}.

A análise comparativa dos 19 protocolos incluídos evidenciou diferenças importantes

entre os documentos publicados pelo MS¹⁹⁻²⁷ e aqueles elaborados por estados, municípios e conselhos profissionais²⁸⁻³⁷. Entre os nove PCDT do MS¹⁹⁻²⁷, apenas três previam a solicitação de exames por enfermeiros^{20,25,27}, enquanto a prescrição de medicamentos permaneceu restrita ao profissional médico em todos os protocolos analisados. Em contrapartida, entre os dez protocolos estaduais, municipais e de conselhos profissionais²⁸⁻³⁷, nove autorizavam a solicitação de exames por enfermeiros^{28-31,33-37} e sete contemplavam a prescrição de medicamentos, ainda que limitada às condições clínicas previstas em cada protocolo²⁸⁻³⁷.

Além disso, todos os protocolos locais apresentaram descrições mais detalhadas das atribuições da enfermagem, incluindo consultas compartilhadas, interconsultas, encaminhamentos, acompanhamento longitudinal e definição de critérios para discussão de casos com o médico, ao passo que os protocolos nacionais se concentraram em recomendações gerais voltadas à equipe multiprofissional, com menor especificação das responsabilidades de cada categoria profissional. Esses achados evidenciam que, embora os documentos nacionais reconheçam a importância do trabalho em equipe, os protocolos estaduais e municipais apresentam maior detalhamento operacional do trabalho compartilhado e maior ampliação da autonomia clínica do enfermeiro na APS.

A análise indutiva dos documentos permitiu identificar três temas que expressam diferentes formas de operacionalização do trabalho compartilhado entre médicos e enfermeiros na APS, os quais serão discutidos a seguir, definidos como: 1) Diferentes concepções de trabalho compartilhado nos protocolos da APS; 2) A autonomia clínica do enfermeiro como elemento do trabalho compartilhado; 3) Os protocolos como organizadores do processo de trabalho interprofissional.

Discussão

A análise temática dos protocolos permitiu identificar três dimensões complementares do trabalho compartilhado entre médicos e enfermeiros na APS. Embora todos os documentos reconheçam a importância da atuação multiprofissional, observam-se diferenças importantes quanto à forma como o compartilhamento das responsabilidades clínicas é compreendido, operacionalizado e regulamentado. Assim, os resultados serão discutidos a partir dos três temas emergentes da análise.

Diferentes concepções de trabalho compartilhado nos protocolos da APS

O trabalho em equipe e o trabalho interprofissional são temas que emergem da leitura dos protocolos. Os protocolos ministeriais voltados à APS, ao tratar de doenças infectocontagiosas e doenças crônicas não transmissíveis que são relevantes para o cenário epidemiológico brasileiro, referem o cuidado como uma ação da equipe. Os PCDT, em sua construção, responsabilizam a equipe pelo cuidado prestado, especialmente nas atividades de promoção, prevenção, orientação, identificação de fatores de risco e o incentivo à adesão ao tratamento¹⁹⁻²⁷. Esses protocolos foram publicados pelo MS, visando à melhoria da gestão dos serviços de saúde e a qualificação do atendimento.

Essa diferença torna-se evidente quando se comparam os protocolos nacionais aos estaduais e municipais analisados¹⁹⁻³⁷. Enquanto os PCDT tendem a apresentar uma concepção de trabalho compartilhado centrada na atuação multiprofissional e na corresponsabilidade da equipe¹⁹⁻²⁷, os protocolos regionais operacionalizam esse compartilhamento por meio da definição explícita de consultas intercaladas, interconsultas, encaminhamentos, solicitação de exames, prescrição de medicamentos em situações específicas e critérios para discussão conjunta dos casos clínicos²⁸⁻³⁷. Assim, o compartilhamento deixa de representar apenas uma diretriz organizacional e passa a construir uma estratégia de organização do cuidado.

Essa diferença observada entre os documentos reflete duas concepções distintas de trabalho compartilhado. Na primeira, predominante nos protocolos ministeriais, a colaboração ocorre por meio do 'trabalho em equipe', compreendido como a atuação conjunta dos profissionais em torno de um objetivo comum³⁸, porém com pouca explicitação das responsabilidades individuais. Na segunda, mais frequente nos protocolos estaduais e municipais²⁸⁻³⁷, o compartilhamento envolve a

complementaridade das competências profissionais, permitindo que médicos e enfermeiros assumam responsabilidades clínicas distintas, porém articuladas, favorecendo maior continuidade do cuidado e ampliação da resolutividade da APS. A compreensão do cuidado como complementar, intercalado, com divisão de responsabilidades terapêuticas, objetivando o mesmo resultado clínico e reservando a autonomia do usuário se aproxima das definições de trabalho compartilhado adotadas neste estudo^{8,9}.

Assim, mais do que reconhecer a importância do trabalho em equipe, os protocolos diferem na forma como compreendem e transformam essa colaboração em práticas clínicas concretas. Essa distinção influencia diretamente as relações de trabalho, o espaço ocupado pelo enfermeiro no cuidado compartilhado e a dinâmica assistencial adotada.

A autonomia clínica do enfermeiro como elemento do trabalho compartilhado

A atuação do enfermeiro na APS é fundamental para a organização do cuidado, caracterizando-se pela prestação de assistência integral, contínua e resolutiva aos indivíduos, às famílias e às comunidades, em articulação com a equipe multiprofissional da unidade de saúde³⁹. A ampliação da prática clínica da enfermagem na APS tem contribuído para a melhoria do acesso aos serviços, a qualificação da comunicação profissional-usuário e a maior adesão aos tratamentos, especialmente no acompanhamento de condições crônicas de saúde. Nesse cenário, a adoção de protocolos clínicos, como aqueles voltados ao cuidado de doenças crônicas (diabetes, anemia ferropriva, doença pulmonar obstrutiva crônica, tabagismo, obesidade) e principalmente o cuidado a população materna e infantil, constitui instrumento essencial para a padronização das condutas, o fortalecimento da autonomia profissional e a segurança do cuidado, além de favorecer a integração das atribuições no trabalho em equipe multiprofissional da ESF⁴⁰.

Essa padronização do cuidado é tão relevante que influencia ações como a do município de São Paulo na elaboração de um Manual de Enfermagem, contendo sete protocolos de enfermagem voltados para a saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, saúde do adulto, saúde da pessoa idosa, rotinas de enfermagem, biossegurança na saúde e protocolo voltado para o técnico/auxiliar de enfermagem⁴¹. Esses protocolos abrangentes definem os procedimentos de enfermagem para diversos cenários de saúde, com especial atenção à promoção da saúde e à prevenção de doenças. No âmbito da saúde da mulher, por exemplo, o protocolo específico configura-se como uma ferramenta fundamental para a atuação dos enfermeiros, ao orientá-los na realização de exames preventivos e no acompanhamento da saúde sexual e reprodutiva.

A relevância desses protocolos torna-se ainda mais evidente à luz de estudos que apontam a falta de padronização nas condutas adotadas pelos enfermeiros na assistência às queixas e problemas mais comuns em saúde da mulher, o que revela fragilidades na prática clínica. Tal cenário evidencia a necessidade de capacitação e de fortalecimento da implementação dos protocolos, a fim de promover atendimentos mais uniformes, qualificados e fundamentados em evidências científicas⁴².

Entretanto, a ampliação das ações do enfermeiro e a implementação plena de um trabalho compartilhado passam por entraves legais e disputas jurídicas, principalmente pela publicação do Ato Médico pelo Conselho Federal de Medicina, que possui o poder de limitar a atuação de diversos profissionais, dentre eles os enfermeiros, reivindicando para a categoria a exclusividade da realização do diagnóstico nosológico e de atividades como prescrição de medicamentos, realização de procedimentos e a solicitação de exames⁴³.

Essa visão centrada no médico, apesar de não ser predominante, ainda está implícita em alguns protocolos ministeriais. Como exemplo, os PCDT de anemia por deficiência de ferro e de doença pulmonar obstrutiva

crônica^{1,22} não fornecem subsídios claros para a atuação clínica da enfermagem. Embora ambos apresentem recomendações baseadas em evidências para diagnóstico e tratamento, as atribuições relacionadas ao manejo terapêutico permanecem concentradas no profissional médico, restringindo a ampliação da autonomia clínica do enfermeiro.

Em relação à avaliação do PCDT do diabetes *mellitus*¹⁹, percebeu-se a fundamental atuação da equipe de saúde da APS no cuidado, visto que exerce o papel essencial de orientações sobre o tratamento e a mudança do estilo de vida, realização de atividades educativas, incentivo à adesão ao tratamento, identificação dos fatores de risco e prevenção de complicações. Entretanto, o manejo clínico da condição, especialmente as ações de prescrições medicamentosas e o encaminhamento para serviços especializados são restritas à ação médica.

A prescrição de medicamentos pelo enfermeiro é reconhecida pela Resolução nº 801 de 2026⁴⁴, que relata que essa atividade fica autorizada desde que seja baseada em rotinas e protocolos estabelecidos pelos serviços de saúde e por programas de saúde pública. Esse reconhecimento é um marco importante, pois garante segurança jurídica e autonomia ao enfermeiro. Estudos indicam que a prescrição de medicamentos por enfermeiros para a continuidade da farmacoterapia de pacientes com doenças crônicas, quando autorizada e fundamentada em protocolos específicos, contribui para a redução da sobrecarga da APS, especialmente das consultas destinadas apenas à renovação de receitas. Essa prática possibilita que os médicos se dediquem ao manejo de demandas agudas, sem comprometer a manutenção dos tratamentos em curso. Tal estratégia mostra-se particularmente relevante em contextos nos quais o acesso ao médico é limitado, promovendo maior acessibilidade aos serviços de saúde e reduzindo as filas nos consultórios⁴⁵.

Ao considerar o cuidado em condições crônicas não transmissíveis, apesar de os protocolos ministeriais apontarem o trabalho em

equipe/compartilhado como ações voltadas principalmente às medidas educativas e a monitorização do estado clínico do paciente, uma pesquisa realizada por Draeger e colaboradores⁴⁶ aponta que essas ações realizadas pela enfermagem contribuem para a efetividade das políticas de saúde voltadas à essa condição e a possível redução dos indicadores de mortalidade associadas a essas doenças. Entretanto faz-se necessário o respaldo normativo legal do enfermeiro, o que colabora com o aumento da resolutividade dos serviços de saúde e a superação do modelo biomédico.

A literatura aponta que, para além dos protocolos nacionais, diversos protocolos regionais²⁸⁻³⁷ oferecem um suporte significativo à prática da enfermagem nas unidades de saúde, levando em consideração as particularidades locais e as necessidades da população atendida. Esses protocolos contribuem para a personalização do atendimento e permitem que os profissionais de saúde ajustem sua prática de acordo com as especificidades de cada região.

Destacam-se os protocolos de enfermagem que orientam o atendimento materno-infantil por toda a equipe, tal como o Protocolo Assistencial de Enfermagem ao Pré-Natal de Risco Habitual e Intermediário²⁸. No contexto da APS, o acompanhamento do pré-natal de baixo risco e intermediário é um aspecto fundamental da prática da enfermagem. O enfermeiro, em consonância com os protocolos nacionais e regionais, tem um papel central no monitoramento da saúde materno-infantil, incluindo o acompanhamento de gestantes, a solicitação de exames, a realização de intervenções educativas e a prevenção de complicações. Protocolos elaborados em municípios como Toledo^{28,29} e no estado de Goiás³³ demonstram elevada capacidade de organizar esse cuidado, permitindo que os enfermeiros conduzam de forma autônoma o acompanhamento de gestantes de baixo risco, reduzindo a sobrecarga das consultas médicas e ampliando o acesso ao atendimento⁴⁰.

Na assistência pré-natal, a enfermagem destaca-se por oferecer atenção integral à gestante

e à sua família ao longo de todo o período gestacional. Estudos demonstram que protocolos clínicos voltados à saúde materno-infantil fortalecem a prática baseada em evidências, ampliam a resolutividade dos cuidados e aumentam a segurança da prática clínica⁴⁰. Além disso, quando o pré-natal é conduzido de forma compartilhada entre médico e enfermeiro, observa-se maior adequação das orientações fornecidas às gestantes, favorecendo melhores desfechos durante o pré-natal, o parto e o puerpério¹¹.

Apesar das fragilidades da manutenção ou reconhecimento da autonomia dos enfermeiros, exemplos como o cuidado materno-infantil alinham-se a um cuidado compartilhado compreendido como igualmente importante entre médicos e enfermeiros, salvaguardando as especificidades profissionais e sobressaindo o cuidado integral e humano. Sendo exemplos positivos para a ampliação da atuação da enfermagem e fortalecendo o papel dos protocolos como instrumentos organizadores do cuidado.

Os protocolos como organizadores do processo de trabalho interprofissional

A análise dos protocolos assistenciais e suas implicações para a atuação da enfermagem na APS demonstrou a importância dessas ferramentas na melhoria da qualidade do atendimento e na ampliação da autonomia dos enfermeiros. Ao definir quais ações podem ser realizadas pelo enfermeiro e pela equipe, os protocolos fornecem suporte e respaldo ético e legal, contribuindo para a realização do compartilhamento de tarefas e qualidade assistencial para pacientes e profissionais. Protocolos bem estruturados e alinhados às políticas públicas de saúde podem corroborar a expansão da prática clínica do enfermeiro, ampliando a resolutividade do cuidado⁴⁷.

Percebeu-se que, quando a enfermagem é amparada por protocolos específicos²⁸⁻³⁷, fortalece o trabalho compartilhado com médicos, permitindo uma divisão mais eficiente das

responsabilidades, maior acesso à saúde de qualidade para a população e uma maior resolutividade nos cuidados oferecidos. Já que o cuidado compartilhado é incentivado e descrito por meio de consultas intercaladas, interconsultas e discussões de caso, extrapolando o cuidado para além de um resultado em comum, mas para ações conjuntas e conhecimentos integrados, beneficiando o cuidado em saúde.

Os resultados deste estudo indicam que os protocolos assistenciais exercem uma função que ultrapassa a padronização de condutas clínicas. Ao estabelecer fluxos assistenciais, delimitar responsabilidades profissionais e definir critérios para encaminhamento, interconsulta e acompanhamento compartilhado, esses documentos tornam-se instrumentos organizadores do processo de trabalho interprofissional na APS. Assim, além de orientarem decisões clínicas baseadas em evidências, os protocolos estruturam a forma como médicos e enfermeiros compartilham o cuidado no cotidiano dos serviços.

Voltados à toda equipe de saúde, os PCDTs¹⁹⁻²⁷ têm como objetivo estabelecer critérios diagnósticos, procedimentos e orientar tratamentos medicamentosos, com a finalidade de padronizar condutas baseadas em critérios técnicos e científicos, os quais apresentam eficácia comprovada, garantindo segurança ao usuário do SUS. Sob a perspectiva do trabalho compartilhado, entretanto, esses documentos priorizam recomendações assistenciais para a equipe como um todo, sem detalhar, na maioria das situações, a distribuição das responsabilidades clínicas entre médicos e enfermeiros.

Os protocolos produzidos pelos Corens³⁰⁻³³, pelas secretarias estaduais e municipais^{28,29,33-37} incluídos nesta pesquisa têm como foco principal a atuação da enfermagem, bem como uma descrição mais rica das ações do enfermeiro, preservando a autonomia regulada desse profissional. Os conselhos profissionais têm o poder de realizar a regulação das profissões de saúde, visto que legislam sobre o escopo de prática, competências e código de ética de cada profissão. Já as instituições estaduais e municipais

possuem autonomia para limitar ou ampliar a atuação de um profissional baseada nos protocolos estabelecidos, prática que contribui para as divergências entre as formas de atuação da enfermagem⁴⁸.

Sob essa perspectiva, os protocolos deixam de representar apenas instrumentos normativos para assumirem um papel estratégico na governança clínica da APS. Ao reduzir ambiguidades sobre as responsabilidades profissionais, esses documentos favorecem maior integração das equipes, fortalecem a segurança clínica, ampliam a autonomia regulada da enfermagem e qualificam o processo de tomada de decisão compartilhada. Consequentemente, contribuem para maior continuidade do cuidado, melhor utilização dos recursos disponíveis e ampliação da resolutividade dos serviços.

Um exemplo dessa estratégia é o Protocolo de Enfermagem na APS – Doenças Crônicas³¹, que orienta os enfermeiros na abordagem de condições crônicas, como hipertensão e diabetes, permitindo que o profissional realize atividades de acompanhamento contínuo, orientação sobre adesão ao tratamento e manejo de complicações³². Essa abordagem não só melhora a qualidade do atendimento, mas também promove a participação ativa do enfermeiro no processo decisional de cuidados.

Embora os protocolos tenham se mostrado fundamentais para a organização e otimização do trabalho na APS, ainda existem desafios significativos para sua implementação efetiva. A falta de capacitação contínua dos profissionais e a resistência à mudança são questões frequentemente mencionadas na literatura como limitadoras. Muitos enfermeiros, especialmente em áreas mais remotas, ainda apresentam dificuldades em aplicar adequadamente os protocolos devido à falta de treinamento ou à ausência de infraestrutura necessária para implementar as diretrizes de forma eficaz¹⁴. Ademais, a adesão aos protocolos pode ser prejudicada pela sobrecarga de trabalho e escassez de profissionais que, juntamente com a

falta de integração entre os diferentes níveis de atenção, representam barreiras para a articulação das equipes de saúde na aplicação dos protocolos, prejudicando a efetividade dessas diretrizes na prática clínica³⁹.

Além disso, a diversidade de protocolos nacionais e regionais pode resultar em inconsistências na prática, dificultando a padronização dos cuidados entre diferentes unidades de saúde. Embora a adaptação local seja importante, é essencial que haja um equilíbrio entre as diretrizes nacionais e as necessidades regionais para garantir que os pacientes recebam cuidados consistentes, independentemente de sua localização. Esse equilíbrio é crucial para promover a equidade no acesso à saúde e melhorar os resultados do cuidado, ao mesmo tempo em que respeita as particularidades e realidades de cada região⁴⁹.

Ainda, a falta de reconhecimento formal da enfermagem e da equipe de saúde em determinados protocolos, especialmente nos documentos nacionais, evidencia uma limitação que restringe o pleno aproveitamento do potencial de atuação da equipe multiprofissional e contribui para a sobrecarga do profissional médico. Essa lacuna reforça a necessidade de revisão e atualização dos protocolos, garantindo diretrizes mais inclusivas, que valorizem a atuação compartilhada e ampliem a autonomia dos profissionais da APS¹¹.

Diante do exposto, é possível identificar que o trabalho compartilhado entre médicos e enfermeiros na APS encontra-se em diferentes estágios de desenvolvimento entre os protocolos analisados. Embora todos reconheçam a importância da atuação multiprofissional, apenas parte deles descreve de forma explícita mecanismos capazes de operacionalizar o compartilhamento das responsabilidades clínicas. Nesse contexto, a ampliação da autonomia clínica do enfermeiro e a utilização de protocolos assistenciais bem estruturados mostram-se estratégias complementares para fortalecer a prática colaborativa, ampliar o acesso aos serviços de saúde e qualificar o cuidado ofertado à população.

Em síntese, os protocolos assistenciais têm se mostrado essenciais para fortalecer a atuação da enfermagem na APS, permitindo a ampliação da autonomia profissional, a melhoria da qualidade do atendimento e a resolutividade nos cuidados prestados. Os protocolos analisados, tanto nacionais quanto regionais, fornecem uma base sólida para a prática da enfermagem, mas é fundamental superar desafios como a capacitação contínua e a harmonização das diretrizes para garantir a eficácia do cuidado e a segurança dos pacientes. A implementação desses protocolos, aliada à educação permanente e à gestão eficiente, representa um avanço significativo para a promoção da saúde integral na APS⁵⁰.

O estudo apresenta como limitação própria do método a possibilidade de não ter incluído todos os documentos disponíveis para análise, em função dos descritores utilizados e da disponibilidade dos documentos na íntegra para consulta, sugerindo novos estudos, com descritores diferentes, para complementar os argumentos sobre a temática.

Por fim, evidencia-se a necessidade de avançar na elaboração e atualização dos protocolos clínicos brasileiros, de forma a incorporar, de maneira mais uniforme, recomendações relacionadas ao trabalho compartilhado, respeitando as competências profissionais e as necessidades dos diferentes contextos da APS.

Conclusões

A análise dos protocolos evidenciou que o trabalho compartilhado entre médicos e enfermeiros na APS encontra-se descrito de maneira heterogênea nos documentos analisados, variando conforme a concepção de cuidado adotada e o nível de elaboração dos protocolos. Enquanto os protocolos do MS, dos Corens e das secretarias estaduais contribuem para a organização da APS, definindo ações individuais e conjuntas, sendo ferramentas

norteadoras essenciais para o cuidado em saúde, a compreensão de cuidado compartilhado adotada e as descrições das ações realizadas de forma individual e conjunta caracterizam a forma de cuidado adotada, podendo reforçar o modelo biomédico ou superá-lo, considerando as relações de poder transmitidas e reforçadas por esses documentos.

O debate sobre a ampliação da autonomia da enfermagem é atual e enfrenta contradições relacionadas à necessidade da ampliação do cuidado e à fragilidade formativa desses profissionais. Em busca de melhorias futuras nas políticas públicas, torna-se essencial o fortalecimento da formação e a capacitação continuada da enfermagem, promovendo uma ampliação de suas funções no cuidado compartilhado. Essa qualificação contínua é especialmente relevante no manejo de condições crônicas e de doenças infectocontagiosas na APS, garantindo que os enfermeiros estejam aptos a atuar de maneira resolutiva, baseada em evidências científicas, além de ser uma forma eficiente para superar o paradigma biomédico, a fragmentação do cuidado e as lacunas de atendimento.

Contribuições de autoria

Salamanca MAB (0000-0003-2074-734X)*, Felix VCH (0000-0002-1798-7214)*, Taffarel EH (0000-0003-2029-1725)* e Toso BRGO (0000-0001-7366-077X)* contribuíram para concepção e desenho da pesquisa, obtenção de dados, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Silva EFG (0000-0002-0807-4886)* e Silva CA (0000-0003-4008-4715)* contribuíram para obtenção de dados, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Rodrigues RM (0000-0002-7047-037X)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. World Health Organization; Pan American Health Organization. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization; 1978.
2. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5 [acesso em 2026 jul 12]; Seção 1:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
3. Barbosa ACQ, Tasca R. Bases para uma Atenção Primária à Saúde integral, resolutive, territorial e comunitária no SUS: aspectos críticos e proposições. *APS Rev.* 2022;4(3):233-9. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v4i3.257>
4. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS 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 e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011 out 24; Edição 205; Seção I:48-55.
5. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 2002.
6. Paiva CHA. A atenção primária à saúde no SUS: o processo de construção de uma política nacional (1990-2006). *Caminhos Hist.* 2021;26(2):32-55. DOI: <https://doi.org/10.38049/issn.2317-0875v26n2p.32-55>
7. Vasconcelos MIO, Lara CXA, Nobre NM, et al. Avaliação da resolutividade e efetividade da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa de literatura. *Sanare (Sobral)*. 2018;17(1):65-73. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v17i1.1224>
8. Maier BC, Aiken LH, Busse R. Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2017 [acesso em 2023 jun 12]. (OECD Health Working Papers; n. 98). Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/>
9. Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(Supl 2):1525-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
10. Presidência da República (BR). Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1986 jun 25 [acesso em 2026 jul 12]; Seção 1:9273. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm
11. Felix VCH, Oliveira DCC, Franco CM, et al. Práticas de cuidado compartilhadas por enfermeiros e médicos na atenção primária. *Acta Paul Enferm.* 2025;38:eAPE003024. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2025AO003024>
12. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva SS, et al. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na Atenção Primária à Saúde. *Esc Anna Nery*. 2021;25(1):e20200098. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098>
13. Brownwood I, Lafortune G. Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: recent developments and persisting implementation challenges. *OECD Health Working Papers*. 2024;(165). DOI: <https://doi.org/10.1787/8e10af16-en>
14. Cassiani SHB, Dias BM. Perspectivas para a Enfermagem de Prática Avançada no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56(Esp):e20210406. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0406pt>
15. Gil AC. Como classificar as pesquisas? In: Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002. p. 41-58.

16. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
17. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; [data desconhecida]. *Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT*; 2026 [acesso em 2026 jul 12]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt>
18. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. DOI: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
19. Ministério da Saúde (BR). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Diabetes Mellitus Tipo 2* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2026 jul 12]. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/pcdt/2024/pcdt_diabetes_mellitus_tipo_2.pdf
20. Ministério da Saúde (BR). *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil* [Internet]. 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2026 jul 12]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-para-o-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed/view>
21. Ministério da Saúde (BR). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da anemia por deficiência de ferro* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2026 jul 12]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_anemia_deficiencia_ferro.pdf
22. Ministério da Saúde (BR). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da doença pulmonar obstrutiva crônica* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 2026 jul 12]. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/pcdt/2021/pcdt_dpoc_2021.pdf
23. Ministério da Saúde (BR). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da hanseníase* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2026 jul 12]. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/pcdt/2022/pcdt_hanseniasse_2022.pdf
24. Ministério da Saúde (BR). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da asma* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2026 jul 12]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_asma.pdf
25. Ministério da Saúde (BR). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 2026 jul 12]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2021/pcdt_ist_2021_eletronico.pdf
26. Ministério da Saúde (BR). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do tabagismo* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2026 jul 12]. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/pcdt/2020/pcdt_tabagismo.pdf
27. Ministério da Saúde (BR). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do sobrepeso e obesidade em adultos* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2026 jul 12]. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/pcdt/2020/pcdt_sobrepeso_e_obesidade_em_adultos.pdf
28. Toledo (PR), Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de enfermagem: assistência de enfermagem ao pré-natal de risco habitual e intermediário* [Internet]. 4ª ed. Toledo, PR: Secretaria Municipal de Saúde; 2021 [acesso em 2026 jul 12]. Disponível em: https://www.toledo.pr.gov.br/sites/default/files/paginabassica-2022-08/protocolo_pre-natal_alteracao_2021-versao_final-2_.pdf
29. Toledo (PR), Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de enfermagem: as infecções sexualmente transmissíveis* [Internet]. 4ª ed. Toledo, PR: Secretaria Municipal de Saúde; 2020 [acesso em 2026 jul 12]. Disponível em: <https://www.toledo.pr.gov.br/portais/saude/>
30. Conselho Regional de Enfermagem do Paraná. *Protocolo de enfermagem: saúde da mulher* [Internet]. Curitiba: Coren-PR; 2020 [acesso em 2026 jul 12]. Disponível em: <https://www.corenpr.gov.br/>

31. Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul. Protocolo de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: doenças crônicas [Internet]. 1ª ed. Campo Grande: Coren-MS; 2021 [acesso em 2026 jul 12]. Disponível em: <https://www.corenms.gov.br/>
32. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem [Internet]. São Paulo: Coren-SP; 2017 [acesso em 2026 jul 12]. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/Guia-para-Constru%C3%A7%C3%A3o-de-Protocolos-Assistenciais-de-Enfermagem.pdf>
33. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. Protocolo de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás [Internet]. 4ª ed. Goiânia: Coren-GO; 2022 [acesso em 2026 jul 12]. Disponível em: <https://www.corengo.org.br/>
34. Secretaria de Estado da Saúde (PR). Linha de cuidado materno infantil [Internet]. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde; 2022 [acesso em 2026 jul 12]. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-03/linha_guia_mi_gestacao_8a_ed_em_28.03.22.pdf
35. Conquista D'Oeste (MT), Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiro na Atenção Básica do município de Conquista D'Oeste-MT [Internet]. 1ª ed. Conquista D'Oeste: Secretaria Municipal de Saúde; 2019 [acesso em 2026 jul 12]. Disponível em: <https://www.conquistadoeste.mt.gov.br/portal/secretarias/6/secretaria-de-saude/>
36. Florianópolis (SC), Secretaria Municipal de Saúde. Atenção à demanda espontânea de cuidados no adulto [Internet]. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde; 2020 [acesso em 2026 jul 12]. Disponível em: <https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/PROTOCOLO%204%20SMS%20ATUALIZADO.pdf>
37. Florianópolis (SC), Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de enfermagem: cuidado em saúde da mulher [Internet]. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde; 2020 [acesso em 2026 jul 12]. Disponível em: www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=10&submenuid=1478
38. Peduzzi M. Trabalho em equipe. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizadora. Dicionário da educação profissional em saúde [Internet]. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2006 [acesso em 2026 jul 12]. p. 271-278. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Equipe_ts.pdf
39. Amorim TS, Backes MTS, Carvalho KM, et al. Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. Esc Anna Nery. 2022;26:e20210300. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0300>
40. Nunciaroni AT, Cunha CLF, Borges FA, et al. Enfermagem na APS: contribuições, desafios e recomendações para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. APS Rev. 2022;4(1):61-80. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v4i1.234>
41. São Paulo (SP). Secretaria Municipal de Saúde. Série Enfermagem: Atenção Básica – SMS-SP. 4ª ed. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2023.
42. Araújo MHHPO, Nascimento WG, Santos LBP, et al. Problemas/queixas mais comuns em saúde da mulher: conhecimento de enfermeiros da Atenção Básica. Rev Enferm Atual In Derme. 2021;95(33):e-021039. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.33-art.832>
43. Tenório M, Oliveira R, Morais H. O “Ato Médico” e as disputas jurisdicionais entre as profissões de saúde. Saúde Soc. 2022;31(3):e210338pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210338pt>
44. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Cofen nº 801, de 2026 [Internet]. Brasília, DF: Cofen; 2026 [acesso em 2026 jul 12]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/>
45. Kilańska D, Lipert A, Guzek M, et al. Increased accessibility to primary healthcare due to nurse prescribing of medicines. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(1):292. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19010292>

46. Draeger F, Santos SMA, Mello ALSE, et al. Resolutividade da enfermagem na Atenção Primária à Saúde: contribuições para a política de saúde. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Supl 6):2631-2638. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0656>
47. Coelho B, Meirelles BHS, Metelski FK, et al. Nursing protocols: macro and micropolitics in Primary Health Care management. *Rev Bras Enferm.* 2025;78(6):e20250055. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2025-0055>
48. Aith FMA, Germani ACC, Balbinot R, et al. Regulação do exercício de profissões de saúde: fragmentação e complexidade do modelo regulatório brasileiro e desafios para seu aperfeiçoamento. *Rev Direito Sanit.* 2018;19(2):198-218. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i2p198-218>
49. De Leo A, Bloxsome D, Bayes S. Approaches to clinical guideline development in healthcare: a scoping review and document analysis. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):37. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08975-3>
50. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Atenção Primária e coordenação do cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e melhoria da qualidade. *Ciênc saúde coletiva.* 2020;25(5):1799-1808. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>

Recebido em 09/02/2026

Aprovado em 19/07/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (Bahia/BA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5997468854789199> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> - e-mail: jamilli.santos@ufba.br