



UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU*
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



Daniele Tomaz Aguiar Frota

**PROTAGONISMO DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
CUIDADO AOS CASOS CRÔNICOS DE DIABETES MELLITUS DURANTE A
PANDEMIA DA COVID-19**

Sobral - Ceará
2023

Daniele Tomaz Aguiar Frota

**PROTAGONISMO DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
CUIDADO AOS CASOS CRÔNICOS DE DIABETES MELLITUS DURANTE A
PANDEMIA DA COVID-19**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF).

Orientador: Prof. PhD Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

Sobral – Ceará

2023

Daniele Tomaz Aguiar Frota

**PROTAGONISMO DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
CUIDADO AOS CASOS CRÔNICOS DE DIABETES *MELLITUS* DURANTE A
PANDEMIA DA COVID-19**

Área de Concentração: Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

Banca Examinadora

A Banca Examinadora da Dissertação, em sessão pública, realizada em 04/04/2023, considerou a Candidata Aprovada.

Prof. PhD Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Orientador

Profa. Dra. Maria Socorro Carneiro Linhares
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

1ª Examinadora

Profa. Dra. Maria Helena Machado
Escola Nacional de Saúde Pública (ESNP)/FIOCRUZ

2ª Examinadora

Prof. PhD Luciano Garcia Lourenção
Universidade Federal do rio Grande (FURG)

Suplente

*“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim:
esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois
desinquieta. O que ela quer da gente é coragem”.*

Guimarães Rosa

Elas são o meu cabelo curto, o esmalte descascado na minha unha, as olheiras no meu rosto;
Elas são o brinquedo espalhado pela sala, são o melado no controle remoto;
Elas são a marca de mão nos móveis, o embaçado nos vidros;
Elas são a gaveta da cômoda aberta, as frutas fora da fruteira, o quarto desarrumado;
Elas são o valor do trabalho, a vontade de aprender, a minha força, a minha fraqueza, a minha
riqueza;
Elas são o aperto no meu peito diante de uma escada, são o cheirinho no meu travesseiro;
Elas são o meu sono leve durante a noite;
Elas são o meu ouvido aguçado enquanto durmo;
Elas são o arrepio quando me chama, a paz quando me abraça, a emoção quando me olha;
Elas são meu cuidado, a minha fé, o meu interesse pela vida, a minha admiração pelas
crianças, o meu amor por Deus;
São o meu ontem, o meu hoje, o meu amanhã;
Elas são a vontade, a inspiração, a lição, o dever;
Elas são a presença, a surpresa, a esperança;
A minha dedicação;
A minha oração;
A minha gratidão;
O meu amor mais puro e bonito;
Enfim, a minha vida;
Às minhas filhas, Gisele e Marília!

Adaptado de Nádya Maria

AGRADECIMENTOS

“Amigo, para mim, é só isto: é a pessoa com quem a gente gosta de conversar, do igual o igual, desarmado. O de que um tira prazer de estar próximo. Só isto, quase; e os todos sacrifícios. Ou – amigo – é que a gente seja, mas sem precisar de saber o por que é que é”.

Guimarães Rosa

A **Deus**, meu maior suporte, minha base mais sólida, por ter me guiado em todas as minhas decisões. Meu eterno agradecimento.

Aos meus pais **Cândido Aguiar e Maria José Aguiar**, pessoas dedicadas, sempre respeitando minhas decisões, apoiando e ajudando sempre quando necessário, pela compreensão dos momentos de ausência, por estarem sempre presentes.

As minhas irmãs **Juliana Aguiar e Denise Aguiar**, exemplos de ser humanos e de profissional de enfermagem, na qual sempre foram para mim espelhos, suportes, guias. Minhas professoras, minhas companheiras, minhas grandes amigas. Obrigada pelo apoio, pelo suporte financeiro, pela torcida e por estarem sempre presentes;

Ao **Giucippe Frota**, esposo dedicado e companheiro, pelo auxílio que sempre encontrei em seus braços e por mesmo nas adversidades me fazem crer que era possível, encorajando-me para prosseguir. Obrigada por me fazer ver a vida de um jeito especial, obrigada pela atenção, colaboração e pelo incentivo.

As minhas filhas, **Gisele e Marília**, por não me deixar abater nas dificuldades, dando-me sempre esperança de dias melhores nesse período.

Ao meu orientador, **Prof. PhD Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto**, a quem tenho um grande apreço, pelo acolhimento afetuoso nas dificuldades, pela escuta paciente e orientação qualificada, por me fazer acreditar mais em mim, por ter me direcionado para este estudo e ter operacionalizado junto comigo a construção deste, conduzindo-o com muita competência e maestria.

Aos meus **colegas enfermeiros** que me ajudaram na construção deste estudo, pelo apoio e pela confiança.

À **Renarf**, em que realizei o grande desejo de ser mestre profissional, por proporcionar esse Programa de Pós-Graduação e Aperfeiçoamento em Saúde da Família.

A **todos os colegas da IV Turma da Renarf, em especial a Tarciana Serafim**, pelo feliz convívio e incentivo durante esse tempo de vida acadêmica, os quais farão parte da minha história.

A **todos os professores do Mestrado – Renarf**, profissionais de excelência, por toda dedicação nesse processo ensino-aprendizado.

A todos da **secretaria do Mestrado - Renarf**, obrigada pela amizade, pela paciência, pelo apoio, pelo respeito e pela dedicação.

À **banca examinadora**, profissionais competentes que se dispuseram a colaborar com a riqueza de suas sugestões e pela disponibilidade do tempo dedicado a este trabalho.

A minha prima-irmã **Vilma e sua família**, pela torcida, pelo apoio, pelo conselho e pelas orações durante o percurso deste estudo.

Aos **profissionais do CSF – CAIC**, companheiros de trabalho diário, por me fazer acreditar que sou capaz.

A **todos** que fizeram parte do meu convívio no dia a dia e com empenho, entusiasmo, bondade e disponibilidade contribuíram direta ou indiretamente, para que este estudo se concretizasse.

PROTAGONISMO DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO AOS CASOS CRÔNICOS DE DIABETES MELLITUS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

RESUMO

O Diabetes Mellitus é uma das doenças crônicas mais comuns gerenciadas na Atenção Primária à Saúde, portanto, faz-se necessário intensificar os cuidados aos sujeitos acometidos, com a finalidade de atingir o controle da condição e o manejo clínico durante a pandemia da COVID-19, devido aos novos riscos apresentados. Para tanto, foi preciso que a enfermagem estivesse atenta a suas diversas e próprias possibilidades de ser e fazer saúde, inserida no contexto como *front* assistencial, que a torna visível e protagonista nos diferentes espaços de cuidado. Os objetivos do estudo foram: analisar o processo de atuação de enfermeiros na Atenção Primária à Saúde, no cuidado aos casos crônicos de diabetes mellitus, durante a pandemia da COVID-19; e descrever as linhas de cuidado utilizadas por enfermeiros na atenção aos casos crônicos de diabetes mellitus durante a pandemia da COVID-19. Estudo do tipo exploratório-descritivo, analítico, de abordagem mista, baseado em estudo de caso. Realizado no município de Sobral, localizado na Região Norte do estado do Ceará, no período de abril de 2022 a março de 2023. Os informantes da pesquisa foram enfermeiros que atuavam na Atenção Primária à Saúde. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário on-line da plataforma *Google forms*, enviado aos enfermeiros via e-mail ou WhatsApp, dividido em blocos. Os dados e as informações foram sistematizados em planilhas do Excel® e, em seguida, submetidos à análise temática, com o suporte da construção de nuvens de palavras pelo Microsoft Word e do Fluxograma Analisador de Merhy. Respeitados os princípios éticos regulamentados pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pela Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral, conforme parecer Nº 0139/2022 e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UVA, parecer Nº 5.530.592. A análise crítica das informações e percepções dos enfermeiros conduziu a dois grandes eixos temático-categóricos: Protagonismo de Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde no cuidado aos casos crônicos de diabetes mellitus durante a pandemia da COVID-19 e Linha de cuidado utilizada por enfermeiros no cuidado aos casos crônicos de Diabetes mellitus, durante a pandemia da COVID-19. A maioria dos enfermeiros do estudo era do sexo feminino, pardos, adultos jovens, casados, nas fases de “maturidade profissional” e “formação profissional”. Entre as ações efetivadas no processo de trabalho e o cuidado em saúde na APS aos casos crônicos de DM, durante a pandemia, identificaram-se “Processos de Autoanálise” e “Processos de Autogestão”. A atuação de enfermeiros da equipe da ESF versa sobre uma gama de ações que conduzem ao protagonismo, no período pandêmico, em atenção aos casos crônicos de DM, na linha de cuidados, enquanto articulador das etapas, do cuidado e dos processos decisórios. Como protagonista da própria história e na contramão da situação do território nacional, a Enfermagem avançou no enfrentamento da pandemia da COVID-19, destacando-se na atuação pela rápida reorganização e articulação com a rede, estruturada em potencial poder de comunicação e como gestora da linha de cuidados aos sujeitos com gravidade da condição de DM.

Palavras-chave: Enfermagem; Diabetes mellitus; COVID-19.

THE PROTAGONISM OF THE NURSE IN PRIMARY HEALTH CARE IN THE CARE OF CHRONIC CASES OF DIABETES MELLITUS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is one of the most common chronic diseases managed in Primary Health Care, therefore, it is necessary to intensify care for these subjects in order to achieve condition control and clinical management during the COVID-19 pandemic, due to the new risks presented. Therefore, nursing needs to be attentive to its own diverse possibilities of being and doing health, inserted in the context as a care front, which makes it visible and protagonist in the different spaces of care. The objectives of the study are: to analyze the process of nurses' performance in Primary Health Care in the care of chronic cases of diabetes mellitus during the COVID-19 pandemic; and to describe the lines of care used by nurses in the care of chronic cases of diabetes mellitus during the COVID-19 pandemic. Exploratory-descriptive, analytical study, with a mixed approach, based on a case study. Carried out in the municipality of Sobral, located in the northern region of the state of Ceará, from April to September 2022. The research informants are nurses who work in Primary Health Care. We used an online questionnaire from the Google forms platform as a data collection instrument, sent to nurses via email or WhatsApp, divided into blocks. The data and information were systematized in Excel® spreadsheets and then submitted to thematic analysis with the support of building word clouds using Microsoft Word and the Merhy Analyzer Flowchart. National Health Council. The research was approved by the Scientific Committee of the Secretary of Health of Sobral under opinion No. 0139/2022 and by the Ethics and Research Committee of UVA, opinion No. 5,530,592. We present a critical analysis of nurses' information and perceptions in two major thematic-categorical axes: Primary Health Care Nurses' Protagonism in the Care of Chronic Cases of Diabetes Mellitus During the COVID-19 Pandemic and Line of Care Used by Nurses in Care to chronic cases of Diabetes mellitus during the COVID-19 pandemic. Most of the nurses in the study are female, brown, young adults, married and stages of "professional maturity" and "professional training". Among the actions carried out in the work process and health care in PHC for chronic cases of DM during the pandemic, "Self-Analysis Processes" and "Self-Management Processes" were identified. The performance of the ESF team nurse deals with a range of actions that lead us to their role in the pandemic period in attention to chronic cases of DM in the line of care as an articulator of the steps, care and decision-making processes. As the protagonist of its own history and in the opposite direction of the situation in the national territory, Nursing has advanced in the face of the COVID-19 pandemic, standing out in its performance in its rapid reorganization and articulation with the network, structured on a strong power of communication and as a manager of the line of care for subjects with severe DM condition.

Keywords: Nursing; Diabetes mellitus; COVID-19.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AADE	Associação Americana de Educadores de Diabetes
ABS	Atenção Básica à Saúde
ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI	Atenção Integral às doenças Prevalentes na Infância
AIT	Acidente Isquêmico Transitório
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
APPG	<i>All-Party Parliamentary Group on Global Health</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
<i>apud</i>	Citado por
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CAIC	Centro de Atenção Integral à Criança
CD	<i>Compact Disc</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CME	Central de Materiais de Esterilização
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COHAB	Conjunto Habitacional
<i>Col.</i>	Colaboradores
<i>CONEP</i>	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COVID-19	Coronavírus-19
COESP-S	Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública de Sobral
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CSF	Centro de Saúde da Família
CSSE	<i>Center for Systems Science and Engineering</i>
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAP	Doença Arterial Periférica
DM	Diabetes Mellitus

DNT	Doença Não Transmissível
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
<i>et al.</i>	e outros
<i>et col.</i>	e colaboradores
Etc.	Etecetera
FNE	Federação Nacional dos Enfermeiros
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GM	Gabinete Ministerial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HbA1c	Hemoglobina Glicada
HIV	Vírus Imunodeficiência Adquirida
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
Il	Interleucina
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corpórea
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
JHU	<i>Johns Hopkins University</i>
MEV	Mudança de Estilo de Vida
MS	Ministério da Saúde
nº	Número
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

p.	Página
PAB	Piso Atenção Básica
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPEB	Pesquisa do Perfil da Enfermagem Brasileira
PROFAE	Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem
PSF	Programa Saúde da Família
R\$	Moeda brasileira – Real
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENASF	Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
s/p.	Sem página
SARS-CoV-2	Síndrome Aguda Respiratória Grave – 2
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SESA	Secretaria Estadual da Saúde
SESP	Serviços Especiais de Saúde Pública
SG	Síndrome Gripal
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SICC	Sistema Integrado da Comissão Científica
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SISAB	Sistema de Informação na Atenção Básica
SisHiperdia	Sistema de Informação Hipertensão e Diabetes
SRAA	Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCM	Trabalho de Conclusão do Mestrado
UVA	Universidade Estadual do Vale do Acaraú
UBS	Unidade Básica de Saúde
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Mapa da Localização de Sobral no Ceará. 2021.....	50
Figura 2 Mapa de Sobral em Divisão Distrital. 2021.....	51
Figura 3 Ações desenvolvidas por enfermeiros classificadas como processo de autoanálise nos cuidados aos casos crônicos de DM, Sobral - Ceará, 2023	68
Figura 4 Nuvem de palavras das ações desenvolvidas por enfermeiros classificadas como processo de autoanálise nos cuidados aos casos crônicos de DM.....	69
Figura 5 Ações desenvolvidas por enfermeiros classificadas como processo de auto-gestão nos cuidados aos casos crônicos de DM, Sobral - Ceará, 2023	72
Figura 6 Nuvem de palavras das ações desenvolvidas por enfermeiros classificadas como processo de auto-gestão nos cuidados aos casos crônicos de DM.....	73
Figura 7 Representação Rizomática de Micropolíticas na Rede Assistencial aos Casos Crônicos de DM durante a Pandemia da Covid-19, Sobral- Ceará, 2023.....	81
Figura 8 Fluxograma analisador da linha de cuidado aos casos crônicos de DM, Sobral – Ceará, 2023.....	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição dos enfermeiros por equipe e por população na APS, Sobral, 2021.....	52
Tabela 2 Dados sociodemográficos dos enfermeiros participantes da Estratégia Saúde da Família, Sobral - Ceará, 2023.....	61
Tabela 3 Características de emprego e da formação dos enfermeiros, Sobral - Ceará, 2023.....	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Estratificação de risco para sujeitos com diabetes mellitus.....	32
Quadro 2 Campos de atuação da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica no SUS na rede de enfrentamento da pandemia de Covid-19.....	36

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	Encontro com o Objeto do Estudo	18
1.2	Justificativa e Relevância da Problemática	23
2	OBJETIVOS	26
3	REVISÃO NARRATIVA	27
3.1	COVID-19 e as vulnerabilidades dos sujeitos com comorbidades	27
3.2	Pandemia da COVID-19, diabetes mellitus e a APS: uma estreita relação	31
3.3	Enfermagem na Linha de Frente no Combate à Pandemia da COVID-19	39
4	METODOLOGIA	46
4.1	Caracterização e Tipologia do Estudo	46
4.2	Caracterização do Cenário do Estudo	48
4.3	Sujeitos - Participantes do Estudo	51
4.4	Técnicas de Coleta, Organização e Análise dos Dados e Informações	54
4.4.1	Primeira Etapa	54
4.4.2	Segunda Etapa	56
4.5	Princípios Éticos e Legais do Estudo	58
5	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
5.1	Capítulo I - Protagonismo de Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde no Cuidado aos Casos Crônicos de Diabetes Mellitus, durante a Pandemia da COVID-19	60
5.1.1	Identidade social e profissional dos participantes	60
5.1.2	Ações efetivadas no processo de trabalho e o cuidado em saúde na APS aos casos crônicos de DM durante a pandemia	65
5.1.2.1	Processos de autoanálise	67
5.1.2.2	Processos de autogestão	71
5.2	Capítulo 2 – Linha de cuidado utilizada por enfermeiros no cuidado aos casos crônicos de diabetes mellitus durante a pandemia da COVID-19	75
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88

REFERÊNCIAS	90
APÊNDICES	101
APÊNDICE A	102
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	102
APÊNDICE B	104
Questionário	104
ANEXOS	107
ANEXO A	108
Parecer da Comissão Científica de Sobral	108
ANEXO B	110
Parecer da Comissão de Ética e Pesquisa – CEP /UVA	110

1 INTRODUÇÃO

“Vivendo, se aprende; mas o que se aprende, mais, é só fazer outras maiores perguntas”.

Guimarães Rosa

1.1 Encontro com o Objeto do Estudo

Minha aproximação com a Atenção Primária à Saúde (APS) vem desde a graduação em Enfermagem, sendo minha escolha de atuação profissional em maior parte dos anos dedicados à profissão. Posso considerar que “mergulhei” na Enfermagem nos bancos de sala de aula na Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), desde 1997 e, então, pude vivenciar momentos da vida que fizeram reforçar meu projeto de futuro profissional.

Iniciei minha prática profissional no ano 2001, no município de Parnaíba, no estado Piauí, onde desenvolvi atividades que nasciam junto com as transformações da APS, ao longo do tempo, e, desde então, passei a observar o protagonismo do trabalho do enfermeiro. Nesse município, atuei como profissional na comunidade Santa Terezinha, localizada no bairro São Vicente de Paula, com uma equipe que era formada por mim e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com um local de atendimento e apoio oferecido na capela (igreja) da comunidade, pois ainda não tinha a estrutura física própria para o serviço de saúde.

Nesse cenário, fomos implantando as atividades iniciais de cadastramento populacional, mapeamento da área, identificação dos riscos, até chegarmos ao diagnóstico geral da comunidade. Concomitante a isso, fui realizando, simultaneamente, capacitações e sensibilizações com os ACS, semanalmente, momentos de crescimento mútuo e permanente. Logo após, a gestão municipal concedeu uma casa para o funcionamento do Posto de Saúde e contratou um profissional médico e um técnico de enfermagem. A partir de então, fomos dando prosseguimento às ações direcionadas aos programas específicos e orientadas pela gestão federal e municipal da saúde, dentre eles, a atenção aos sujeitos com Diabetes Mellitus (DM).

Em 2002, com o desejo de aproximar-se mais de minha cidade de origem, fui assumir um novo desafio no município de Ipu, estado do Ceará. Nesse município, exerci minhas atividades laborais por cinco anos, tempo em que fiquei na gerência das Unidades Básicas do Programa Saúde da Família (PSF) do bairro Alto dos 14, em seguida, no PSF da localidade Abílio Martins e, posteriormente, no PSF do Centro, conhecido no município como Fundação

SESP (unidade descentralizada dos Serviços Especiais de Saúde Pública), antigo nome que fazia referência ao anterior modelo centralizador de ações em saúde.

Colaborei com atividades de reestruturação de territórios, culminando com territorialização sanitária e diagnóstica situacional. Além disso, participei da organização das oficinas de planejamento de ações, das Conferências Municipais de Saúde, das atualizações e capacitações em saúde (Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI, Introdotório ao PSF, Abordagem Sindrômica às DST/AIDS). Atuei, também, como facilitadora do curso para formação de técnicos de enfermagem do PROFAE (Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem), em que a maioria dos estudantes era ACS do município, que buscavam se profissionalizar ou aperfeiçoar. Cenário em que a APS buscava alcançar áreas prioritárias, como saúde da mulher com a atenção ao pré-natal; saúde da criança, com o incentivo a puericultura e imunização; controle tuberculose, hanseníase, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e DM.

Nesse panorama, a implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS/91), em especial das NOB-SUS/93 e 96, além de promoverem integração de ações entre as três esferas de governo, desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, sobretudo, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), antes concentradas no nível federal, tendo em vista a implementação do Piso de Atenção Básica (PAB), em que se iniciou importante processo de ampliação do acesso e expansão cada vez mais consolidada da APS, como eixo estruturante para a organização da atenção à saúde. Por meio da Portaria Ministerial nº 95, de 26 de janeiro de 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001) ampliava as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, em que definia o processo de regionalização da assistência e criava mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS (BRASIL, 2001).

Com aprovação em concurso público, ingressei no município de Cariré, estado do Ceará, em 2007, onde também fui lotada para trabalhar na APS, região que ainda vivenciava o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS). Iniciei meu trabalho no distrito chamado Cacimbas, onde fui compor uma equipe formada de um enfermeiro, seis ACS e uma técnica de enfermagem. A localidade fazia fronteira com outros dois municípios: Mucambo e Sobral. A atenção à saúde era baseada no modelo biomédico, focada na assistência hospitalar e na medicalização, sendo também comum a procura por atendimento hospitalar no município vizinho. Muitos obstáculos me impediam de avançar, como barreiras geográficas, políticas e de gestão da saúde.

No início do ano 2009, com nova administração municipal, fui convidada a assumir a coordenação da APS naquele município, momento de extrema relevância para mim e que se tornou um “divisor de águas” no meu desenvolvimento profissional. Vivenciei uma verdadeira reforma sanitária local. Todo processo deu início a partir de um minucioso planejamento em saúde, por meio de oficinas locais intituladas “Orçamento Participativo nos Territórios de Atenção à Saúde”, lideradas pelo gestor da saúde, o enfermeiro sanitarista Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, que viu nessa ação importante ferramenta de reorganização do Sistema Municipal da Saúde, com participação popular, planejamento de políticas, serviços e ações para construção do Plano Municipal da Saúde e da Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Para Ximenes Neto (2007), a gestão participativa em saúde é uma prática de gestão democrática, em que todos os agentes de determinado território sanitário se organizam para definir os caminhos a serem percorridos, na busca de atender às necessidades de saúde e planejar um futuro, com vistas à qualidade de vida, em um exercício coletivo de cidadania integral. Foi, então, que acompanhei a realização de nove assembleias em espaços públicos nos territórios e vi as transformações acontecerem. Essa experiência trouxe reconhecimento nacional, com o Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa do SUS: experiências exitosas em gestão participativa do SUS, em 2015, depois, resultando em relato para tornar-se um capítulo do livro do Ministério da Saúde.

Seguimos com a reorganização dos processos de trabalho, em que se fazia urgente e necessária a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e não mais a visão programática, restritiva e temporal. A partir de então, definiram-se as regiões sanitárias territoriais e, conseqüentemente, os nove Centros de Saúde da Família (CSF), em que uma das ações estratégicas foi a atenção aos sujeitos com HAS e DM.

Nesse período, o Ministério da Saúde, com propósito de reduzir a morbidade e a mortalidade associada às doenças cardiovasculares, estabeleceu a necessidade de reorganização da atenção aos seguimentos populacionais com HAS e DM, determinando, em fevereiro de 2001, por meio da Portaria nº 235/GM, as diretrizes: de vinculação dos usuários do SUS acometidos destas condições crônicas às Unidades Básicas de Saúde (UBS); fomento à reorganização dos serviços de atenção especializada e hospitalar, para o atendimento dos casos que demandarem assistência de maior complexidade; aperfeiçoamento do sistema de programação, aquisição e distribuição de insumos estratégicos, para garantia da resolubilidade da atenção aos sujeitos com HAS e DM; intensificação e articulação das iniciativas existentes, no campo da promoção da saúde, de modo a contribuir na adoção de estilos de vida saudáveis;

promoção de ações de redução e controle de fatores de risco relacionados à HAS e ao DM; definição de um elenco mínimo de informações sobre a ocorrência desses agravos, em conformidade com os sistemas de informação disponíveis no país (BRASIL, 2001).

Para possibilitar a implementação das estratégias de saúde pública propostas, foi criada uma base de dados nacional, o Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, e disponibilizado um instrumento para o cadastramento das informações desses sujeitos, o SisHiperdia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, por meio da Portaria Conjunta nº 02, em março de 2002 (BRASIL, 2002). Com o sistema informatizado, foi possibilitado, junto às equipes da ESF, realizar atualização do acompanhamento desses sujeitos e, com isso, fazer busca ativa dos faltosos, análise dos fatores de risco, análise medicamentosa, acompanhamento antropométrico, hábitos de vida, faixa etária, gênero e áreas mais acometidas, em que mensalmente extraía-se um relatório direcionado a ser analisado nas reuniões da Roda locais e gerenciais.

Como integrante do Conselho Municipal do Idoso e membro-suplente do Conselho Municipal da Saúde e do Conselho Municipal da Assistência Social, na representação da gestão, contribuí com políticas, decretos e decisões favoráveis, na perspectiva de uma assistência integral aos munícipes. Tive a oportunidade de presenciar uma Conferência Estadual da Saúde na capital do estado, momento singular de controle social e fortalecimento do SUS que, conseqüentemente, reverbera na assistência prestada aos doentes crônicos.

Ao sair de licença maternidade, desliguei-me da coordenação e, quando retornei, fiquei no gerenciamento do Centro de Saúde da Família (CSF) – Almas e Boa Esperança, nesse ínterim, fui aprovada no processo seletivo para a Policlínica Bernardo Félix da Silva, em Sobral, que presta serviços na atenção secundária e especializada aos 24 municípios da região Noroeste do estado. Passei a ser a enfermeira de referência aos Ambulatórios Clínicos e a Central de Material Esterilizado (CME), em que atendiam diversas especialidades: Neurologia, Reumatologia, Urologia, Ginecologia, Obstetrícia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Gastroenterologia, Oftalmologia, Cirurgia Geral, Angiologia, Proctologia, Cardiologia e a Endocrinologia; como também serviços de apoio de psicologia, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, farmácia, fonoaudiologia e assistência social. Logo em seguida, fui direcionada para implementar o Ambulatório de Referência ao Pé Diabético e exercer cuidados de enfermagem à clientela com diabetes e úlceras neuropáticas crônicas e agudas. Então, junto com a direção e a enfermeira estomaterapeuta Cláudia Galdino, definimos o protocolo de atendimento, o manual de regimento do serviço, os fluxos, materiais

e equipamentos necessários, a capacidade instalada, os treinamentos para as equipes e os coordenadores municipais dos consorciados.

O serviço de enfermagem no ambulatório funcionava nos dois turnos, de segunda a sexta-feira, sem agendamento prévio (porta aberta), necessitando apenas de ficha de referência do município de origem. A partir da admissão no ambulatório, acompanhavam-se os sujeitos, buscando atenção integral, que iniciava nos curativos periódicos nas lesões cutâneas e garantiam-se encaminhamentos para as especialidades que demandavam necessidade em cada realidade analisada, e sempre contrarreferenciado para a APS de origem. Observei que a DM, considerada um problema de saúde pública, transforma a vida dos sujeitos, exige mudanças nos hábitos de vida, pode acarretar condições, muitas vezes, incapacitantes, atinge todas as classes socioeconômicas e populações, em todos os estágios de desenvolvimento.

No ano 2018, fui aprovada no concurso público municipal em Sobral, estado Ceará, assumindo, no segundo semestre de 2019, como enfermeira assistencial no Centro de Saúde da Família (CSF) – Francisco Moura Vieira, também conhecido como CSF-CAIC (Centro de Atenção Integral à Criança), localizado no bairro Alto da Brasília, onde também me deparei com casos crônicos e graves, em sujeitos com DM e comorbidades associadas.

Em 3 de janeiro de 2020, foi decretado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria Nº 188/2020, Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), em virtude da disseminação global da infecção pelo coronavírus (COVID-19). Por conseguinte, em 11 de março de 2020, foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a condição de transmissão pandêmica e, em 20 de março de 2020, estado de transmissão comunitária em todo território nacional, conforme Portaria Nº 454, do Ministério da Saúde. Com o surgimento de casos confirmados no estado do Ceará, o Governo Estadual publicou o Decreto Nº 33.510, de 16 de março de 2020, adotando significativas medidas de contingenciamento da pandemia e, em Sobral, no mesmo dia, foi decretado Estado de Emergência Municipal, pelo Decreto Nº 2.371, de 16 de março de 2020, que estabelece medidas para enfrentamento do novo coronavírus (SOBRAL, 2020).

A partir de então, várias normativas foram sistematizadas, bem como diversas ações setoriais e intersetoriais para o controle da disseminação do vírus e assistência oportunamente imediata, com ênfase aos grupos de maior risco e que seriam mais afetados pela enfermidade, entre estes, os sujeitos acometidos pela DM.

Durante a pandemia da COVID-19, tivemos que ampliar os cuidados aos sujeitos com DM, sobretudo, devido ao risco potencial de gravidade, portanto, foram estabelecidas algumas

estratégias de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família (ESF) aos casos notificados como suspeitos e aos casos testados positivo para a denominada *Severe Acute Respiratory Syndrome 2* (SARS-CoV-2). Em Sobral, desde o primeiro caso registrado, em 9 de março de 2020 até 8 de novembro de 2021, foram diagnosticados 27.577 casos, destes ,739 foram a óbito no município de Sobral (SOBRAL, 2021), e segundo estudo de Flor *et al.* (2020), em torno de 31% dos óbitos no município foram de sujeitos já em acompanhamento devido à DM.

Seguindo as estratégias do Ministério da Saúde e da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, o município de Sobral instituiu o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública de Sobral (COESP-S), composto por representantes das áreas técnicas relacionadas às emergências de saúde e demais instituições públicas e privadas do município, além disso, instituiu também um Comitê de Crise para proporcionar maior efetivação e monitoramento das ações (SOBRAL, 2020).

Entre as diversas ações realizadas, uma das mais impactantes foi a reorganização da APS no âmbito da ESF, com isso, houve modificações no processo de trabalho dos CSF, que passaram a seguir os protocolos para a COVID-19, baseados nas orientações do Ministério da Saúde e da Secretaria da Saúde (SESA) do Estado.

1.2 Justificativa e Relevância da Problemática

Ciente de que as condições agudas e crônicas devem ser manejadas de forma proativa, contínua e integradas pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais e pelos sujeitos para controle efetivo, eficiente e com qualidade e segurança, a APS, como coordenadora da atenção e ordenadora do cuidado, exerce protagonismo muito importante e relevante em tempos de pandemia.

Somando-se ao fato da necessidade de estarmos mais conscientes sobre a articulação de um sistema de atenção baseado no sujeito, família, população e comunidade, por meio do planejamento do cuidado e da prestação de serviços que vão exigir conhecimentos e habilidades para captar as necessidades de saúde, de acordo com os riscos (MENDES, 2011), o trabalho do enfermeiro reforçou suas bases junto à equipe multiprofissional.

No âmbito da pandemia, o trabalho do enfermeiro na APS contempla ações muito diversificadas, a depender do protagonismo dele dentro da equipe, em que desempenha e coordena atividades que envolvem: vacinação, testagem, acolhimento, triagem, notificação, monitoramento, avaliação, consulta, visita ao lar, administração de medicações,

oxigenoterapia, vigilância dos contatos, encaminhamento para outros pontos da rede, planejamento, reuniões, atualização de protocolos, participação em pesquisas, mudanças nos processos de trabalho, orientação ao trabalho dos ACS, teleatendimento, educação em serviço, apoio às famílias, monitoramento da biossegurança e medidas de proteção, dentre outras. Ações que se fortalecem frente ao grupo prioritário e de maior potencial de risco, em que os sujeitos com DM fazem parte.

A partir de minha historicidade de vida profissional e do atual momento histórico de pandemia, motivei-me ainda mais a pesquisar sobre o protagonismo e os cuidados prestados por enfermeiros à clientela com DM, sobretudo aos casos crônicos de DM, com observação para estratificação em risco alto, muito alto e de gestão de caso, durante a pandemia da COVID-19 na APS. Com isso, surgiram os seguintes questionamentos:

- Como se desenvolveu a atuação de enfermeiros nos processos de trabalho, nas tecnologias utilizadas na assistência à saúde e na gestão dos casos crônicos de DM, durante a pandemia da COVID-19?

- Qual a rotina de abordagem aos casos crônicos de DM no enfrentamento da COVID-19, na atuação profissional de enfermeiros na APS, no município Sobral?

- Qual a linha de cuidado desenvolvida por enfermeiros para a manutenção do acompanhamento e atenção integral aos sujeitos com DM, durante a pandemia da COVID-19?

- Como tem sido a experiência dos enfermeiros da APS, no município, no cuidado aos sujeitos com DM (casos crônicos) frente à pandemia da COVID-19?

É creditada a relevância ao tema, pela atualidade da situação pandêmica e necessidade de ampliar a discussão em torno da questão do exercício profissional proativo em tempos de pandemia, como também campo suscetível à produção de outros conhecimentos. Ademais, a delimitação do tema tem relação significativa com uma prática inclusiva, observando a partir do fenômeno da comorbidade, da suscetibilidade, do risco e agravamento frente à doença.

Ingressei no curso de mestrado com muitas indagações que me instigaram a desenvolver este trabalho. Para algumas, encontrei respostas ao longo do tempo, outras se tornaram pressupostos que não pude deixar de investigar e buscar soluções ou novas indagações, com base nisso, foram estabelecidos os seguintes pressupostos:

- O protagonismo do trabalho de enfermeiros é visto a partir interações produtivas entre sujeitos que podem ser norteadas por linhas de cuidados assistenciais;

- O enfermeiro tem a evidente capacidade de superar dificuldades e imprevistos em ações e serviços e de protagonizar a gestão do cuidado, no contexto atual da pandemia da COVID-19;

- O cuidado e o respectivo planejamento na APS aos sujeitos com complicações crônicas da DM, durante a pandemia da COVID-19, geram impactos em outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

2 OBJETIVOS

“A colheita é comum, mas o capinar é sozinho”.

Guimarães Rosa

- Analisar o processo de atuação de enfermeiros na Atenção Primária à Saúde, no cuidado aos casos crônicos de diabetes mellitus, durante a pandemia da COVID-19; e

- Descrever a linha de cuidado utilizada por enfermeiros na atenção aos casos crônicos de diabetes mellitus, durante a pandemia da COVID-19.

3 REVISÃO NARRATIVA

“Bebo água de todo o rio... uma só para mim é pouca, talvez não me chegue.”

Guimarães Rosa

3.1 COVID-19 e as vulnerabilidades dos sujeitos com comorbidades

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que os sujeitos com condições crônicas preexistentes, como a DM e a HAS, tiveram infecções mais graves pela COVID-19, levando-os inclusive a condições graves, internamento e óbito. Apesar de se tratar de agravo recente, há evidências a respeito dessa infecção de que, nos casos graves, ela se desenvolve rapidamente para a síndrome do desconforto respiratório agudo, insuficiência respiratória aguda e outras complicações, neste sentido, o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), órgão de vigilância do governo dos Estados Unidos, listou os grupos de maior risco no contexto da COVID-19: Idade de 60 anos ou mais; Doença pulmonar crônica ou asma de moderada a grave; Imunossuprimidos (câncer, HIV (Vírus Imunodeficiência Adquirida) positivo, transplantados, doenças imunológicas, em uso prolongado de corticoides e outros medicamentos imunossupressores); Doenças cardíacas; Insuficiência renal; Doenças hepáticas; Diabetes mellitus e hipertensão arterial (especialmente se mal controlados); Obesidade grave (IMC – Índice de Massa Corpórea > 40 kg/m²) e Tabagismo (BRASIL, 2020), ciente da importância de intensificar os cuidados das pessoas com doenças crônicas, com a finalidade de atingir o controle da condição, bem como intensificar medidas de manejo clínico da COVID-19.

No estudo de Hoffman *apud* Tadic (2020), a DM como uma condição hiperinflamatória pode aumentar a suscetibilidade à COVID-19, independentemente de outras doenças subjacentes, são vários mecanismos possíveis: inflamação, estado hipercoagulável, ativação do Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA) e desregulação do sistema nervoso simpático.

O que é concordado nos relatos de Guo e Dong (2020) que investigaram o efeito da DM na progressão e no prognóstico de sujeitos com COVID-19, os quais verificaram que os níveis séricos de biomarcadores relacionados à inflamação, como IL-6, proteína C reativa, ferritina sérica e índice de coagulação foram significativamente maiores nesses sujeitos, em comparação com demais, os quais indicam que os sujeitos diabéticos estão predispostos a um estado hiperinflamatório, em que houvesse diferença significativa na idade entre os sujeitos

com DM e sem. Ainda no estudo dos autores citados, observou-se que os com DM tinham mais doenças cardiovasculares do que os sem a doença. Para os que tinham comorbidades, os resultados em relação à reação inflamatória pela COVID-19 permaneceram os mesmos. Os fatores inflamatórios e procoagulantes foram significativamente maiores nos sujeitos com DM. Outro resultado encontrado no estudo desses autores foi a mudança da terapia de reposição da insulina. Entre os sujeitos com diabetes, 29,2% estavam em terapia com insulina e aumentaram a dose de insulina após a admissão hospitalar, enquanto 37,5% estavam em terapia hipoglicemiante oral antes da admissão e iniciaram a terapia com insulina após a admissão.

Ainda, considera-se que mais estudos com análise abrangente de todos os fatores de risco e acompanhamento mais longo são necessários para responder a todas as questões levantadas.

De acordo com Wilkison *et al.* (2020), a vulnerabilidade é um fenômeno dinâmico e complexo, em que vários fatores podem contribuir para tornar as pessoas e os territórios vulneráveis diferentemente uns dos outros, consideram, então, a vulnerabilidade como o resultado da interação dos perigos de determinado local com o perfil social das comunidades. Souza *et al.* (2020) definem que a vulnerabilidade, em qualquer que seja o fenômeno estudado, está associada a três fatores: risco, exposição e capacidade adaptativa.

Complementam a explicação, relacionando-a à circulação viral do SARS-CoV-2, em que o risco está no ar, nas superfícies materiais, é iminente e aflige a todos, o seu contágio e, conseqüentemente, a disseminação da COVID-19, é maior nas áreas mais povoadas e urbanizadas, em que as atividades comerciais, industriais e de serviços se concentram, gerando maiores aglomerações humanas, o que caracteriza a exposição das pessoas ao risco e, além disso, as populações de mais idade e portadoras de comorbidades preexistentes são consideradas as mais vulneráveis a possíveis agravamentos da doença (WILKISON *et al.*, 2020).

Revelam, também, nesse artigo que a capacidade adaptativa dos municípios do Nordeste do Brasil, em enfrentar a pandemia causada pelo vírus, tem sido mostrada diariamente pelos meios de comunicação, visto que a falta de infraestrutura hospitalar, a baixa disponibilidade de equipamentos médico-hospitalar e de proteção individual e a escassez de material humano qualificado revelam a falta de prioridade de investimentos na área de saúde, ao longo de sucessivos governos, e as vulnerabilidades por comorbidades, sendo preciso destacar que pessoas com diabetes não parecem apresentar maior risco de contrair a COVID-19, porém, quando infectadas com o vírus, as pessoas com essa

doença têm maior possibilidade de complicações graves e de morte por COVID-19, ainda conforme os autores, o risco de agravamento da doença tem aumentado para os portadores de DM tipo 1 e 2 (DM1 e DM2) e o agravamento se relaciona a maior idade, tempo de duração da doença, controle metabólico, HAS, doença renal, outras doenças imunossupressoras, o que pode gerar maior comprometimento imunológico e doença preexistente crônica, sobretudo ,as cardíacas e pulmonares (WILKISON *et al.* 2020).

Estudos demonstram que as comorbidades e a idade estão interligadas para o agravamento da COVID-19, e isso pode ser observado em dados estatísticos utilizados e favorecem na compreensão desta enfermidade (MERCÊS *et al.*, 2020; SOUZA *et al.* 2020). Outra comorbidade encontrada e observada em pesquisas relacionadas à COVID-19 é a obesidade. Costa *et al.* (2020) *apud* Mercês *et al.* (2020) relacionam às condições de sobrepeso, a qual, por conta do tecido adiposo, debilita bastante a imunidade do sujeito, devido aos processos inflamatórios causados por esta, por essa razão, torna-se fator de risco preocupante, por deixar o corpo ainda mais propenso a adquirir outras possíveis doenças.

Enfatiza-se que há situações em que nos deparamos com sujeitos que não tratam as doenças bases conforme deveriam, ou ao menos nem sabem que as possuem, talvez por serem silenciosas, em alguns casos, e isso está se tornando um grande desafio para a saúde pública diante do cenário vivenciado (BADAWI; ROYOO, 2016 *apud* MERCÊS *et al.*, 2020), portanto as medidas de controle mais viáveis vem sendo o diagnóstico preciso e o distanciamento social e, com isso, medidas mais rígidas de acompanhamento e controle das condições crônicas e suas agudizações.

A situação sociodemográfica e epidemiológica da condição crônica dos sujeitos com DM muda consideravelmente a cada dia. No Brasil, segundo dados da pesquisa da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), realizada em 2011, mostram que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6% entre 2006 e 2011, sendo estimado que o Brasil passe da oitava posição mundial, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a sexta posição, 11,3%, em 2030 (BRASIL, 2013).

Segundo Santana e Lourau (2020), em um país de desigualdades socioeconômicas extremas, os efeitos sistêmicos do coronavírus tendem a aprofundar ainda mais estas desigualdades, desafiando governantes na proteção dos vulneráveis. Acrescentam que essa pandemia tem caráter *sui generis*, ao mesmo tempo em que a velocidade e o potencial de alastramento do vírus são comuns a vários países, a diminuição de óbitos e o achatamento da curva são diretamente proporcionais às medidas efetivas que cada país vem adotando.

O chamado distanciamento social, medida mais oportuna para a população, diante do desconhecimento do inimigo a ser enfrentado (o vírus), despertou uma nova situação de ordem social, o isolamento se torna abandono e esquecimento por parte da tríade família-sociedade-governo, na ausência de políticas públicas que revertam em qualidade de vida e inserção social, incertezas que aumentam a vulnerabilidade em relação ao coronavírus, sobretudo da população integrante do grupo de risco pelas questões elencadas pelas autoridades sanitárias e as já vulneráveis por outras razões sociais, biológicas e econômicas (SANTANA; LOURAU, 2020).

Relacionadas às devidas proporções, a crise instaurada com a pandemia da “gripe espanhola”, no século XX, há mais de 100 anos, permitiu a revalorização do conhecimento sanitário e o desencadeamento do processo de reforma sanitária e democratização da saúde, como vital para o bem-estar social, desenvolvimento sócio econômico e o progresso da sociedade, já a pandemia da COVID-19 em pleno século XXI, é revelador da necessidade constante de novos rumos de excelência aos serviços de saúde e olhar científico à questão da vulnerabilidade, seja por comorbidades e doenças oportunistas, por desassistência histórica aos grupos de riscos ou problemas estruturais, cujas políticas de saúde não tiveram alcance (SANTANA; LOURAU, 2020).

Reconhecem-se a forte relação da transmissão da infecção e as consequências sobre grupos populacionais submetidos às situações de vulnerabilidade nos territórios, como situações que impactam na organização do acesso à atenção aos sintomáticos, na coleta e contextualização das informações sobre casos e na busca dos comunicantes, na estruturação de ações de vigilância e educação em saúde capilarizadas às realidades sociais, ambientais e culturais e, sobretudo, no desenvolvimento de redes de proteção social e atenção à saúde factíveis nesses cenários de maior vulnerabilidade (TEIXEIRA, 2020). Além de vulnerabilidades por comorbidades associadas, a realidade brasileira aponta a de cunho social como um dos motivos do avanço da doença, tendo em vista as condições sanitárias inexistentes, a superlotação de moradias, o que suscita resistência da população a seguir as recomendações das autoridades em saúde pública (SANTANA; LOURAU, 2020).

De acordo com Teixeira *et al.* (2020), em decorrência dos altos níveis de morbidade e mortalidade apresentados, o Brasil se coloca entre os países que apresentaram os piores desempenhos no combate à COVID-19 e os fatores que aparecem com mais relevância nesse quadro de insucesso foram: resposta lenta às medidas quarentenárias; ausência de coordenação entre os diversos níveis de gestão do SUS; comunicação confusa e mudanças constantes nos protocolos de prevenção; discordância entre os vários níveis sobre as

estratégias de tratamento; politização na indicação das medidas de prevenção e disputa na atribuição dos erros entre os principais atores políticos.

3.2 Pandemia da COVID-19, diabetes mellitus e a APS: uma estreita relação

O DM é uma das doenças crônicas mais comuns gerenciadas na APS, contudo, a forma como as equipes prestam assistência e apoio aos sujeitos acometidos necessita ser reavaliado, devido aos novos riscos apresentados pela pandemia da COVID-19. Ressalta-se que, antes da pandemia da COVID-19, a prática usual era ver os sujeitos com DM no consultório a cada três a seis meses para controle dos resultados do hemograma, conduzir um exame físico específico e fornecer aconselhamento sobre tratamento e autogerenciamento; além de apoiar a reduzir o risco de complicações relacionadas, por meio do controle glicêmico e da pressão arterial, gerenciamento de lipídios, cessação do tabagismo, dieta, exercícios e triagem oportuna para complicações renais, nos pés e retinopatia, intervenções baseadas em evidências e recomendadas pelos protocolos assistências (KIRAN *et al.*, 2020).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica Nº 36 (2013), orientado pelo Ministério da Saúde, após definição do tratamento, é importante que o sujeito com DM mantenha o acompanhamento pela equipe multidisciplinar para avaliar a evolução da doença e a adesão às orientações, de acordo com uma estratificação de risco (Quadro 1), baseada em critérios, segundo o quadro descrito abaixo, e recomenda que a equipe deve estar ciente de que a programação do cuidado não deve ser rígida e se limitar ao critério de controle metabólico ou ao critério da presença de uma doença específica, e, portanto, considerar também os determinantes sociais, os princípios da Atenção Básica escritos na Política Nacional de Atenção Básica, as necessidades individuais, bem como as intercorrências clínicas (BRASIL, 2013).

Quadro 1 Estratificação de risco para sujeitos com diabetes mellitus

Riscos	Crítérios
Baixo	Pessoa com glicemia de jejum alterada e intolerância à sobrecarga de glicose.
Médio	Pessoa com DM diagnosticada e: controle metabólico (HbA1c <7,5) e pressórico adequados; Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; Sem complicações crônicas (micro e macroangiopatia).
Alto	Pessoa com DM diagnosticada e: controle metabólico (7,5 < HbA1c < 9) e pressórico inadequados, com internações por complicações agudas, nos últimos 12 meses, e/ou complicações crônicas.
Muito Alto	Pessoa com DM diagnosticada e: controle metabólico (7,5 < HbA1c < 9) e pressórico inadequados; com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado).
Gestão de caso	Pessoa com DM diagnosticada e: mau controle metabólico (HbA1c > 9) ou pressórico, apesar de múltiplos esforços prévios; múltiplas internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; Síndrome arterial aguda há menos de 12 meses – AVC, acidente isquêmico transitório (AIT), IAM, angina instável, doença arterial periférica (DAP) com intervenção cirúrgica Complicações crônicas severas – doença renal em estágio 4 e 5, pé diabético de risco alto, ulcerados, com necrose ou com infecção; comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas entre outras). Risco social – idoso dependente em instituição de longa permanência; pessoas com baixo grau de autonomia, incapacidade de autocuidado, dependência e ausência da rede de apoio familiar ou social.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. n 36. Brasília, 2013.

O contexto pandêmico forçou as equipes da APS a considerar um novo padrão na prestação de cuidados de saúde, incluindo o gerenciamento de doenças crônicas para condições como DM que, a partir de então, exigiram novas abordagens para fornecer cuidados, que continuem a apoiar intervenções baseadas em evidências, mas que o façam de forma que equilibre os riscos e benefícios, portanto, em paralelo aos esforços de resposta à epidemia para garantir os serviços de saúde existentes, especialmente a APS, a manutenção deve ser apoiada para evitar consequências para a saúde que podem ser piores do que a própria epidemia (BERAN, 2021).

A APS é caracterizada como o acesso preferencial do SUS, possui espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que esta tenha alta resolubilidade, com capacidade clínica e de cuidado, e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da RAS. Os estados, municípios e o distrito federal devem articular ações intersetoriais, assim como a organização da RAS, com ênfases nas

necessidades locorregionais, promovendo a integração das referências do território (BRASIL, 2017).

A APS orienta-se por eixos estruturantes que recebem o nome de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2004). Conforme Lima *et al.* (2018, p. 54-55), pode-se sintetizar os conceitos dos atributos essenciais:

Primeiro contato: serviços de porta de entrada preferencial do sistema de saúde, procurados cada vez que os usuários necessitam de atenção para um problema de saúde, seja ele novo ou rotineiro. A APS deve cumprir um papel de serviço de procura regular e exercer função de filtro para acesso aos demais equipamentos da rede de atenção à saúde. Longitudinalidade: responsabilidade da equipe pelo usuário ao longo da vida, através da qual a APS cumpre sua função de fonte regular de cuidados por meio da organização do serviço e do fortalecimento da relação entre profissional e paciente. Abrangência/Integralidade: capacidade do serviço em reconhecer as necessidades do paciente e ofertar recursos diversificados para uma abordagem resolutiva no âmbito da AB. Envolve o elenco de ações dos serviços e se a forma como esses serviços são prestados são capazes de atender às necessidades da população. Coordenação: capacidade de os prestadores de atenção primária coordenarem o uso de serviços no território e em outros níveis de atenção para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas e garantir continuidade assistencial. Relaciona-se com a continuidade da atenção entre profissionais e serviços da rede de atenção à saúde, ao acompanhamento dos casos clínicos por meio de ferramentas de informação e comunicação e à existência de referências/fluxos entre os serviços.

Pereira e Oliveira (2013) consideram que a APS apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, e um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. Os mesmos autores enfatizam também que, no Brasil, a opção pelo combate às iniquidades em saúde elevou a APS à condição de reordenadora do sistema de atenção à saúde para contrapor-se à perspectiva assumida por muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, que entendem a Atenção Primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, a APS busca resgatar o caráter universalista da Declaração de Alma-Ata, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global.

Juridicamente, a Constituição Federal de 1988 foi o marco conceitual que consolidou a nova consciência social que deu origem ao SUS, a maior conquista do movimento sanitário brasileiro. Com o SUS, estabeleceu-se uma nova relação entre o Estado e a sociedade civil em prol do acesso pleno aos serviços em busca de um novo padrão de cidadania, a consolidação do SUS apoia-se no entendimento de que os serviços de saúde devem estar organizados, a partir de uma rede de cuidados articulada, com fluxos conhecidos e regulados, cujo objetivo é

acolher necessidades sentidas por sujeitos, gestores e sociedade, definidas por critérios epidemiológicos, econômicos e culturais, entretanto, os serviços públicos de saúde no Brasil ainda se caracterizam pela fragmentação e descontinuidade assistencial (PEREIRA; OLIVEIRA, 2013).

Entre os desafios do SUS, citam-se a qualificação da APS para exercer a coordenação do cuidado e a reorganização dos pontos de atenção, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada e forneça respostas adequadas às necessidades (PEREIRA; OLIVEIRA, 2013). Os aspectos estruturais, isoladamente, não garantem o desenvolvimento de um processo de trabalho com qualidade na APS, os profissionais e gestores da saúde precisam retomar o entendimento do processo de trabalho como um objeto contínuo do trabalho em equipe e não executado, por meio de instrumentos fragmentados, que diminuem a qualidade dos serviços e comprometem o potencial de resolubilidade da APS (FONTANA *et al.*, 2016).

O cenário da APS brasileira, nos 26 Estados e no Distrito Federal, é extremamente diverso quanto à estrutura dos serviços e à capacidade de prestar atenção à saúde para a população. A APS está presente nos 5.570 municípios brasileiros e, considerando as especificidades do sistema de saúde, é fundamental discutir seu lugar no enfrentamento da pandemia, bem como o processo de (re)organização das unidades de saúde, em face dos desafios impostos, pois estudos indicam que cerca de 80% dos casos da COVID-19 classificam-se como leves ou moderados, e grande parte dessa população é conduzida na rede básica de saúde para receber orientações e cuidados (FERREIRA *et al.*, 2020).

O gerenciamento dos serviços de saúde para controle da COVID-19 envolve saúde pública e decisões políticas que devem criticamente buscar necessidades de saúde em sujeitos vulneráveis, como os doentes crônicos. Andrikopoulos e Johnson (2020) destacam em estudo feito na Austrália que o acesso reduzido aos cuidados primários, serviços de diagnóstico e os hospitalares para diabetes durante a pandemia, combinado com o medo da exposição ao vírus nestes locais, gerou queda significativa aos cuidados habituais para diabetes e que muitas mudanças foram necessárias para manter o acesso ao tratamento contínuo do diabetes e fornecer comunicação eficaz à comunidade e aos profissionais de saúde. Ademais, enfatizam que as lições aprendidas com a pandemia COVID-19 sugerem ação rápida e proativa, necessária para apoiar aos sujeitos com DM e os profissionais da saúde, a modificar a prestação de serviços de saúde de forma segura e adequada.

Os autores citados tratam como legado a crise da COVID-19, no sentido de oferecer oportunidade única para os líderes no tratamento da DM compartilharem ideias, colaborarem

e aprenderem uns com os outros, de avaliar as mudanças feitas em relação ao tratamento do diabetes que resultaram da resposta à COVID-19 e determinar quais devem ser implementadas de forma permanente e, ainda, preparar o país para futuras pandemias ou outras grandes crises de saúde.

Pode-se afirmar que a COVID-19 e a DM são duas “pandemias” acontecendo simultaneamente? Taher *et al.* (2020) afirmam que ambos são pandemias com grandes impactos na saúde pública global, embora a resposta à COVID-19 tenha sido rápida e progressiva para reduzir o risco de danos, a resposta à pandemia de diabetes tem sido um pouco mais discreta. Sujeitos com diabetes têm sido afetados de forma desproporcional pela COVID-19, com evidências crescentes de maior mortalidade e morbidade, conforme pesquisa feita no Reino Unido, em que uma pessoa morre a cada sete segundos de diabetes ou complicações relacionadas, com mais da metade dessas mortes ocorrendo abaixo dos 60 anos e que se deve considerar seriamente como reduzir o risco de diabetes, por meio de medidas de saúde pública para melhorar a saúde da população.

Segundo Basu (2020), há um reconhecimento crescente de que a falta de diretrizes para uma gestão programática eficaz das Doenças Não Transmissíveis (DNT) durante esta pandemia pode atrapalhar os esforços no combate a ambas as epidemias em curso, contudo, o desafio de manter a continuidade de cuidados em sujeitos com DNT, frente ao cenário pandêmico da COVID-19, adquire enorme significado e defesa da ética na saúde pública.

A Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) fez apelo aos profissionais de saúde, no dia mundial da DM, em novembro de 2020, a fim de garantir que os portadores entendam o risco e tenham acesso a serviços de saúde de qualidade, informações e ferramentas para controlar e monitorar a própria condição, especialmente durante a pandemia (OPAS, 2020), mediada pela integralidade do cuidado e pelo uso de ferramentas das habilidades da comunicação que favoreçam a práxis e contribuam para uma relação de confiança entre as partes, desmistificando conhecimentos empíricos sobre a doença.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) se une a um esforço global para reduzir os riscos dos sujeitos com DM, durante a pandemia da COVID-19, e, para isso, lançou um e-book com recomendações pertinentes: *E-Book SBD – Autocuidado e diabetes em tempos de Covid-19*. O conteúdo aborda a educação em diabetes como principal pilar para garantia do controle da condição clínica, visa respeitar os diferentes aspectos psicossociais e estimula a autonomia dos sujeitos, por meio de medidas interdisciplinares, para o desenvolvimento e práticas de sete comportamentos do autocuidado adaptado da AADE7 (Associação Americana de Educadores de Diabetes) *Self-Care behaviors* que são: comer saudavelmente, praticar

atividade física, vigiar as taxas, tomar os medicamentos, adaptar-se saudavelmente, resolver os problemas e reduzir os riscos (SBD, 2020).

Para Giovanella *et al.* (2020), as equipes de APS tem papel crucial para a rede assistencial de cuidados e abordagem comunitária necessária ao enfrentamento da pandemia, ressaltam que experiências locais de organização da APS para o enfrentamento da COVID-19, em diversos municípios brasileiros, sugerem que a atuação das equipes APS na rede de enfrentamento à COVID-19 se organiza em quatro campos de ação integrados, envolvendo todos das equipes da ESF, inclusive Saúde Bucal, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE), conforme sintetizado no Quadro 2.

Quadro 2 Campos de atuação da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica, no SUS, na rede de enfrentamento da pandemia da COVID-19.

Eixos de Atuação	Ações necessárias
Vigilância à saúde nos territórios	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ações de prevenção primária e secundária: <ul style="list-style-type: none"> o Identificação de casos e busca ativa de contatos; o Notificação de casos segundo definição atualizada; o Apoio ao isolamento domiciliar de casos e contatos; o Acompanhamento cotidiano à distância dos casos em cuidado domiciliar; o Apoio à vigilância em lares para idosos e outras instituições de longa permanência em seu território. <input type="checkbox"/> Informação e educação em saúde na comunidade e nos serviços essenciais: <ul style="list-style-type: none"> o Potencializar recursos de comunicação coletiva existentes na comunidade: rádios comunitárias, grupos de mensagens, carro de som etc.; o Informar sobre situação epidemiológica do território e medidas de proteção: distanciamento social, uso de máscaras, lavagem das mãos etc.. <input type="checkbox"/> Testagem de casos, contatos e profissionais de saúde.
Cuidado Individual dos casos confirmados e suspeitos de COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Organizar os fluxos de atenção: <ul style="list-style-type: none"> o Separar os fluxos de atenção dos sintomáticos respiratórios ou casos suspeitos, dos pacientes com outros problemas ou necessidades; o Reduzir ao mínimo o número de profissionais que entram em contato com cada caso suspeitos ou sintomáticos respiratórios; o Adequação da infraestrutura. <input type="checkbox"/> Cuidar dos pacientes com quadros leves: <ul style="list-style-type: none"> o Avaliação da história e da clínica deve ser oportuna e rápida; o Classificação da gravidade segundo protocolo clínico; o Disponibilizar equipamentos oxímetro, termômetro infravermelho, oxigênio na UBS; o Cuidar conforme os protocolos mais atualizados e em base ao melhor conhecimento científico; o Telemonitoramento pela equipe de casos e contatos: recomenda-se contato diário, de preferência de 12/12hs. <input type="checkbox"/> Prover EPI apropriados para todos os profissionais conforme atividade realizada e capacitação sobre utilização adequada. <input type="checkbox"/> Garantir o encaminhamento oportuno daqueles que necessitem de cuidados de outros níveis de atenção: <ul style="list-style-type: none"> o Garantir transporte oportuno e específico para COVID-19;

Eixos de Atuação	Ações necessárias
	<ul style="list-style-type: none"> o Prover estabilização clínica até o transporte chegar. <input type="checkbox"/> Teleatendimento disponibilizando telefone de contato para os usuários: <ul style="list-style-type: none"> o Linha de cuidado começa por telefone específico para atenção aos sintomáticos respiratórios com comunicação às equipes de casos de sua área para acompanhamento diário por telefone; o Todas as equipes e UBS precisam ser providas com telefones e acesso à internet para facilitar o atendimento não presencial dos usuários; o Integração da APS com Centrais de Atendimento à população por telefone – para acompanhamento dos casos suspeitos pelas equipes de APS. <input type="checkbox"/> Capacitar profissionais para o cuidado.
Apoio aos grupos vulneráveis no território por sua situação de saúde ou Social	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Articular a iniciativas comunitárias e promover a atuação intersetorial; o Mobilizar lideranças e organizações sociais; o Divulgar informações e esclarecer dúvidas sobre medidas de prevenção; o Apoiar a distribuição de recursos doados, matérias de higiene; cestas básicas etc.. <input type="checkbox"/> Mapear usuários de maior risco para a COVID-19: idosos, crônicos, pessoas em extrema pobreza ou com insegurança alimentar: <ul style="list-style-type: none"> o Reforçar medidas de prevenção e garantir recursos para que se estabeleçam as condições de ficar em casa; o Acionar as redes de apoio social; o Articular se com profissionais do CRAS para cadastro programas sociais; o Monitorar problemas de violência doméstica. <p>Qualquer profissional da equipe pode se encarregar por estas ações, incluindo ACS, agentes de endemias, equipes de saúde bucal, profissionais do NASF.</p>
Continuidade dos cuidados rotineiros da APS	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dar continuidade aos cuidados rotineiros <ul style="list-style-type: none"> o Pré-natal, atenção aos hipertensos, diabéticos, vacinação etc.; o Elaborar listas de pacientes crônicos que necessitam de cuidado contínuo; o Desenvolver novas formas de cuidado cotidiano à distância: disponibilidade de acesso à internet, WhatsApp individual e grupos de usuários, telefone, teleconsulta por vídeo, telemonitoramento; o Visitas peridomiciliares dos ACS para acompanhamento e informação. <input type="checkbox"/> Permanecer de porta aberta, mas com restrições <input type="checkbox"/> Garantir a continuidade da assistência farmacêutica <ul style="list-style-type: none"> o Organizar a distribuição domiciliar dos medicamentos pelo ACS; o Desenvolver formas de receitas eletrônicas com certificação digital.
<p>Para ação efetiva, disponibilizar INTERNET PARA TODOS: profissionais de saúde e população. O poder público deve instalar wi-fi em cada bairro e comunidade, articular com operadoras para ampliar a internet de todos os cidadãos que têm contas telefônicas pré ou pós pagas; no mínimo articular para disponibilizar maior acesso em minutos, mensagens e internet para todos os profissionais, incluindo todos os ACS.</p>	

Fonte: GIOVANELLA, Ligia *et al.* A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde em Debate* [online]. 2020, v. 44, n. spe4. Acessado 2 Setembro 2021, pp. 161-176. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>. Epub 23 Ago 2021. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>

Ao longo desse tempo atípico, foi sendo reconhecido que, além da primeira onda provocada pela disseminação da pandemia, as demandas de saúde e sociais se acumulavam, devido à desassistência aos portadores de doenças crônicas, aos efeitos sociais e psicológicos do isolamento e à perda de renda, assim como a necessidade de ampliar o acesso e a vigilância de novos casos que continuaram ocorrendo (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) destaca quatro campos de atuação para as equipes da APS (vigilância à saúde, promoção da saúde, cuidado às pessoas e às famílias, gestão compartilhada do cuidado), nos quais se sobrepuseram às necessidades em saúde relacionadas à COVID-19, estes campos evidenciam como as diretrizes do trabalho na APS podem ser estratégicas e efetivas no combate à disseminação do SARS-CoV-2 (FERREIRA *et al.*, 2020).

Recentemente, o Ministério da Saúde anunciou as novas regras para o monitoramento e o repasse de recursos à Atenção Primária, com o lançamento do Programa Previne Brasil, por meio da Portaria N ° 2.979, de 12 de novembro de 2019. O financiamento que os municípios recebem para prover a APS passou a ser calculado com base na quantidade de sujeitos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) e nas unidades básicas de saúde, e não mais de acordo com o número de habitantes (BRASIL, 2019). O novo modelo foi apresentado na gestão de Luiz Henrique Mandetta e recebeu críticas, no sentido de não considerar o controle social e poder descaracterizar os princípios da ESF.

São 21 indicadores de monitoramento da saúde da população que precisarão ser informados regularmente, para que os municípios possam receber recursos federais, cobrados gradativamente de sete em sete indicadores até o ano 2022. Entre eles, está a realização de consultas aos sujeitos com DM, verificada a partir da solicitação de exames laboratoriais, como a dosagem de hemoglobina glicada, devidamente registrada no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), o monitoramento de indicadores que é feito quadrimestralmente, a fim de avaliar o desempenho e o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento na APS (BRASIL, 2019).

Na avaliação de Teixeira *et al.* (2020), além das concepções que embasaram uma estratégia predominantemente hospitalar, durante a gestão da pandemia, as mudanças na política da atenção primária que vêm ocorrendo desde 2017 podem ter contribuído para uma desestruturalização da APS como *locus* de enfrentamento da pandemia, visto que, no Brasil, inicialmente, vivencia-se, com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), a flexibilização e descaracterização da ESF como modelo assistencial primordial da APS brasileira e, posteriormente, as mudanças nas formas de financiamento trazidas pelos Programas Saúde na Hora e Previne Brasil, que apontam para desvinculação da ESF dos atributos essenciais e derivados, enfraquecendo a ligação e responsabilidade sanitária com os territórios.

Nesse contexto, foi urgente a organização efetiva em RAS e a construção de fluxos que atenuem a crise atual dos serviços de saúde, mediante a adoção das medidas, no âmbito

da APS, e de maneira abrupta, construção de ações e estratégias para mitigar o colapso do sistema de saúde (REDE APS, 2020 *apud* TEIXEIRA, 2020), imprescindíveis à resposta significativa e adequada às condições crônicas e agudas.

Evidenciou-se que a ampliação do acesso e a capacidade de desenvolver ações preventivas e de educação em saúde, cultural e socialmente apropriadas, dependem diretamente de uma APS forte, a partir de planejamento de fluxos e processos de trabalho nas unidades básicas e suas redes de atenção à saúde, de modo a garantir maior acesso, segurança dos profissionais e dos sujeitos, continuidade e integralidade do cuidado (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

A força da APS vai muito além de ser um espaço de triagem e acompanhamento de casos leves, as UBS estão na encruzilhada de receber fortes investimentos para cumprir adequadamente seu papel e frear a curva da epidemia, em que a adequação de diretrizes para a APS no enfrentamento da pandemia consiste em: garantir acesso seguro à UBS, com adequação de estrutura física e on-line; assegurar as imunizações; proteger os profissionais de saúde; garantir longitudinalidade do cuidado; fortalecer abordagem familiar; e fortalecer abordagem comunitária (VITÓRIA; CAMPOS, 2020).

Teixeira *et al.* (2020) mostram em estudo, por meio de relatos acerca de alguns municípios brasileiros que as experiências trazidas pelos profissionais da ESF no enfrentamento da COVID-19 reafirmam que, além de readequar e qualificar a APS e da necessidade dos gestores e gerentes refoharem as potencialidades de uma APS forte, os atores necessitam reconhecer o papel imprescindível da ESF como orientadora das RAS e sua plasticidade em se adequar aos diferentes contextos sanitários para promover atenção integral e equânime, e, ainda, abolir ações que têm desmobilizado e desqualificado essa importante estratégia de atenção primária desenvolvida no Brasil.

Sem esquecer que o Brasil possui um dos maiores sistemas de saúde universal do mundo, ancorado em extensa rede de APS, mesmo apresentando entraves e problemas crônicos de financiamento, gestão, provisão de profissionais e estruturação dos serviços, a APS brasileira tem alcançado resultados positivos que a destacam em âmbito internacional (FERREIRA *et al.*, 2020).

3.3 Enfermagem na Linha de Frente no Combate à Pandemia da COVID-19

O Brasil ocupava a segunda posição no mundo, com 21.939.196 casos e 610.491 óbitos, até 12 de novembro de 2021, segundo dados da *Center for Systems Science and*

Engineering (CSSE), da *Johns Hopkins University* (JHU), e mostrava que a incidência de casos e mortes seguia ainda alcançando índices preocupantes.

Para tanto, foi preciso que a enfermagem estivesse atenta as suas diversas e próprias possibilidades de ser e fazer saúde, inserida no contexto como *front* assistencial, que a torna visível e protagonista nos diferentes espaços de cuidado, por ter como foco central da prática o cuidado existencial, o qual se estabelece por meio das relações no encontro entre seres, possibilitando o “estar com”, enquanto ciência e arte, estruturada em referenciais teóricos filosóficos para compreender as necessidades essenciais do ser humano em singularidade e, assim, implementar o cuidado autêntico no “estar com” o outro no mundo, em tempos de COVID-19 (SILVA *et al.*, 2021).

O ser enfermeiro da APS vivencia o protagonismo, a autonomia, a aplicabilidade de conhecimentos e as habilidades profissionais, ao realizar o fazer com humanização, empatia, responsabilidade e ética nas atividades de caráter administrativo, gerencial, assistencial e educativo, relevantes às necessidades de saúde da população, na medida em que o fazer do enfermeiro passa pela resolubilidade e corresponsabilidade, em um cotidiano marcado pela sobrecarga de trabalho, esgotamento emocional e físico, cultura ainda predominante, da atenção centrada na doença (SILVA *et al.*, 2020).

A presença do enfermeiro tem sido fundamental para funcionalidade e consolidação do SUS no Brasil, por possuir conhecimentos, técnicas e características que o tornam um gestor do cuidado, capaz de impactar a saúde dos usuários. Por meio do controle, do monitoramento, da prevenção de riscos e agravos e promoção da saúde, o enfermeiro da APS pode atingir e proporcionar elevados níveis de satisfação aos sujeitos e familiares, a orientação e as intervenções do enfermeiro podem proporcionar mudanças significativas no estilo de vida dos sujeitos e o fazem ter maior compreensão do problema de saúde, além de melhor lidar com o diagnóstico e as novas mudanças de vida (SILVA *et al.*, 2020).

O protocolo de manejo clínico do SARS-CoV-2 na APS, elaborado pelo Ministério da Saúde do Brasil, demonstra o protagonismo da enfermagem no combate à doença neste nível de atenção à saúde. A APS ficou responsável pelos atendimentos aos casos leves da doença e o primeiro atendimento aos casos graves, com a estabilização do quadro e encaminhamento para o setor terciário, e, neste contexto, o enfermeiro exerce o cuidado profissional aos sintomáticos da COVID-19, visto que a densidade teórica e a complexidade estrutural do processo de trabalho da APS brasileira implicam necessidade de equipes de saúde colaborativas e comprometidas com a manutenção do direito à saúde da população, em que o

enfermeiro desempenha papel essencial no cuidado e vigilância à saúde das comunidades (FERMO *et al.*, 2021).

A gestão proporciona ampla autonomia ao enfermeiro, por meio de protocolo assistencial, no qual compete ao profissional a anamnese, o exame físico, a solicitação de exames, a notificação do caso suspeito e/ou confirmado da COVID-19 e a prescrição de medicamentos, ao atender o sujeito com síndrome gripal, sendo realizada a interconsulta com profissional médico apenas em situações específicas, o que garantiu o acesso e a resolubilidade do serviço. Esta realidade suscita a reflexão acerca da importância da atuação clínica do enfermeiro frente às demandas de saúde da população e ao enfrentamento da COVID-19 e de esforços para ampliar e legalizar as práticas assistenciais da enfermagem, mediante o protagonismo na assistência à saúde, sendo cruciais estas discussões e reflexões (FERMO *et al.*, 2021).

Segundo Ferreira *et al.* (2020), a ausência de tratamento específico delineou um cenário de atuação, na perspectiva da educação em saúde, da identificação, do rastreamento e isolamento de casos, do monitoramento e do distanciamento social, associados à necessidade de revisão constante das prioridades “sob pressão”, devido à velocidade com que a pandemia se desenvolveu e à necessidade da manutenção de cuidados usualmente realizados pelo profissional da enfermagem nos diversos campos de atuação. De acordo com Silva *et al.* (2020), os ensinamentos de Florence Nightingale nunca estiveram tão atuais, em que medidas como a lavagem das mãos, a limpeza das unidades de saúde e dos ambientes domésticos, e a implementação de boletins epidemiológicos, como medidas de acompanhamento da doença e da curva epidêmica, tornaram-se imprescindíveis para o combate dessa doença.

Ao considerar os campos de atuação destacados e as dimensões assistenciais, gerenciais, de ensino e pesquisa relacionados ao trabalho desenvolvido, os enfermeiros na APS, em conjunto com os outros profissionais das equipes de saúde, estão sendo desafiados diariamente a repensar o processo de trabalho, de forma que os serviços de saúde possam continuar a dar respostas às necessidades em saúde da população, o que inclui a criação de novas atividades e a (re)invenção da forma de realizar as ações cotidianas (FERREIRA *et al.*, 2020).

Dentre as iniciativas adotadas na (re)organização do processo de trabalho da enfermagem na APS, no contexto da pandemia, destaca-se o exercício da *advocacy* em saúde e o uso de tecnologias para consulta e acompanhamento remoto da população, tendo em vista as possibilidades de abordagens e cuidados a serem instituídos, mediante as constantes modificações de protocolos ao longo da pandemia, equivalendo-se a uma expressão figurativa

de linguagem de estar “trocando o pneu do carro com o carro em movimento” (FERREIRA *et al.*, 2020).

A pandemia motivou Ministério da Saúde e os Conselhos Profissionais a realizarem rapidamente mudanças no arcabouço legal que rege a prática de telessaúde no país, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) emitiu a Resolução N° 634/2020, reconhecendo a necessidade do uso pela enfermagem de ferramentas virtuais, tendo em vista que o trabalho por meio das tecnologias virtuais pode ajudar a garantir a longitudinalidade do cuidado durante a pandemia da COVID-19, sobretudo para os sujeitos mais vulneráveis, com comorbidades, com problemas de saúde mental, em que mesmo on-line, sejam atendidos e orientados pelo profissional que já conhece a condição de saúde deles e no qual eles confiam (FERREIRA *et al.*, 2020).

Por isso, a orientação e a educação em saúde podem ser entendidas como um método de advogar em prol do usuário, porque esclarecem inúmeras dúvidas que surgem durante um atendimento, seja presencial ou remoto, no domicílio, na consulta de enfermagem, em campanhas de saúde, por exemplo, assegurando que ele seja suficientemente informado para realizar a tomada de decisão com autonomia quanto aos seus cuidados (FERREIRA *et al.*, 2020, p. 23).

Para o enfermeiro desenvolver o trabalho, necessita ter competência, que vai sendo adquirida ao longo da formação, qualificação e experiência profissional, visto que as competências são aquisições e aprendizados que se constroem no decorrer das situações que o profissional enfrenta e, para um exercício profissional com autonomia, o desenvolvimento de competências é um elemento essencial, por conseguinte, o desenvolvimento de uma prática profissional com efetividade, a autonomia profissional é um fator condicionante, ou melhor, é uma questão *sine qua non* (XIMENES NETO; SAMPAIO, 2012).

O exercício profissional da enfermagem ganhou, nos últimos anos, maior visibilidade nos diversos serviços e setores da gestão sanitária. Em se tratando da APS, o enfermeiro da Família, na diversidade cósmica de práticas, vem se preocupando muito com a qualidade e a continuidade da atenção, devido, principalmente, à formação holística, humanizadora, humanitária e responsável, é notória a preocupação com a fragmentação da atenção pela hegemonia de outros profissionais da equipe; a fragilidade na estrutura e no processo de trabalho nos território; a inexistência de uma gestão clínica, que permita a regulamentação da atenção e, conseqüentemente, de práticas; a interferência política local na organização do processo de trabalho da equipe; e a situação salarial e empregatícia, que não é confortável, sem esquecer a necessidade de um trabalho interdisciplinar, de um veículo automotor exclusivo para a equipe e de planejamento para longo prazo (XIMENES NETO *et al.*, 2009).

Importante relatar a ação gerencial na ESF que, muitas vezes, é exercida pelo enfermeiro e caracteriza-se, em grande parte, pela análise do processo de trabalho, com identificação de problemas e busca de soluções para reorganização das práticas de saúde. Trata-se de um fazer complexo, que requer conhecimentos e competências adequadas, como também apoio institucional para adquirir satisfação profissional, um prazer emocional resultante da autoavaliação sobre até que ponto o trabalho apresenta a capacidade de facilitar ou permitir o atendimento de objetivos e valores individuais (PESSOA, 2019).

Dessa forma, o processo de trabalho do gerente na ESF é parte primordial do processo de produção em saúde e requer estudos, ações e formulação de estratégias, com vistas ao desenvolvimento de cuidados seguros e à valorização profissional. A figura do líder é de grande importância para o desenvolvimento da motivação da equipe, pois é ele quem irá valorizar o grupo, considerando os sujeitos competentes, criativos e, acima de tudo, capazes de desenvolver um trabalho com qualidade; deve mostrar empenho e interesse, auxiliando os colaboradores a desenvolverem as próprias potencialidades (MORAES *et al.*, 2011 *apud* PESSOA, 2019).

O gerenciamento de enfermagem é experimentado em nível corporativo pelo enfermeiro chefe, em nível de gestão intermédia, por diretores de enfermagem, e, na interface prática, pelos gerentes de enfermagem, no entanto, o gerenciamento do cuidado é exercido por cada enfermeiro na prática assistencial, elencando prioridades de atendimento, distribuindo funções na equipe, realocando materiais e recursos para a atenção de qualidade (LANZONI; MEIRELLES, 2011).

Para Ximenes Neto (2007), no âmbito da ESF, todo o processo de organização, democratização e efetivação vem dinamizando/intensificando a interiorização do trabalho em saúde, levando os membros da equipe de Saúde da Família a desenvolverem ações de promoção da saúde na atenção e gestão do território, seja na UBS, na comunidade, nas escolas, nas ruas, praças, igrejas, associações, órgãos públicos, instituições/empresas, organizações não governamentais, grupos de convivência e nos lares. Reforça que o território se apresenta como palco, arena, cenário das ações e dos modos biológicos, sociais e políticos de agir e viver das famílias, sujeitos e comunidades, e o gerente da ESF atua neste contexto como protagonista e catalisador de processos sociais, culturais e de saúde, influenciando o desenvolvimento local.

Nesse sentido, pode-se utilizar a comunicação como recurso para o sucesso da gestão exercida pelo enfermeiro, promovendo inter-relações com o sujeito, a família, a instituição e a equipe. A articulação entre liderança e comunicação possibilita ao enfermeiro atuar

ativamente sobre os problemas e promover mudanças almeçadas para cada momento, favorecendo a diminuição da rotatividade de funcionários e o desgaste físico e emocional desses, bem como fortalecer habilidades e conhecimentos sobre o papel da enfermagem (SPAGNUOLO; PEREIRA, 2007).

Então, tem-se a competência do enfermeiro de exercer o protagonismo dele frente às ações e aos serviços de saúde, nos diferentes cenários de práticas. Protagonizar significa ser o agente principal (OXFORD LANGUAGES, 2021), destacar-se, ser o personagem mais importante daquilo que participa, qualidade da pessoa que se destaca em qualquer situação e/ou acontecimento, exercendo o papel mais importante dentre os demais (DICIO, 2020), desempenhar papel preponderante, em determinado acontecimento (MICHAELLIS, 2015).

No contexto atual, o exercício do protagonismo representa realidade que permeia as ações do enfermeiro, tendo em vista a frequente ocupação de cargos de gestão nos serviços de saúde e a atuação na linha de frente assistencial, no combate à pandemia em todos os níveis de atenção à saúde. O impacto da atuação do enfermeiro é significativo e precisa ser evidenciado.

Portanto, Pessoa (2019) ressalta que, para o enfermeiro, tornam-se cada vez mais frequentes as transformações na prática profissional e no processo de trabalho, em que os profissionais evoluem a percepção e buscam por mudanças mais estratégicas, usando habilidades técnico-científicas, vivenciando as problematizações no cotidiano dos serviços, reconhecendo a necessidade de aperfeiçoamento das práticas, intervindo nos espaços de atuação e sendo protagonistas do meio no qual estão inseridos.

Para Freire *et al.* (2021), os profissionais de enfermagem ganharam destaque no combate ao novo coronavírus, por constituírem mais da metade dos trabalhadores da saúde no Brasil e no mundo, tendo ampla capilaridade territorial, e por que são essenciais no combate ao vírus, em que o cuidado baseado no manejo clínico dos sintomas, no atendimento às necessidades básicas, fortalece o papel da categoria, entretanto, pela carência de acesso e escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), o subdimensionamento de profissionais nas equipes, a exposição de grupos de risco, a necessidade de educação permanente e o estabelecimento de políticas públicas conflituosas para o combate ao vírus e mitigação da doença, os profissionais de enfermagem brasileiros foram os trabalhadores da saúde mais afetados pela COVID-19. Com base nesta realidade, a enfermagem brasileira emergiu como uma das principais fontes institucionais de informações para o jornalismo nacional e internacional, tornando-se evidente na mídia diariamente.

Em pleno “Ano Internacional dos Profissionais de Enfermagem e Obstetrícia” - 2020, eleito pela OMS, durante a Assembleia Mundial da Saúde de 2019, esta pandemia jogou luzes sobre a importância desses profissionais no âmbito do tripé: assistência, gestão e ensino em saúde, constituindo-se espinhas dorsais de sustentabilidade dos serviços de saúde, visto que, de forma mais frequente, a imprensa passou a destacar o trabalho da enfermagem, o protagonismo desta junto ao SUS, além de desvelar as condições de trabalho, o adoecimento e a morte daqueles que enfrentam com honradez a pandemia e as consequências destas nas vidas profissionais e pessoais (SILVA *et al.*, 2020).

Silva *et al.* (2020) apontam que dados do COFEN mostram que há mais de dois milhões de profissionais presentes na totalidade dos municípios brasileiros, em todos os níveis de atenção à saúde, e analisam que esses dados refletem e indicam que nenhuma agenda global em serviços na área da saúde pode ser concretizada sem esforços articulados e sustentáveis para maximizar a contribuição da força de trabalho da enfermagem e seu papel em equipes de saúde multiprofissionais.

Diante da relevância desses profissionais, a OMS, em parceria com o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) e o *All-Party Parliamentary Group on Global Health* (APPG), do Reino Unido, lançaram a Campanha *Nursing Now*, em 2018, em busca de valorizar o papel da enfermagem, com a adesão de mais de 30 países, em comemoração ao bicentenário de Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna, no entanto, em plena Campanha, o mundo se deparou com o surgimento da nova doença que se tornou um grave problema de saúde pública e repercutiu em diversos desafios para a enfermagem (BITENCOURT *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020).

Mendes e Ventura (2017) consideram que a adoção da cobertura universal de saúde como meta da Organização das Nações Unidas (ONU) representa oportunidade para moldar o desenvolvimento da força de trabalho na área e racionalizar as demandas de cuidados de saúde, considerando que um sistema efetivo de cuidado à saúde inexistente sem que se conte com adequado corpo de pessoal para executá-lo, desta forma, são pertinentes as discussões sobre a inserção de uma prática avançada de enfermagem, agregando valor aos trabalhadores de enfermagem e aos sistemas de saúde locais, e reforçam que a taxa de sucesso na oferta de serviços qualificados e centrados nas pessoas somente será alcançada mediante a reengenharia da força de trabalho em saúde, com reformas nos programas de ensino que moldem a próxima geração de profissionais acompanhada por revalorização do serviço que eles prestam.

4 METODOLOGIA

“O real não está no início nem no fim, ele se mostra pra gente é no meio da travessia”.

Guimarães Rosa

4.1 Caracterização e Tipologia do Estudo

A pesquisa é do tipo exploratório-descritiva, analítica, com abordagem mista, baseada em estudo de caso e está na corrente filosófica do pensamento materialista histórico-dialético.

Segundo Prodanov e Freitas (2013), a dialética proposta por Hegel, é um método de interpretação dinâmico e totalizante da realidade, pois considera que os fatos não podem ser relevados fora de um contexto social, político, econômico e parte da premissa de que, na natureza, tudo se relaciona, transforma-se e há sempre uma contradição inerente a cada fenômeno, assim, para conhecer determinado fenômeno ou objeto, o pesquisador precisa estudá-lo em todos os aspectos, as relações e conexões, sem tratar o conhecimento como algo rígido, já que tudo no mundo está sempre em constante mudança. Os mesmos autores consideram as pesquisas descritivas, juntamente com as pesquisas exploratórias, como as que habitualmente são realizadas por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática, proporcionam nova visão do problema e, em alguns casos, quando ultrapassam a identificação das relações entre as variáveis, procura estabelecer a natureza dessas relações, aproximando-se das pesquisas explicativas.

As pesquisas exploratórias têm como propósito oferecer maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, cujo planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado e, em virtude dessa flexibilidade, torna-se difícil, na maioria dos casos, “rotular” os estudos exploratórios, mas é possível identificar pesquisas bibliográficas, estudos de caso e levantamentos de campo que podem ser considerados estudos exploratórios (GIL, 2017).

Rodrigues (2014) registra que a pesquisa descritiva é realizada para descrever fenômenos ou o estabelecimento de relações entre variáveis e procura observar, registrar, analisar e interpretar os fenômenos, utilizando-se de técnicas padronizadas de coleta de dados, como o questionário e a observação sistemática.

Entende-se que esse tipo de estudo, a partir do problema estruturado e da dimensão a ser pesquisada, é o que melhor possibilita aproximação com o objeto do estudo e relação dos meios de investigação a serem utilizados.

Com relação à abordagem, Creswell e Clarck (2013) caracterizam métodos mistos como um procedimento de coleta, análise e combinação de técnicas quantitativas e qualitativas em um mesmo desenho de pesquisa e explicam que, embora haja ainda muita discussão acerca dessa modalidade de pesquisa, identificam situações em que se justifica a aplicação desta: 1) Quando uma única fonte de dados (quantitativa ou qualitativa) for insuficiente; 2) Quando se percebe a necessidade de explicar os resultados iniciais de uma pesquisa quantitativa ou qualitativa; 3) Quando existe uma necessidade de generalizar os achados exploratórios; 4) Quando existe a necessidade de aperfeiçoar o estudo com um segundo método; 5) Quando existe uma necessidade de empregar melhor uma postura teórica; 6) Quando existe uma necessidade de entender um objetivo da pesquisa por meio de múltiplas fases de pesquisa.

Conforme explicação de Minayo (2008), os dados quantitativos e qualitativos não se opõem, ao contrário, complementam-se, por isso, a necessidade de contar com a diversidade de informações para melhor aproximação com o fenômeno em estudo.

Gil (2017) esclarece que as pesquisas de métodos mistos combinam harmoniosamente procedimentos quantitativos e qualitativos, contudo, destaca seis diferentes delineamentos de pesquisa de métodos mistos: sequencial explanatório, sequencial exploratório, paralelo convergente, incorporado, transformativo e multifásico.

Os aspectos deste estudo encontram-se no delineamento convergente, o qual se caracteriza pela coleta e análise tanto de dados quantitativos quanto qualitativos, durante a mesma etapa do processo de pesquisa, seguida da fusão dos dois conjuntos de dados, em uma interpretação geral, cujo propósito foi obter dados diferentes, mas complementares, para melhor compreender o problema de pesquisa e aliar as vantagens dos métodos quantitativos (amostragem representativa, quantificação, generalização, entre outros) às vantagens dos métodos qualitativos (pequenas amostras, profundidade, entre outros). E orienta que o desenvolvimento deve obedecer às seguintes etapas: planejamento e coleta de dados, análise dos dados, fusão dos resultados e interpretação dos resultados fundidos (GIL, 2017).

Quanto ao estudo de caso, Yin (2016) o define como pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto natural, em situações em que as fronteiras entre o contexto e o fenômeno não são claramente evidentes, utilizando múltiplas fontes de evidência. Enfatiza a importância do tipo de questões propostas para distinguir os estudos de

caso de outras modalidades de pesquisa nas ciências sociais. Afirma que a estratégia é, geralmente, usada quando as questões de interesse do estudo referem-se ao como e ao por que; quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos; e quando o foco se dirige a um fenômeno contemporâneo em um contexto natural.

Yin (2016) descreve três situações, nas quais o estudo de caso é indicado. A primeira ocorre quando o caso em pauta é crítico para testar uma hipótese ou teoria previamente explicitada. A segunda razão que justifica a opção por um estudo de caso, é o fato de ele ser extremo ou único. A terceira situação é um caso revelador, que ocorre quando o pesquisador tem acesso a uma situação ou fenômeno até então inacessível à investigação científica. Neste estudo, buscou-se, por meio do estudo de caso, explicitar os pressupostos anteriormente citados. O autor acrescenta, ainda, que estudos de caso são também usados como etapas exploratórias na pesquisa de fenômenos pouco investigados ou como estudos-piloto para orientar o design de estudos de casos múltiplos. Note-se que, aqui, aparece outro critério que justifica a escolha do estudo de caso como abordagem adequada de um problema de pesquisa: tratar-se de fenômeno pouco investigado, o qual exige estudo aprofundado de poucos casos, que gere a identificação de categorias de observação ou a geração de hipóteses para estudos posteriores.

4.2 Caracterização do Cenário do Estudo

O cenário de atuação protagonizado para esta ambiência foi o município de Sobral que, com 210.711 habitantes (IBGE, 2020), mantém um espectro de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) que atinge 100% da referida população, com o apoio de 70 equipes da ESF, 50 equipes de Saúde Bucal (ESB), três de Atenção Domiciliar, dentre outros muitos equipamentos que compõe a APS. Em estrutura, existem 37 Centros de Saúde da Família, 23 na sede e 14 nos distritos (SOBRAL, 2019).

O estudo tem como base de realização os espaços dos CSF, da zona urbana e rural de Sobral, que foi escolhido como cenário pelas seguintes razões: é referência para Região Noroeste do Ceará, tanto em APS, quanto em média e alta complexidade, além de ser sede de Micro e Macrorregião da Saúde; por ter sido celeiro em diversas políticas de APS para a região e país; além da aproximação da autora/pesquisadora enquanto profissional da saúde atuante no município. Foi realizado de abril de 2022 a março de 2023.

Conforme Ximenes Neto (2007), desde 1997, na gestão do Secretário da Saúde e Assistência Social, Luiz Odorico Monteiro Andrade, ocorreu rápido e intenso processo de

estruturação dos serviços de saúde, que tinha como objetivos iniciais a municipalização e o processo de habilitação, conforme a Norma Operacional Básica (NOB-SUS) 01/1996, o modelo assistencial predominante no município era o hegemônico médico assistencial privatista, baseado na doença, sendo a Santa Casa de Misericórdia de Sobral o centro dessa atenção, e, nos Postos de Saúde, imperava o modelo de Ações Programáticas de Saúde e, como tentativa de mudança, o município adotou o modelo assistencial de Sistemas Locais de Saúde-SILOS, disseminado em todo estado do Ceará, pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

A partir disso, os avanços e desafios foram constantes no sistema de saúde municipal, de acordo com o último Plano Municipal da Saúde (2018-2021), o município possui um sistema de saúde que tem reconhecimento nacional, em função do modelo bem-sucedido e dos bons resultados alcançados nos diferentes setores e práticas da saúde: significativa melhoria nos indicadores de saúde com redução da mortalidade infantil, diminuição da mortalidade materna e elevada das equipes da ESF, considerando a excelente infraestrutura dos equipamentos de saúde, o contínuo investimento nos processos de educação na saúde e o trabalho organizado, na perspectiva de promover a multiprofissionalidade e a colaboração interprofissional (SOBRAL, 2017).

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), medida classificatória quanto ao desenvolvimento humano, em 2010, Sobral apresentou 0,714, situando-o na faixa de desenvolvimento humano alto (IDH entre 0,7 e 0,799), sendo importante considerar que o IDH pretende desviar o foco do desenvolvimento da economia e contabilidade de renda nacional para políticas centradas em pessoas. O município sobralense ocupa a segunda posição no ranking de IDH do Ceará, abaixo somente da capital Fortaleza (IPECE, 2016 *apud* SOBRAL, 2017).

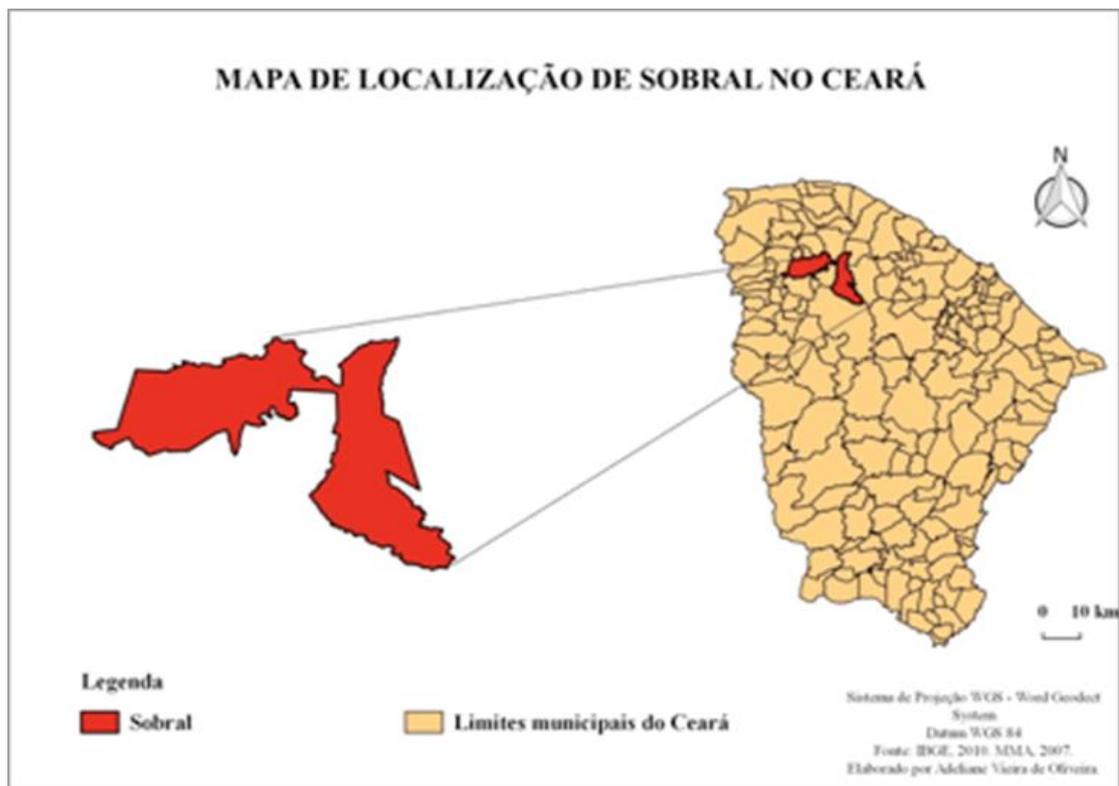
Segundo dados do IBGE (2020), o município apresenta 75,6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 92,2% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 11,9% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada, e quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 2 de 184, 78 de 184 e 19 de 184, respectivamente. Sobral é a quinta economia do Ceará, a segunda maior do interior e a 10ª do interior nordestino. É, também, o maior centro universitário e o maior complexo de saúde do interior do Ceará. Segundo a lista de municípios do Brasil por IDEB (Índice de Desenvolvimento da Educação Básica), possui a melhor Educação Básica do Brasil (WIKIPÉDIA, 2021).

O clima de Sobral é tipicamente tropical, quente e seco, com temperatura média de 26,2 graus Celsius e altitude de 70 metros, chegando até os 120 metros nas áreas mais altas da

cidade. Localiza-se a 238 quilômetros de Fortaleza, a qual se conecta também por uma ferrovia, atualmente, usada sobretudo pelo Grupo Votorantim. O acesso rodoviário é feito pela BR-222, que liga o Ceará ao Piauí e, conseqüentemente, ao Maranhão e Pará (WIKIPÉDIA, 2021).

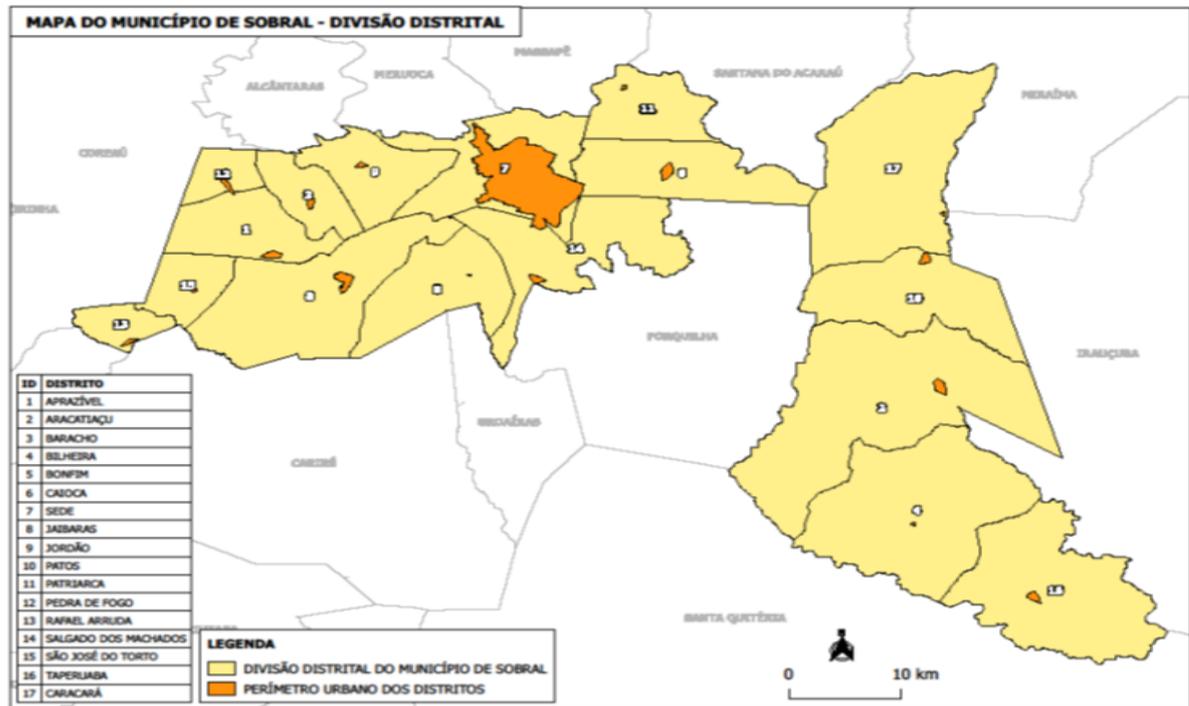
A cidade ficou conhecida internacionalmente por ter sido o local de comprovação da teoria da relatividade geral de Albert Einstein, após um grupo de cientistas ter acompanhado o eclipse solar de 29 de maio de 1919. O sítio urbano de Sobral foi tombado como patrimônio cultural do Brasil, pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional, em 1999 (WIKIPÉDIA, 2021), constituindo-se centro de convergência, pela ampla estrutura nas áreas da saúde, educação, comércio, indústria, serviços, lazer, cultura e arte.

Figura 1 Mapa da Localização de Sobral no Ceará. 2021.



Fonte: IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/sobral.htm>. Acesso em: 14 de julho de 2021.

Figura 2 Mapa de Sobral em Divisão Distrital. 2021.



Fonte: SOBRAL, Diário Oficial do Município. Instituído pela Lei Municipal Nº 1.607, de 02 de fevereiro de 2017 e regulamentado pelo Decreto Municipal Nº 1961, de 22 de novembro de 2017. 10 de dezembro de 2021. Ano V, Nº 1221.

4.3 Sujeitos - Participantes do Estudo

Os sujeitos do estudo foram enfermeiros da APS que aceitaram e concordaram em participar do estudo, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Apêndice A). A Tabela 1 mostra a distribuição dos participantes do estudo em relação à população do território de atuação e população de sujeitos com DM assistidos pelas respectivas equipes da ESF.

Tabela 1 Distribuição de enfermeiros por equipe e população na APS, Sobral, 2021.

CSF	Nº de Equipes	Nº de Enfermeiros	População do Território	Nº de Sujeitos com DM
ALTO DA BRASÍLIA	2	3	6.423	363
ALTO DO CRISTO	2	3	5.940	465
APRAZIVEL	2	3	4.430	293
ARACATIAÇU	2	4	5.560	174
BARACHO/SAO FRANCISCO	1	2	3.872	165
BILHEIRA	1	2	1.590	83
BONFIM	1	2	2.096	67
CAIC	2	3	5.346	398
CAIÇARA	3	3	7.367	194
CAIOCA	1	2	2.806	179
CAMPO DOS VELHOS	3	2	8.275	836
CARACARÁ	1	2	1.742	90
CENTRO	2	2	5.822	459
COELCE	4	4	10.283	536
COHAB 2	2	4	7.783	402
COHAB 3	3	2	8.914	483
DOM EXPEDITO	1	3	4.238	255
ESTAÇÃO	2	3	6.867	258
JAIBARAS	3	6	6.896	392
EXPECTATIVA	4	6	11.806	684
JORDAO	1	3	3.575	186
JUNCO	3	5	8.402	511
NOVO RECANTO	1	3	3.451	193
PADRE PALHANO	3	4	7.064	260
PATOS	1	1	1.061	50
PATRIARCA	1	2	2.690	112
PEDRINHAS	2	4	7.790	454
RAFAEL ARRUDA	1	3	3.520	290
SANTO ANTÔNIO	2	4	6.027	239
SINHÁ SABÓIA	3	5	9.274	526
SUMARÉ	2	3	6.538	309
TAMARINDO	2	3	4.040	227
TAPERUABA	2	4	6.212	305
TERRENOS NOVOS 1	3	5	9.770	454
TERRENOS NOVOS 2	1	2	2.400	79
TORTO	1	2	1.674	146
VILA UNIÃO	2	3	6.962	276
TOTAL	73	117	208.506	11.393

Fonte: SOBRAL. SISAB, abr./2021.

Para o presente estudo, após análise baseada na Tabela 1, abordaram-se os enfermeiros atuantes em seis Centros de Saúde da Família, três na zona urbana e três na zona rural, escolhidos pelo critério de seleção do maior número absoluto de populações acompanhadas com DM: Campo dos Velhos, Expectativa e COELCE na sede do município, e os CSF dos distritos de Jaibaras, Aprazível e Taparuaba, totalizando 18 enfermeiros assistenciais. Entende-se que essa amostra tem representatividade importante, em razão do estudo basear-se em um estudo de caso e o município ter protocolos definidos que regem a assistência prestada.

Como critérios de inclusão para participar da pesquisa: 1) Estar em pleno exercício da profissão na ESF; 2) Atuar como enfermeiro na instituição desde dezembro de 2021, tempo que coincide com o pico da terceira onda da pandemia da COVID-19 no município, período necessário para vivenciar a dinâmica de trabalho, atuar junto à população com DM. Excluíram-se do estudo enfermeiros que se encontravam afastados das funções por qualquer motivo, no período definido no critério da inclusão.

No momento em que se dispararam os questionários via on-line, para facilitar mutuamente para pesquisadores e participantes, percebeu-se demora na devolutiva, além do esperado de 15 dias, assim como respostas sucintas e bem resumidas e poucas participações. Tendo em vista que se enviou convite via *WhatsApp*®, com texto explicativo contendo o título, os objetivos, a autorização pela Comissão Científica Municipal e o Comitê de Ética da Universidade, os critérios de inclusão e o link do termo de consentimento e questionário em anexo para 18 profissionais, receberam-se apenas sete respostas, no prazo de 20 dias corridos.

Diante disso, decidiu-se, portanto, realizar visitas presenciais aos CSF para verificação acerca do não preenchimento do questionário por motivo de não aceitar participar ou outras razões que pudessem ser averiguadas e solucionados. Entrou-se em contato com os respectivos gerentes dos CSF do estudo, colocando-nos à disposição para os melhores horários ou agendamento das visitas. Após as visitas e abordagens presenciais, munidos dos pareceres de autorização do estudo e do TCLE e questionários impressos, deixando a decidir a melhor forma de preenchimento, obtiveram-se mais oito participantes, totalizando 15 sujeitos no estudo. Encontraram-se barreiras como o excesso de demanda para os enfermeiros acerca de atendimentos, reuniões e pesquisas acadêmicas a serem respondidas, bem como enfermeiros de atestado médico, férias e outros motivos afins.

4.4 Técnicas de Coleta, Organização e Análise dos Dados e Informações

Segundo Bastos (2016), independente da abordagem teórica a ser utilizada no estudo, a pesquisa deve ser compreendida como um processo que se pretende apresentar um resultado, visto que a pesquisa científica é uma forma de produzir o conhecimento científico dentro de um processo constituído por etapas.

O caminho foi percorrido por duas etapas distintas.

4.4.1 Primeira Etapa

Aplicação do instrumento de coleta dos dados para a pesquisa, um questionário (Apêndice B) com perguntas fechadas e abertas aos enfermeiros atuantes em Centros de Saúde da Família de Sobral, por meio do *Google Forms*®, a fim de compreender a atuação dos enfermeiros e a assistência aos sujeitos com DM, classificados como risco alto, muito alto e de gestão de caso, segundo Caderno de Atenção Básica N° 36, do Ministério da Saúde, na APS de Sobral, no que se refere ao momento pandêmico da COVID-19.

Elliot, Hildenbrand e Berenger (2012) *apud* Bastos (2016) explicam que o questionário é uma técnica de investigação que inclui um número de questões apresentadas aos informantes, visando levantar o conhecimento de fatos, comportamentos, opiniões, crenças, sentimentos, atitudes, interesses, expectativas, motivações, preferências e situações vivenciadas e, em geral, ao se optar pelo questionário, busca-se atingir número representativo de pessoas, a fim de obter a validação dos resultados. As perguntas de um questionário podem ser classificadas em abertas, fechadas ou agregando ambos os tipos. As perguntas abertas permitem ao respondente desenvolver o conteúdo da resposta da maneira como desejar.

Devido às medidas de segurança sanitária recomendadas pelas autoridades, o questionário constitui o meio mais adequado, além de, conforme Gil (2017), este tipo de instrumento oferecer vantagens, por ser rápido e menos oneroso para obtenção de informações, como também de não exigir treinamento de pessoal e garantir o anonimato.

Prodanov e Freitas (2013) também relataram que atualmente os pesquisadores têm utilizado meios eletrônicos para facilitar, agilizar e reduzir os custos operacionais da pesquisa, mas lista uma série de recomendações úteis à construção de um questionário, entre elas: uma carta-explicação que deve conter: a proposta da pesquisa; as instruções de preenchimento; as instruções para devolução; o incentivo para o preenchimento; o agradecimento; o questionário deve ser construído em blocos temáticos, obedecendo a uma ordem lógica na elaboração das

perguntas; iniciar o questionário com perguntas gerais, chegando aos poucos às perguntas de caráter mais específico, para evitar criar insegurança no informante; a redação das perguntas deverá ser feita em linguagem compreensível ao informante.

Gil (2017) orienta que a elaboração do questionário consiste basicamente em traduzir os objetivos específicos da pesquisa em itens bem redigidos e reforça que não existem normas rígidas a respeito da elaboração do questionário, todavia, com base na experiência dos pesquisadores, define algumas regras práticas a esse respeito:

as questões devem ser preferencialmente fechadas, mas com alternativas suficientemente exaustivas para abrigar a ampla gama de respostas possíveis; devem ser incluídas apenas as perguntas relacionadas ao problema proposto; não devem ser incluídas perguntas cujas respostas possam ser obtidas de forma mais precisa por outros procedimentos; devem-se levar em conta as implicações da pergunta com os procedimentos de tabulação e análise dos dados; devem ser evitadas perguntas que penetrem na intimidade das pessoas; as perguntas devem ser formuladas de maneira clara, concreta e precisa; deve-se levar em consideração o sistema de referência do entrevistado, bem como seu nível de informação; a pergunta deve possibilitar uma única interpretação; pergunta não deve sugerir respostas; as perguntas devem referir-se a uma única ideia de cada vez; o número de perguntas deve ser limitado; o questionário deve ser iniciado com as perguntas mais simples e finalizado com as mais complexas; (...); convém evitar as perguntas que provoquem respostas defensivas, estereotipadas ou socialmente indesejáveis, que acabam por encobrir sua real percepção acerca do fato; deve ser evitada a inclusão, nas perguntas, de palavras estereotipadas, bem como a menção a personalidades de destaque, que podem influenciar as respostas, tanto em sentido positivo quanto negativo; cuidados especiais devem ser tomados em relação à apresentação gráfica do questionário, tendo em vista facilitar seu preenchimento (...) (GIL, 2017, p. 77-78).

Com o *Google Forms*® ou Formulários *Google*, podem-se coletar e organizar informações em pequena ou grande quantidade gratuitamente, visto que essa ferramenta permite criar, editar e responder a formulários/questionários em telas grandes ou pequenas, contendo várias opções de perguntas, de múltipla escolha, a listas suspensas e escalas lineares ou perguntas abertas, além de possibilitar imagens, vídeos e/ou navegação de páginas e lógica de ramificação de perguntas, além disso as respostas às pesquisas são coletadas de forma organizada e automática, com informações e gráficos em tempo real (GOOGLE, 2021).

Mota (2019) salienta que o *Google Forms*® é de fácil utilização e manuseio, basta apenas ter uma conta no Google com acesso a conta de e-mail Gmail, desta forma, os formulários ficam armazenados no servidor, podendo ser acessado de qualquer lugar e horário, não ocupam espaço no computador, os arquivos podem ser trabalhados de forma colaborativa, desde que sejam convidados pelo autor, porém o convidado não tem acesso para apagar os arquivos compartilhados, podem apenas editá-lo, portanto, muito útil para a prática acadêmica.

O questionário contém questões abertas, semiabertas e fechadas, e está dividido em dois blocos: Bloco I - Identificação Sociodemográfica e Profissional; e o Bloco II - Processo de Trabalho no Contexto Pandêmico na Atenção aos Sujeitos com Diabetes Mellitus.

O Bloco I foi adaptado do questionário validado e utilizado na pesquisa “Perfil da Enfermagem no Brasil”, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)/Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), com o apoio técnico, financeiro e político do COFEN, da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), da Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (FIOCRUZ/COFEN, 2013).

O Bloco II refere-se às práticas desenvolvidas com foco no processo de atuação frente ao contexto pandêmico da COVID-19 e na linha de cuidado na assistência integral aos casos crônicos de DM. O questionário da plataforma *Google Forms*® foi encaminhado aos sujeitos do estudo via e-mail e por meio das redes sociais, seja no endereço privado, ou para grupos de WhatsApp®, para ser respondido em computadores pessoais ou no próprio smartphone.

Inicialmente, realizou-se teste piloto com quatro enfermeiros aleatoriamente, a fim de verificar necessidades de ajustes e adaptações ao questionário ou a alguma fase deste método desenhado. Em seguida, refez-se o texto de alguns questionamentos, para que tivesse maior clareza aos participantes do estudo.

Apesar do texto on-line ter sido enviado a todos os sujeitos do estudo, dois destes responderam na versão impressa, o que não teve prejuízo na obtenção das informações/dados. Após a coleta, ocorreu a digitação no *Google forms*.

4.4.2 Segunda Etapa

A análise compreendeu dois momentos distintos e interdependentes: o primeiro, o protagonismo do enfermeiro, que abarcou o perfil, a formação e o mercado de trabalho e emprego, bem como o processo de trabalho deste no cuidado aos sujeitos com DM; o segundo envolveu a linha de cuidado utilizada.

O primeiro momento que compreendeu o Bloco I e parte do Bloco II do questionário, após sistematização e revisão crítica, com a definição do número absoluto de cada variável, efetuou-se o cálculo da frequência expressa em porcentagem. Por conseguinte, apresentados em gráficos e/ou tabelas, com posterior análise.

O Bloco II, do Processo de Trabalho, buscou a descrição das práticas desenvolvidas pelos enfermeiros no cuidado aos sujeitos com DM, durante a pandemia da COVID-19, organizados em categorias temáticas.

Minayo (2008) afirma que categorias são conceitos classificatórios e que o pesquisador o faz de maneira diferenciada, em que cria sistemas de categorias, buscando encontrar unidade na diversidade e produzir explicações e generalizações.

No processo de análise e interpretação dos resultados, Gil (2007) orienta que as categorias são compostas por um termo chave que indica a significação central do conceito e indicadores que expressem as variações do conceito, portanto, essas categorias são conceitos que expressam padrões que emergem dos dados e são utilizadas com o propósito de agrupá-los, de acordo com a similitude que apresentam. Esclarece que o estabelecimento de categorias ocorre, geralmente, pela comparação sucessiva dos dados, à medida que estes são comparados entre si, sendo definidas unidades de dados, que são segmentos de dados aos quais é possível atribuir um significado e identificadas quando se verifica que existe algo em comum entre os dados.

O autor complementa que é recomendável, no entanto, a elaboração de instrumentos analíticos para organizar, sumarizar e relacionar os dados, dentre os instrumentos, os mais utilizados são as matrizes e os diagramas. As matrizes são arranjos constituídos por linhas e colunas que possibilitam rapidamente o estabelecimento de comparações entre os dados. Os diagramas são representações gráficas, por meio de figuras geométricas, como pontos, linhas e áreas, de fatos, fenômenos e das relações entre eles na busca de significados (GIL, 2007).

As informações referentes às práticas foram sistematizadas em planilhas do *Excel*® e, em seguida, submetidas à análise temática com o suporte da construção de nuvens de palavras pelo Microsoft Word e organizadas em categorias com base no referencial de Minayo (2015). A análise de *clusters* de palavras foi realizada para verificar o padrão de associação entre as palavras (KWARTLER, 2017), auxiliando, assim, na interpretação das falas dos participantes.

Para preservação da identidade dos sujeitos da pesquisa, utilizaram-se codinomes aos enfermeiros-participantes, por meio do nome “Enfermeiro”, seguido do numeral cardinal do 1 ao 15.

Quanto à análise das linhas de cuidado ao sujeito com DM, adotou-se o fluxograma analisador de Merhy (1997) para descrição da linha de cuidado utilizada, bem como para propor uma nova linha de cuidado, caso os resultados apontassem a necessidade.

O fluxograma analisador de Merhy (1997, p. 73) é um “[...] diagrama muito usado por diferentes campos de conhecimentos, com a perspectiva de ‘desenhar’ [um] certo modo de

organização de um conjunto de processos de trabalho, que se vinculam entre si em torno de [uma] certa cadeia de produção”. No fluxograma, alguns símbolos são utilizados para construção do diagrama: a elipse – o começo e o fim da cadeia produtiva; o retângulo – etapas importantes da cadeia produtiva, nas quais realizam consumo de recursos e produção de produtos bem definidos; e o losango – momentos de decisão a serem seguidos durante a cadeia produtiva. O fluxograma, segundo Franco (2006, p. 165), “permite um olhar agudo sobre os fluxos existentes no momento da produção da assistência à saúde, e permite a detecção de seus problemas”.

Pesquisa realizada por Barboza e Fracolli (2005), com equipes da ESF, utilizando fluxograma analisador, permitiu capturar a estrutura do processo de trabalho desenvolvido, com lógicas, saberes e práticas predominantes, além da visualização das práticas, oferecendo oportunidade de mudá-las, caso necessário, e em havendo abertura para isso. O trabalho em saúde, segundo as autoras, “[...] por estar sempre em estruturação, dentro de um quadro incerto sobre o que é o padrão de seu produto final, necessita de estratégias organizacionais competentes para “capturar” o autogoverno dos trabalhadores, no sentido de torná-lo capaz de viabilizar o SUS” (BARBOZA; FRACOLLI, 2005, p. 1043).

Após a análise, os resultados conformaram em dois capítulos:

- Protagonismo de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde no cuidado aos casos crônicos de diabetes mellitus, durante a pandemia da COVID-19; e
- Linha de cuidado utilizada por enfermeiros no cuidado aos casos crônicos de diabetes mellitus, durante a pandemia da COVID-19.

4.5 Princípios Éticos e Legais do Estudo

Prodanov e Freitas (2013) descrevem a palavra ética como a ciência da conduta humana, o princípio sistemático da conduta moralmente correta e definem que a ética na pesquisa científica indica uma conjunção de “conduta” e de “pesquisa”, o que traduzem como “conduta moralmente correta durante uma indagação, a procura de uma resposta para uma pergunta”, em que o estudo em questão deve ser feito de modo a procurar sistematicamente o conhecimento, por observação, identificação, descrição, investigação experimental, produzindo resultados reprodutíveis, realizado de forma moralmente correta.

Destacam alguns princípios éticos que devem ser observados na produção e elaboração de trabalhos acadêmicos, como monografias, dissertações, teses, artigos, ensaios, dentre outros, visto que quando se pratica pesquisa, é indispensável pensar na

responsabilidade do pesquisador, no processo de investigações e produtos, no sentido de que a honestidade intelectual é fator indispensável aos pesquisadores, tornando-os cidadãos íntegros, éticos, justos e respeitosos consigo e com a própria sociedade (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Incorporaram-se no estudo os quatro princípios da bioética (ética aplicada em pesquisas biológicas): autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, preconizados pela Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que contém diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos, de forma direta ou indireta, individual ou coletiva, sejam elas realizadas por quaisquer categorias profissionais, no campo biológico, psíquico, educacional, cultural ou social, incluindo o manejo de informações e materiais (BRASIL, 2012).

Assegurou-se a realização de estudo preservando a identidade dos participantes, munido do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Apêndice A), contendo natureza e finalidade do estudo para a livre participação na pesquisa.

A autonomia foi garantida aos sujeitos, esclarecendo que terão liberdade de escolha de participação nos distintos momentos. O princípio da beneficência se refere à ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos. No que se refere ao princípio da não maleficência, buscou-se garantir que os danos sejam evitados e quanto ao princípio da justiça, este alcançado na medida em que se percebe a relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, assegurando a fidedignidade dos resultados.

Respeitou-se, também, o Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, em que trata de orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual e aborda medidas que visam preservar a proteção, segurança e os direitos dos participantes de pesquisa (BRASIL, 2021).

O projeto foi encaminhado à Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral, por meio da plataforma SICC (Sistema Integrado da Comissão Científica), e obteve-se emissão de parecer favorável Nº 0139/2022 e autorização do estudo. E, em seguida, aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), conforme parecer consubstanciado Nº 5.530.592, através da Plataforma Brasil. Ressalta-se que não existiram conflitos de interesse de cunho econômico, comercial, ideológico, religioso e político neste estudo, pois se seguiram as normas previstas pelo comitê de ética em pesquisa.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Mestre não é quem sempre ensina, mas quem de repente aprende”.

Guimarães Rosa

Neste capítulo, apresenta-se análise crítica das informações e percepções dos enfermeiros, com base na literatura, direcionada em dois grandes eixos temático-categóricos.

5.1 Capítulo I - Protagonismo de Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde no Cuidado aos Casos Crônicos de Diabetes Mellitus, durante a Pandemia da COVID-19

Mediante organização, comparação, tabulação e análise dos dados quantificativos referentes às questões do Bloco I e à questão número 1 do Bloco II do questionário da coleta de dados, de acordo com as recomendações da estatística em planilhas do *Excel* e gráficos extraídos do próprio *Google Forms*, apresentam-se os resultados a seguir:

5.1.1 Identidade social e profissional dos participantes

Para melhor compreensão do objeto em estudo e entendimento dos sujeitos, nesta seção, apresentam-se as características sociodemográficas, de formação e de mercado de trabalho dos enfermeiros participantes. A Tabela 2 expõe os dados sociodemográficos dos enfermeiros.

Tabela 2 Dados sociodemográficos dos enfermeiros participantes da Estratégia Saúde da Família, Sobral - Ceará, 2023.

Variáveis	Categoria	Nº	%
Gênero	Feminino	14	93,3
	Masculino	1	6,7
Total		15	100,0
Raça/Cor	Pardo	10	66,7
	Branco	3	20,0
	Negro	2	13,3
Total		15	100,0
Faixa Etária (anos)	27 a 35	8	53,3
	36 a 50	6	40,0
	51 e mais	1	6,7
Total		15	100,0
Estado Civil	Casado (a)	8	53,3
	Solteiro (a)	4	26,7
	Divorciado (a)	3	20,0
Total		15	100,0
Renda Mensal R\$*	2.000,00 a 3.000,00	1	6,7
	3.001,00 a 4.000,00	11	73,3
	4.001,00 e mais	3	20,0
Total		15	100,0

*Valor do Salário Mínimo em 2022 era de R\$ 1.212,00 (um mil e duzentos e doze reais).

De acordo com a Tabela 2, a maioria dos enfermeiros do estudo era do sexo feminino (93,3%), pardos (66,7%), adultos jovens (53,3%), casados (53,3%) e com renda variando entre R\$ 3.001,00 e 4.000,00 (73,3%).

A Enfermagem brasileira e mundial, pelo próprio *modus operandi* de atuação na prestação do cuidado, historicamente, é uma profissão feminina, como a amostra deste estudo, em que 14 das participantes eram do gênero feminino. No Setor Saúde como um todo, reconhece-se a feminização, enquanto na Enfermagem, surge o início do fenômeno da masculinização.

Segundo Machado *et al.* (2016a), o setor saúde é estrutural e historicamente feminino, tendo a Enfermagem por uma tradição histórica e cultural, contribuído para esse fenômeno. No entanto, o aumento da presença masculina na composição da Enfermagem vem ocorrendo desde a década de 1990 e a tendência à masculinização vem se firmando. A presença forte do feminino (85,1%) na Enfermagem e a tendência à masculinização (14,4%) foi identificada na Pesquisa do Perfil da Enfermagem Brasileira (PPEB).

Quanto à raça/cor, neste estudo, predominaram enfermeiros que se autodeclaram pardos (66,7%). Na PPEB, predominam profissionais de enfermagem de cor branca (42,3%), seguidos de pardos (41,5%) (MACHADO *et al.*, 2016a; MACHADO, 2017). Conforme dados

da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2015, 45,22% dos brasileiros se declaram como brancos e 45,06% como pardos (BRASIL/IBGE, 2019). Estudo com enfermeiros da ESF, em uma Microrregião de Saúde do Noroeste Cearense, mostrou que 70% destes se autodeclaram pardos (XIMENES NETO *et al.*, 2019).

Neste estudo, predominaram enfermeiros na faixa etária de 27 a 35 anos (53,3%), de 36 a 50 anos (40%) e 6,7% acima de 50 anos, que a partir do construto da sociologia das profissões, em categorização estabelecida por Machado *et al.* (2016a; 2016b), sobre as fases da vida profissional e o tempo de formado até a entrada do trabalhador no mercado de trabalho, os enfermeiros deste estudo encerraram três destas fases: 2ª Fase, chamada de “Formação Profissional”, 26 a 35 anos de idade; 3ª Fase, denominada de “Maturidade profissional”, encontram-se os sujeitos com idade entre 36 e 50 anos; 4ª Fase, definida como “Desaceleração profissional”, de 51 a 60 anos. Predominando enfermeiros nas fases dois (formação profissional) e três (maturidade profissional). Na pesquisa do PPEB, prevaleceram as fases de maturidade profissional (40%) e de formação profissional (38%), o que caracteriza ser a Enfermagem uma profissão em pleno rejuvenescimento (MACHADO *et al.*, 2016a; MACHADO, 2017).

A maioria dos enfermeiros era casada, o que motiva uma tendência por conta da idade, em que muitos já estão vencendo os projetos de vida, como formação profissional, início de estabilidade ou maturidade profissional, e o momento de busca pelo crescimento e desenvolvimento profissional já passa para outro nível.

Quanto à renda, a maioria dos enfermeiros (73,3%) recebia salário entre R\$ 3.001,00 e 4.000,00, o que correspondia entre 2,5 e 3,3 salários mínimos nacional. Em estudo com enfermeiros da ESF de outra região cearense, 82,8% destes percebiam salário entre R\$ 2.001,00 e R\$ 4.000,00, o que correspondia entre 2,01 e 4,01 salários mínimos (XIMENES NETO *et al.*, 2019). Na PPEB, esta faixa de salários corresponde a 85,4% da amostra (MACHADO *et al.*, 2016c). A remuneração do trabalho na ESF, em pesquisa no norte de Minas Gerais, para os enfermeiros, apresentaram variação de renda de R\$ 1.300,00 a R\$ 6.570,00 (BARBOSA *et al.*, 2019).

Para Machado *et al.* (2016c, p.52), “os rendimentos mensais no setor público apresentam uma variação importante e, aparentemente, não compatíveis com a carga de trabalho das atividades executadas pela equipe de enfermagem”, podendo-se afirmar que há importante desigualdades intracategoria na Enfermagem no setor público.

Na Tabela 3, estão descritas as variáveis que envolvem as características de emprego e o processo formativo dos enfermeiros da ESF que participaram do estudo.

Tabela 3 Características de emprego e da formação dos enfermeiros, Sobral - Ceará, 2023.

Variáveis	Categorias	Nº	%
Tempo de Trabalho na Enfermagem (anos)	4 a 5	2	13,3
	6 a 10	6	40,0
	11 a 20	3	20,0
	Mais de 20	4	26,7
Total		15	100,0
Tempo de Trabalho na ESF (anos)	1 a 5	5	33,3
	6 a 10	4	26,7
	11 a 15	4	26,7
	16 e mais	2	13,3
Total		15	100,0
Total de horas semanais trabalhadas (horas)	40 h	12	80,0
	Mais de 51	3	20,0
Total		15	100,0
Tipo de Vínculo na ESF	Prestação de Serviço	3	20,0
	Estatutário	4	26,7
	Celetista	8	53,3
Total		15	100,0
Função gerencial na ESF	Não	15	100,0
Total		15	100,0
Zona de atuação	Urbana	10	66,7
	Rural	5	33,3
Total		15	100,0
Outra atividade remunerada	Não	15	100,0
Total		15	100,0
Quantidade de trabalhos/empregos na enfermagem	Um	13	86,7
	Dois	2	13,3
Total		15	100,0
Natureza da instituição formadora	Pública	11	73,3
	Particular	4	26,7
Total		15	100,0
Cursou ou está cursando algum curso de pós-graduação	Especialização	11	73,3
	Mestrado	3	20,0
	Não	1	6,7
Total		15	100,0

A Tabela 3 mostra variação, com pouca tendência tanto no tempo de formado, quando no tempo de atuação na ESF, talvez por conta dos enfermeiros estarem, de acordo com Machado *et al.* (2016^a; 2016b), nas fases de “maturidade profissional” e “formação profissional”. Três dos enfermeiros (20%) atuavam mais de 40 horas por semana, por atuarem em plantões aos finais de semana na própria ESF. A forma de contratualização varia entre estatutários, celetistas e prestação de serviço por tempo determinado.

Sobral é um município universitário, onde detém inúmeros cursos de graduação em Enfermagem, que a cada semestre coloca dezenas de egressos à disposição do mercado de trabalho, que começa a demonstrar esgotamento na região, gerando aumento da vulnerabilidade contratual. Segundo Ximenes Neto *et al.* (2019, p. 134), “com o aumento e a concentração dos profissionais nos grandes centros, associado a uma inexistente política salarial para a profissão, a precarização das condições de contratação e de trabalho, tem incrementada a terceirização”.

Nenhum dos participantes exercia a função gerencial do CSF no momento do estudo, mas gerenciavam as equipes em serviços e poderiam substituir o gerente em casos específicos. Nenhum dos participantes exercia outra atividade remunerada, porém dois participantes (13,3%) tinham outras atividades ou empregos na enfermagem.

Para responder às exigências peculiares do mercado de trabalho em saúde, cada vez mais se torna imprescindível a formação de profissionais qualificados que visem à implementação de práticas efetivas, mesmo diante dos avanços tecnológicos, sendo condição fundamental para viabilização dos projetos da saúde e, de modo geral, as repercussões do mercado de trabalho têm influenciado nas especificidades do trabalho em saúde e nas competências necessárias para o desempenho destas (PESSOA, 2019). Para a Enfermagem, indicam-se novos desafios, amparados na necessidade de reapropriação dos saberes e competências dos enfermeiros, na valorização da autonomia profissional e no estímulo ao modo proativo de intervir em saúde frente às diferentes demandas sociais (ERDMANN *et al.*, 2009 *apud* PESSOA, 2019).

Quanto aos aspectos formativos, a maioria de 73,3% enfermeiros era egressa de instituição de natureza pública, estava cursando ou já cursou especialização e três (20%) estavam cursando ou já concluíram mestrado.

O ordenamento para a formação dos profissionais é uma das atribuições do SUS, que busca dar conta de problemas relacionados à educação na saúde, como o preparo de profissionais para a APS, com olhar sensível às necessidades de saúde das famílias e comunidades e, mesmo após quase 30 anos de SUS, ainda perduram dificuldades para o desenvolvimento de práticas integrais, de prevenção de riscos, agravos e doenças e de promoção da saúde, seja no cuidado, na assistência e na atenção à saúde, às famílias e comunidades nos diferentes espaços do território brasileiro, portanto, faz-se *mister* competente educação na saúde como diretriz para a qualidade do cuidado, devendo esta ser pautada com base nos determinantes sociais da saúde, nas necessidades da população e de grupos vulneráveis, no perfil epidemiológico locorregional, com vivências teórico-práticas

voltadas para a realidade local, e com um currículo que permita a inserção do estudante de graduação em cenários de práticas desde o primeiro semestre (MACHADO; XIMENES NETO, 2018).

5.1.2 Ações efetivadas no processo de trabalho e o cuidado em saúde na APS aos casos crônicos de DM durante a pandemia

No campo de atuação multiprofissional da ESF, a Enfermagem tem apresentado importante protagonismo na ampliação do escopo de atuação, no rol de práticas e saberes, na ação colaborativa para implantação de diversas políticas setoriais, programas, ações e serviços e na mudança do modelo de atenção. Em razão da importância do enfermeiro em seu núcleo de práticas na APS no Brasil, aliado ao processo de descentralização desencadeado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) e pelas Normas Operacionais, o mercado de trabalho em saúde no setor público desta profissão se expandiu, contribuindo efetivamente com a ampliação dos postos de trabalho, além de motivar o crescimento da força de trabalho em Enfermagem e, conseqüentemente, com vertiginoso crescimento do mercado educacional, resultando na ampliação do número de Cursos de Enfermagem, sobretudo, no setor privado (MACHADO; XIMENES NETO, 2018; XIMENES NETO *et al.*, 2019).

Para Matta e Mehry (2003), a reorganização do processo de trabalho em serviços de saúde passa pela qualificação da força de trabalho dos profissionais, integração dos profissionais na assistência, resgatando o sentido do trabalho multiprofissional e qualificando o produto ofertado.

Um dos temas mais tratados e problemáticos na organização do SUS como um sistema de saúde para todos, de forma universal, igualitária, equânime e de qualidade é o modo como se estruturam e gerenciam-se os processos de trabalho, nos diferentes tipos de estabelecimentos de serviços de saúde pública, o que provoca discussão muito instigante já algum tempo travada entre vários pensadores e militantes, desde a reforma sanitária brasileira e sempre, motivando a entender que esta é uma tarefa coletiva de trabalhadores da saúde, no sentido de modificar o cotidiano do modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde (MERHY, 1997).

Tem-se tentado construir processos de intervenções institucionais que impliquem coletivização da gestão dos processos de trabalho em saúde, tomando como referência-chave as necessidades de saúde e as políticas públicas (MERHY, 1997), portanto uma nova leitura

que pode ser feita desses arranjos organizacionais é o da ineficácia das estruturas dos organogramas e o reconhecimento de que a vida produtiva se organiza pelas relações ou, melhor, pelas conexões realizadas pelas pessoas que estão em situação e se formam em linhas de fluxos horizontais por dentro das organizações, contudo, essa forma de condução de processos se repete para todos os níveis de produção, é social e subjetivamente determinada e vai configurando certa micropolítica, entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra (FRANCO, 2006).

Relacionando com o cenário pandêmico-emergencial e a necessidade de formulação de interações e conexões, assim como a produção de novos processos e redes assistenciais, dialoga-se acerca das ações desenvolvidas pelos enfermeiros na APS no cuidado em saúde para os sujeitos com DM em situações crônicas, como grupo de risco potencial de gravidade, e quanto ao adoecimento da COVID-19.

Neste tópico, enunciam-se as diversas ações e práticas no âmbito da APS listadas pelos enfermeiros acerca da abordagem cotidiana como coordenadora da RAS e ordenadora do cuidado aos casos crônicos de DM, durante a pandemia da COVID-19, e pensou-se na tradicional divisão em ações no âmbito assistencial, gerencial e de educação em saúde, porém em uma perspectiva da transversalidade e que tudo se integra sob a ótica de características em comum das tendências do Movimento Institucionalista conforme Baremlitt (1996) que se propõe a apoiar e deflagrar nas comunidades e nos conjuntos de sujeitos processos de interação humana, portanto, organizaram-se as ações em categorias de Processos de Autoanálise e de Processos de Autogestão.

Segundo Baremlitt (1996), a autoanálise consiste em comunidades mesmas, como protagonistas dos próprios problemas, das necessidades, das demandas, de modo a enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um vocabulário próprio que lhes permita saber acerca da vida, cujo processo é simultâneo, concomitante e articulado ao processo de autogestão, em que a comunidade se articula, institucionaliza, organiza para construir os dispositivos necessários para produzir ou conseguir os recursos necessários de que precisa para o melhoramento da vida sobre a terra.

Franco (2006) relata sobre caráter autoanalítico e autogestionário presente na rede que opera na micropolítica dos processos de trabalho, referindo que esse caráter não está dado *a priori*, é colocado como possibilidade e vai depender dos sujeitos que operam a rede e as respectivas singularidades, e que o conceito de singularidade é central, pois se refere ao fato de não reconhecer um sujeito e um objeto *uno*, mas multiplicidades, partindo da ideia de que o sujeito acessa diferentes campos semióticos, quando organiza sua ação no mundo e,

dependendo das representações simbólicas acessadas por ele, ele assume diferentes atitudes, como se essas representações organizassem no sujeito trabalhador um modo específico de ver o mundo e de nele atuar.

O autor ainda reforça que não há um sujeito, mas singularidades, algo parecido com a ideia de que “um” são “vários” e isso faz com que os trabalhadores atuem de forma singular, compondo sua atitude com certa subjetividade, com representações simbólicas do mundo do trabalho em saúde e os diversos vetores de formação da realidade presentes no cotidiano (FRANCO, 2006).

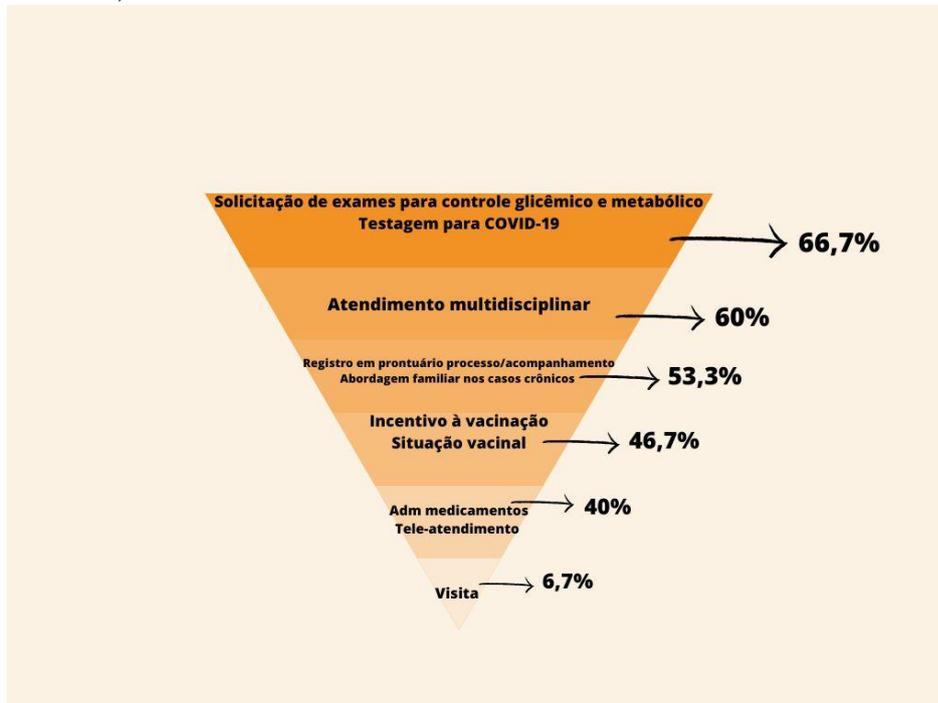
5.1.2.1 Processos de autoanálise

A partir do conceito da autoanálise como um “processo de produção e re-apropriação, por parte dos coletivos autogestionários, de um saber acerca de si mesmos, suas necessidades, desejos, demandas, problemas, soluções e limites” (BAREMBLITT, 1996, p. 156) e ciente que esse conhecimento de si, contextualizado na realidade na qual o sujeito está inserido, dá a ele a potência de intervir sobre o mundo para realização dos seus desejos, que podem estar associados à construção de uma realidade, que seja de produção de serviços solidários, acolhedores, que estabeleçam vínculos e se corresponsabilizar pelos sujeitos (FRANCO, 2006). Assim, identificam-se ações presentes na abordagem dos enfermeiros do estudo que permitem valorizar o próprio conhecimento, as iniciativas e a capacidade criativa-reflexiva neste contexto.

Selecionaram-se aqui os processos que identificaram a situação atual do sujeito, que compuseram a anamnese, que coletaram as informações necessárias para organização das ações futuras do âmbito da gestão/planejamento do cuidar e que formaram subsídios para os processos descritos na próxima categoria.

As ações envolvem atitudes profissionais que se distribuíram, conforme a Figura 3.

Figura 3 Ações desenvolvidas por enfermeiros classificadas como processo de autoanálise nos cuidados aos casos crônicos de DM, Sobral - Ceará, 2023.



O infográfico, na Figura 3, expõe as ações distribuídas em formato de um triângulo invertido, a fim de melhor compreender a frequência das mesmas, em que também se utilizaram cores em degradê, de acordo com cada porcentagem encontrada. As em maior quantidade (66,7%) identificadas pelos participantes do estudo foram relacionadas a exames e atendimentos para análise e diagnóstico da situação de saúde do sujeito. As demais ações são complementares no campo analítico-situacional para obter dados e informações, a fim de conduzir a gestão clínica do caso, de acordo com cada realidade e singularidade dos pares e envolvidos no cuidar.

Encontrou-se número reduzido de indicação de visita ao lar de casos crônicos nessa abordagem, porque era necessário analisar bem o risco-benefício, devido à potencialidade de levar contaminação ao lar, bem como as restrições e recomendações sanitárias, principalmente na primeira e segunda onda da doença, quando ainda não se tinha a imunização como barreira de proteção contra o vírus. Porém, mais adiante, essa ação foi relatada nas experiências descritas pelos enfermeiros durante os questionamentos de perguntas abertas e livre resposta.

Para melhor análise e visualização, a Figura 4 apresenta um infográfico representando uma nuvem de palavras a partir das ações desta seção.

Figura 4 Nuvem de palavras das ações desenvolvidas por enfermeiros classificadas como processo de autoanálise no cuidados aos casos crônicos de DM.



Observa-se que nesse outro infográfico, as palavras em destaque são aquelas referentes ao atendimento dos sujeitos com DM em cronicidade, o que demanda, dentro do escopo de práticas do processo de trabalho do enfermeiro, maior protagonismo na atenção destes, tanto na prevenção de úlceras, quanto de AVC, IAM e mesmo na aquisição de SARS-CoV-2, sendo importante grupo de risco e potencial para o agravamento da COVID-19.

Em estudo observacional realizado em hospital do Paraná sobre as ações de enfermagem em doenças crônicas com diagnóstico da COVID-19, a maioria dos Diagnósticos de Enfermagem encontrados estava relacionada à avaliação de fatores fisiológicos do sistema respiratório e ao risco de infecção, apesar disso, também foram relatados aqueles relacionados ao estado da pele, à perfusão dos tecidos, à presença de dor, à capacidade de mobilidade física, à ruptura da dinâmica familiar e à regulação das respostas metabólicas à infecção, como controle de temperatura e glicemia. E, ao analisarem as Intervenções de Enfermagem, encontraram concordância com os problemas descritos nos diagnósticos, como monitoramento de sinais vitais, avaliação da pele e estado de consciência, administração de oxigênio, monitoramento da respiração, manejo e aspiração de vias aéreas, ainda convém ressaltar intervenções voltadas para o controle e a proteção contra infecções, voltadas à segurança e ao conforto do paciente, à administração de medicamentos (vias intravenosa e inalatória), à realização de procedimentos (punção venosa e arterial), aos cuidados com dispositivos como cateteres e sondas, à mobilização do paciente e ao atendimento de necessidades básicas, como banho e alimentação (ARIAS, 2022).

Durante a pandemia da COVID-19, os serviços de saúde estabeleceram protocolos que procuraram reorganizar as atividades de prevenção e sinalizar a orientação de confinamento diante da situação emergencial, concomitante a necessidade de práticas de educação em saúde, visando contribuir para que os sujeitos adquirissem autonomia, em vista a preservar,

prevenir e melhorar a qualidade de vida e da família e dos cuidadores, diante dos fatores de risco (CARDOSO *et al.*, 2022).

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MENDES, 2012), cuja implementação exige mudanças na forma como a atenção à saúde é prestada, propõe que haja estratificação do risco dos sujeitos com condições crônicas, em que a diferenciação por risco dos usuários considere não apenas características individuais, mas também tipos e lugares de atenção e sua concentração relativa em cada grupo populacional. Desta forma, pessoas com condições crônicas e com menores riscos são orientadas por profissionais da saúde, especialmente com base em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na APS, enquanto aqueles com condições de alto e muito alto riscos necessitam de atenção profissional especializada, com maior volume de cuidados realizado pela equipe de saúde e sempre com a coparticipação da APS (BARRA *et al.*, 2020).

Na experiência de Barra *et al.* (2020), o enfrentamento da crise da COVID-19 foi planejado a partir do índice de vulnerabilidade clínico funcional dos sujeitos, desenvolvido a partir do modelo multidimensional de saúde, com objetivo de rastrear a fragilidade (avaliação de risco) e permitir o manejo de condições crônicas de saúde frequentes, aliando-se a isto a estratificação de risco de HAS, DM e condições crônicas. Sujeitos estratificados como muito alto risco tinham a consulta realizada no próprio domicílio pelo médico ou enfermeiro, de acordo com a parametrização. Sujeitos estratificados como alto risco eram atendidas por teleconsulta, realizada por telefone ou WhatsApp® pelo médico ou enfermeiro, atualizando o plano de cuidados, avaliando a necessidade de visita ao lar posterior. E, sujeitos estratificados como médio e baixo risco recebiam contato telefônico ou WhatsApp® qualificado (verificando alterações inapropriadas da glicemia capilar, níveis pressóricos), pela equipe multidisciplinar, sempre consultando a história clínica do paciente e verificando os relatos de situações que fujam da normalidade. Em caso de relato de anormalidade, agendava-se consulta domiciliar ou teleconsulta.

Em estudo publicado, com objetivo de descrever as ações estratégicas de coordenação do cuidado, monitoramento e vigilância dos casos da COVID-19 na APS de Sobral, município desta pesquisa, abordou como principais ações desenvolvidas no município durante a primeira fase da pandemia, o seguinte: coordenar o cuidado às famílias, com vista à prevenção da COVID-19, reabilitação dos casos confirmados e mitigação da pandemia no território; efetuar monitoramento dos casos no território; realizar busca ativa dos sintomáticos respiratórios; e desenvolver ações que estimulem a população na manutenção do isolamento social (XIMENES NETO *et al.*, 2020). Sendo estabelecido, então, plano de contingência e

fluxo de atendimento, sobretudo para os sujeitos mais vulneráveis, a exemplo daqueles com doenças crônicas, até porque o primeiro caso de óbito em Sobral ocorreu em uma mulher, 61 anos, moradora da zona rural, com DM e HAS, que apresentou dificuldade de respirar e diarreia, sem tosse e febre, que buscou atendimento no Centro de Saúde da Família (CSF), onde foi a óbito, com parada cardiorrespiratória (XIMENES NETO *et al.*, 2021).

5.1.2.2 Processos de autogestão

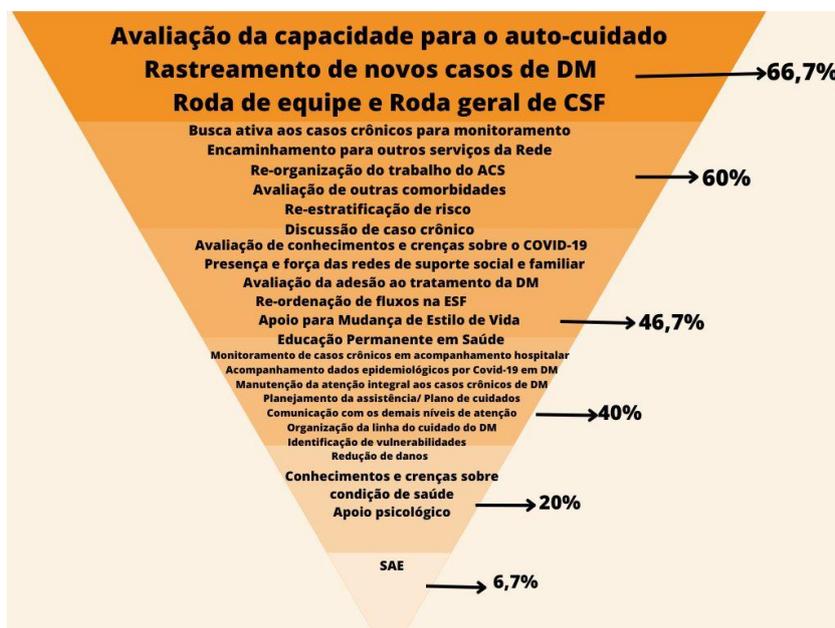
Franco (2006) defende que o processo de trabalho em saúde tem como uma das principais características o alto grau de autonomia que os trabalhadores exercem sobre o próprio trabalho e que estes operam a partir de certa singularidade, um modo específico de ser e atuar no mundo, assim, a singularidade revela a atuação dos sujeitos que conduzem os sistemas produtivos em determinados lugares na saúde. O autor reforça, ainda, que a gestão das redes que constituem a produção da saúde é feita pelos próprios protagonistas, o que lhes dá um caráter autogestionário.

A autogestão é possível no caso da saúde, justamente porque aqui o trabalho vivo em ato tem forte presença nos processos produtivos, operando sobre consideráveis graus de liberdade (FRANCO *apud* MERHY, 2002). O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias são, basicamente, de relações, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção (MERHY, 2005).

Merhy (2005) relata que o trabalho vivo em ato opera com as chamadas tecnologias leves (produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho), leve-duras (saberes bem estruturados como a clínica médica, a epidemiologia, o taylorismo, fayolismo) e duras (equipamentos tecnológicos e estruturas organizacionais).

Na realidade vivenciada pelos enfermeiros, destacaram-se as diversas ações no âmbito da gestão clínica do cuidar em práticas cotidianas, evidenciadas na Figura 5.

Figura 5 Ações desenvolvidas por enfermeiros classificadas como processo de autogestão nos cuidados aos casos crônicos de DM, Sobral - Ceará, 2023.



Em ordem decrescente pela quantidade de enfermeiros que apontaram essas condutas, a Figura 5 expõe as ações desenvolvidas e efetivadas na conjuntura pandêmica frente aos casos crônicos de DM, no âmbito de processos gestionários na ESF. As de maior número (66,7%) envolveram práticas estratégicas para a gestão de processos de trabalho em equipe na APS, exigiram comunicação eficiente e alto grau de tomada de decisões no processo saúde-doença.

Observa-se que a organização da linha de cuidados do DM foi pouco referida pelos enfermeiros, embora sabendo que estes são os que lhe conferem forma e execução, sem mesmo percebê-la no cotidiano e na gestão dos casos crônicos, sob a discussão de casos, elaboração de projeto terapêutico singular e familiar, encaminhamentos, monitoramento epidemiológico e afins.

De acordo com a Figura 5, a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) não foi possível para quase todos os enfermeiros no contexto pandêmico no cuidado aos casos crônicos de DM na APS.

Para melhor análise e visualização, a Figura 6 expressa a representação de uma nuvem de palavras a partir das ações dessa classificação categórica.

Para Giovanella *et al.* (2020), o apoio ao isolamento domiciliar de casos, o rastreamento de contatos, o incentivo à quarentena dos contatos e o acompanhamento cotidiano dos casos em cuidado domiciliar foram ações que puderam ser realizadas eficazmente pela APS, e citam o município desta pesquisa nesse artigo, relatando que em Sobral, os ACS, coordenados por enfermeiros, planejaram e realizaram visitas peridomiciliares para identificar precocemente sinais de gravidade e prover orientações para isolamento domiciliar e medidas preventivas para evitar a disseminação e as complicações. Com os estudos, as autoras compreenderam que a chave fundamental foi a UBS permanecer de portas abertas, com atendimento aos casos necessários, mas com restrições, resolvendo o possível a distância e reduzindo os atendimentos presenciais em tempos incertos que exigiram reinventar processos de trabalho orientados a cada contexto, estabelecer novos fluxos e fortalecer redes.

Em conformidade com os achados do presente estudo, Treccossi *et al.* (2020) relataram que o protagonismo dos enfermeiros gestores na organização de unidade de serviço na pandemia da COVID-19 se evidenciou a partir da prática de competências, como comunicação; tomada de decisões; liderança; administração e gerenciamento; atenção à saúde; educação permanente e que, diante do contexto em saúde pública, o exercício das competências do enfermeiro gestor, tanto em sua formação quanto ao longo de sua prática laboral, foi essencial para a reestruturação e a reorganização da dinâmica laboral, incorporando as recomendações oficiais de enfrentamento à COVID-19 na prática diária.

Embora não pareça que o conhecimento de epidemias anteriores de SARS tenha sido usado com eficiência para prevenir oportunamente a crise global de saúde provocada pela pandemia da COVID-19, alguns países fizeram um bom trabalho, adotando medidas específicas, além de bloqueio, teste, rastreamento e isolamento. Enfatizaram ações cuidadosamente pensadas, desenhadas e implementadas para evitar negligenciar ou deixar desassistidos grupos de maior risco com DM e outras DCNT, especialmente durante o bloqueio e os picos de transmissão comunitária, e experimentaram uma crise de saúde menos grave. Aproveitaram a experiência anterior com a mesma família do vírus para implementar medidas amplas e fazer ajustes sistêmicos para o tratamento do DM (BARONE *et al.*, 2021).

5.2 Capítulo 2 – Linha de cuidado utilizada por enfermeiros no cuidado aos casos crônicos de diabetes mellitus durante a pandemia da COVID-19

As linhas de cuidado são ferramentas de análise que permitem ajudar na busca de respostas a muitas perguntas, quando se está diante do tema relacionado ao trabalho em saúde e apresenta um jeito de reconhecer um serviço de saúde, perceber algumas alterações e características importantes sobre o fazer saúde e, assim, refletir sobre como é o trabalho no dia a dia dos serviços, o que lhe é próprio, quem trabalha e como o faz, para que, a quem e como serve (MERHY, 1997).

Para entender e descrever uma linha de cuidados utilizada pelos informantes deste estudo, partiu-se da análise dos relatos registrados pelos enfermeiros quanto ao questionamento sobre o que modificou na abordagem e/ou cuidado ao sujeito com DM, durante a pandemia, e encontraram-se informações diversificadas.

Observaram-se discursos sobre planejamento da assistência e plano de cuidados da equipe, principalmente para os sujeitos com difícil controle metabólico, por meio de visitas ao lar e busca ativa na comunidade, com apoio imprescindível dos Agentes Comunitários da Saúde e outros profissionais da rede multidisciplinar. Também, muita referência ao teleatendimento, imunização e orientações sobre o novo vírus transmissível. Importante destacar a implantação de ações, como estratificação de risco e monitoramento de casos crônicos, como forma de acompanhamento na APS citado pelos participantes. Obtiveram-se, também, relatos de que não houve mudanças, pois o foco era o atendimento para COVID-19, porém foi minoria. As falas estão destacadas a seguir:

Tele atendimento (Enfermeiro 5).

Planejamento da assistência, planos de cuidados, prioridade na vacina (Enfermeiro 2).

Acompanhamento e monitoramento dos diabéticos com COVID-19; Teleatendimento (Enfermeiro 11).

A pandemia dificultou o acompanhamento das condições crônicas, fazendo que muitos tivessem agudização da condição. Assim, tornou-se necessário estratificar os pacientes, de modo a ofertar maior atenção aqueles de risco mais elevado (Enfermeiro 3).

Evitar mais o contato, por ser doença transmissível/ maior teleconsultas/ maiores orientações já que são grupos de mais riscos/ reforçar a importância da vacinação (Enfermeiro 12).

Nas diversidades das respostas percebidas, Merhy (1997) alerta de que, na micropolítica do processo de trabalho, não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre “atravessado” por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar e oferece, como exemplo a criatividade permanente do trabalhador em ação, em uma dimensão pública e coletiva, podendo ser “explorada” para inventar novos processos de trabalho e novas direções.

No setor saúde, mesmo que o “trabalho vivo” seja “capturado” pelas tecnologias mais estruturadas (duras e leve-duras), no encontro entre o profissional da saúde (produtor) e o sujeito que necessita atender suas demandas (consumidor), dá-se o "espaço intercessor" com possibilidades de mudanças, de atos criativos. É extremamente difícil capturar o trabalho vivo em ato na saúde, este espaço é sempre conflituoso, existindo e exigindo diversas possibilidades de desdobramentos (MATTA; MEHRY, 2003; MEHRY, 1997). A produção e o consumo dos atos de saúde, portadora de forças "instituintes", influenciam e determinam condições especiais nas relações entre os envolvidos.

Matta e Mehry (2003) explicam que o "agente produtor" porta conhecimentos, equipamentos, tecnologias, enquanto o "agente consumidor" expressa também conhecimentos e representações e que estes agentes são ambos portadores de necessidades que, por sua vez, são definidas em processos sociais e históricos.

Quando se pediu aos participantes para discorrer sobre as experiências no cuidado (linha de cuidado e ações desenvolvidas) aos casos crônicos de DM (alto risco, muito alto risco e de gestão de caso) durante a pandemia, observaram-se discursos de um período extremamente desafiador para os profissionais do estudo, em maioria, em que se deparava com agudização da condição crônica de base, positividade nos testes para o novo vírus em questão, internações hospitalares em grande escala, intercorrências, óbitos, inovações como o teleatendimento e atendimento virtual e implantações de estratégias novas a cada dia para monitoramento e acompanhamento de todos do território, sem deixar os outros públicos assistenciais desassistidos.

O convívio diário com o novo, mudanças de fluxos e equipe reduzida foram características constantes nas linhas de cuidados dos processos de trabalho na APS, tendo como ponto forte a comunicação, o aporte tecnológico do monitoramento em tempo real de planilhas e boletins epidemiológicos e, sobretudo, o fortalecimento do trabalho em rede encontrados nos relatos analisados, mas que, às vezes, não deixava de ter fragilidades.

Muitos pacientes agudizaram a condição, principalmente no início da pandemia, quando o foco ficou totalmente no cuidado à Covid. Isso fez que atenção se voltasse novamente aos crônicos, sendo usado apoio dos ACS da identificação dos pacientes

com maior risco. Esses foram visitados por tec. enfermagem para realizar controle glicêmico e avaliados pela equipe com maior periodicidade (Enfermeiro 3).

Foi uma experiência muito desafiadora, pois o contato não presencial deixou os pacientes mais vulneráveis. Entretanto, com as ações que desenvolvemos juntos com os ACS onde reforçamos as visitas e as consultas por tele consulta (Enfermeiro 6).

Busca ativa de paciente com síndrome gripais para realização de testagem de COVID-19. Monitoramento de casos e reavaliação; orientações sobre isolamento social, uso de máscara e de álcool gel; avaliação clínica relacionado aos sinais vitais; avaliação de lesões de pele e pé diabético; solicitação de hemoglobina glicada (Enfermeiro 4).

Os pacientes diabéticos testados positivos e os sintomáticos respiratórios eram adicionados em uma planilha de monitoramento, em que se mantinha contato via telefone diariamente e acompanhavam-se os sintomas e toda a evolução, caso apresentasse algum sinal de gravidade, fazia-se visita domiciliar ou orientava ir para o atendimento presencial no CSF e, se necessário, encaminhava-se para UPA ou HRN. Tinha-se também acolhimento e triagem diariamente no CSF, onde todos os com sintomas de gripe ou descompensação da diabetes era atendido pelo técnico de enfermagem, depois enfermeiro e, se necessário, encaminhava para o médico (Enfermeiro 11).

Bem difícil. São pacientes, em sua maioria, bem idosos, que durante a pandemia evitaram, com toda razão e aconselhados pelos filhos, obedecendo aos protocolos sanitários, qualquer ida à unidade de saúde, a não ser com sintomas gripais para procurar realizar o teste e/ou para as vacinas, sendo esta última, com um número bem reduzido se comparado com a procura de testes (Enfermeiro 15).

Fizemos buscas ativas dos pacientes descompensados através dos ACS, visitas de enfermagem e médico, consultas por telefone. Foi muito difícil. Tivemos óbitos de pacientes com diabetes. Amputação. Muitos internamentos hospitalares. Intensificação da vacinação contra Covid, mas também resistência (Enfermeiro 14).

Na verdade esse cuidado na pandemia ficou em segundo plano. Porque os acompanhamentos e busca ativa do cuidado ao paciente se resumia ... (Enfermeiro 1).

Segundo Horta (1979), quando em estado de equilíbrio dinâmico, as necessidades não se manifestam, porém estão latentes e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado, assim condições ou situações em que o sujeito, a família ou a comunidade apresentem decorrentes desequilíbrios, exigem da enfermagem cuidados qualificado e sistematizado, estando ciente que as necessidades são comuns a todos, mas as suas manifestações e a maneira de satisfazê-las ou atendê-las variam a partir de cada singularidade.

A consulta de enfermagem compreende muitas ações que contribuem para o atendimento às necessidades de saúde do sujeito, bem como da família e, a depender do contexto da sua comunidade, requer raciocínio e julgamento clínico por parte do enfermeiro para construir juntos o cuidado que considere as escolhas no contexto de vida no processo saúde-doença frente à DM (SOUZA, 2022).

A consulta de enfermagem é uma estratégia tecnológica do cuidado, legalmente privativa do enfermeiro e pode ser definida como assistência prestada pelo enfermeiro, com objetivo de identificar problemas, desenvolver e implementar estratégias de cuidado, a partir de intervenções e orientações que visem caráter holístico, portanto, o cuidado prestado deve ser executado de maneira integral, buscar atender às necessidades e oportunizar o desenvolvimento do autocuidado e do potencial deste (DANTAS *apud* SOUZA, 2022).

A Lei do Exercício Profissional nº 7.498/1986 regulamenta a profissão da enfermagem e orienta que suas atribuições podem ser desenvolvidas em muitos cenários de atuação, como comunidades, domicílios, indústrias, unidades de saúde pública, escolas, creches, ambulatórios, hospitais dentre outros (BRASIL, 1986).

Outro questionamento realizado aos participantes deste estudo focou na descrição dos motivos de encaminhamentos efetuados dos casos crônicos de DM, para que ponto da rede de atenção, durante a pandemia, no município de Sobral. As respostas foram bem semelhantes aos motivos de descompensação endocrinológica da DM e/ou das morbidades associadas e complicações da COVID-19. Os encaminhamentos destinavam-se aos serviços de atenção especializada, como a Policlínica, o serviço de pronto-atendimento da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e os hospitais referenciados disponíveis, a depender do quadro clínico do sujeito: Hospital de campanha Dr. Francisco Alves e Hospital Regional Norte. O município ainda contava com o Hospital Dr. Estevam, Hospital Unimed da rede particular e o hospital filantrópico Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

Destacam-se alguns relatos a seguir:

Alguns pacientes apresentaram complicações vasculares, sendo necessária avaliação a nível hospitalar (HRN) ou ambulatorial (do pé diabético) (Enfermeiro 3).

Saturação baixa, glicemia muito alta, Covid-19 positivo com complicações. Dependendo da gravidade, encaminhava para UPA, Hospital Dr. Alves ou Hospital Regional (Enfermeiro 11).

Sintomas gripais, com ou sem teste rápido positivo, com sinais/sintomas de alerta, associada ou não à descompensação do quadro crônico (Enfermeiro 15).

Dispneia, diabetes descompensada e eram encaminhados para hospital regional (Enfermeiro 13).

UPA: síndrome gripal com sinais de gravidade; HRN: casos graves de covid-19; endocrinologista; cardiologista; nutrição (Enfermeiro 4).

Só em casos de covid com complicação, os casos mais simples eram conduzidos pelo CSF (Enfermeiro 8).

Segundo Campos *apud* Matta e Mehry (2003), é necessário construir caminhos para sair das polaridades representadas de um lado, pela especialização excessiva, geradora de

verticalidade na organização dos processos de trabalho em saúde com profundo desentrosamento das equipes; de outro, por uma completa horizontalização, igualando-se artificialmente todos os profissionais, sem se ater às especificidades de cada profissão, convém que se combinem graus de polivalência com certo nível necessário e inevitável de especialização.

Franco (2006) descreve em reflexões sobre as redes nos serviços de saúde que foi buscar no texto que Deleuze e Guattari escreveram como introdução ao livro *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, v. 1 (1996), que tem o título de Rizoma, subsídios para pensar a questão e discute acerca da metáfora que os autores se utilizam dessa figura da botânica para se referir a sistemas abertos de conexão que transitam no meio social, através de agenciamentos diversos, ou seja, produzindo novas formações relacionais sobre as quais se vai construindo o *socius*, o meio social onde cada um está inserido. E, nessa perspectiva, a produção da vida se dá sem que haja um eixo estruturado sobre o qual se organiza, ela se produz a partir de múltiplas conexões e fluxos construídos em processos que criam linhas de contato entre agentes sociais que são a fonte de produção da realidade.

O mesmo autor discorre o caráter rizomático das redes que se constituem no interior dos serviços de saúde, em especial na micropolítica dos processos de trabalho, com a ideia de uma rede não modelar e que não serializa as práticas em saúde, tratando cada caso como um novo cuidado a ser produzido, respeitando singularidades e fazendo a todo o momento novos fluxos de competência e procura significar a rede que opera com base no trabalho vivo em ato e as múltiplas conexões possíveis a partir do ambiente de produção (FRANCO, 2006).

Nos serviços de saúde, há uma multiplicidade de redes operando em conexões entre si, em diversas direções e sentidos, construindo linhas de produção do cuidado. Desta forma, percebe-se que a cartografia do trabalho vivo é composta por muitas linhas em conexão, que se abrem em múltiplas direções, o que dá essa extraordinária característica, caótica, revolucionária, potencialmente instituinte (FRANCO, 2003). “Um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo” (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 21). Os trabalhadores da saúde em atividade, por meio do trabalho vivo em ato, fazem rizoma, operando com base em fortes conexões entre si, em que a ação de alguns complementa a ação de outros e vice-versa, em um dinâmico e rico cruzamento de saberes e fazeres, tecnologias, subjetividades, e, a partir desta configuração do trabalho, como um amálgama, que os atos de saúde se tornam produtivos e realizam o cuidado (FRANCO, 2006).

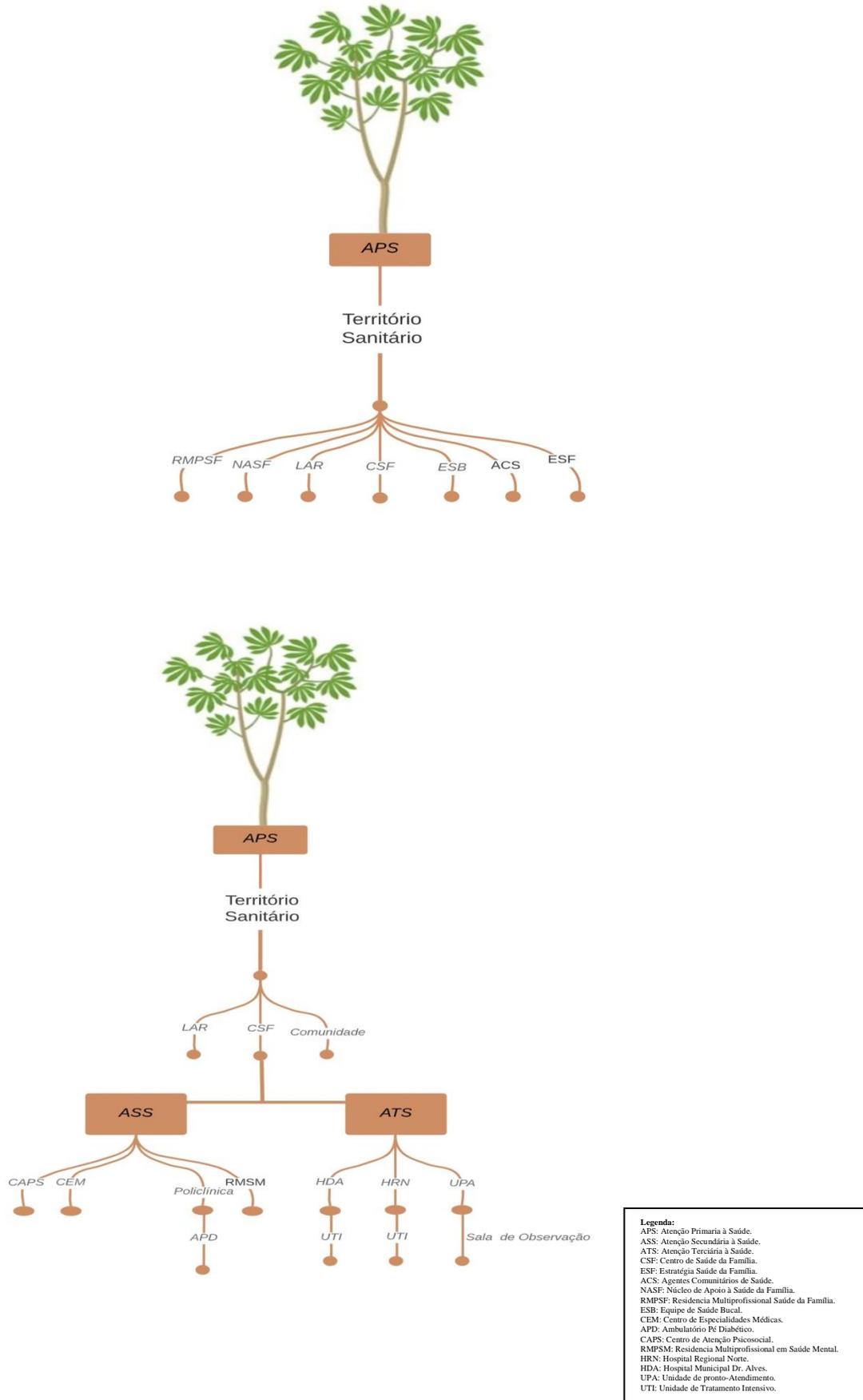
O trabalho em saúde é carregado de subjetividade, sendo em sua essência relacional, agregando tecnologias durante o processo saúde-doença-cuidado, exigindo dos trabalhadores

formação de qualidade, educação permanente e competências específicas para atender às demandas do mercado de trabalho sanitário (MACHADO; XIMENES NETO, 2018).

Franco (2006) inspira a observar o funcionamento das redes de cuidado do SUS e verificar que as diversas unidades, seja a equipe de saúde da família, unidades básicas, serviços de especialidades, rede hospitalar e, mesmo o atendimento pré-hospitalar, trabalham comunicando-se mutuamente, em um processo que de longe pode se verificar que é um funcionamento em rede. O autor desperta a atenção, referindo que o mesmo acontece em uma unidade de saúde, em que as diversas microunidades de produção têm, por sua vez, uma inter-relação, quando produzem procedimentos que são consumidos pelos diversos usuários que transitam naquele estabelecimento, buscando resolutividade para seu problema. E, em outro nível, o das equipes e/ou trabalhadores de saúde, quando em atividade processam também uma rede entre si, que tem grande intensidade na busca da produção do cuidado.

Inspirados nessas reflexões, buscou-se representar um rizoma de micropolíticas na rede assistencial aos casos crônicos de DM, durante a pandemia da COVID-19, no cenário do município de Sobral, a partir das análises dos relatos descritos pelos enfermeiros da APS participantes do estudo (Figura 7).

Figura 7 Representação Rizomática de Micropolíticas na Rede Assistencial aos Casos Crônicos de DM, durante a pandemia da COVID-19, Sobral- Ceará, 2023.



A Figura 7 mostra a diversidade de itinerários terapêuticos disponibilizados no município, sob a forma de linhas e caminhos, desde a porta preferencial da APS e, perpassando por toda a rede de serviços secundários/especializados e rede de atenção hospitalar.

Na APS, tem-se a coordenação do cuidado e ordenação da RAS, a partir dos CSF que comportam todas as equipes da ESF, em que abriga também estratégias de atenção à saúde, como NASF, ESB e RMPSF com toda a interdisciplinaridade que agregam e determinam serviços de alta resolubilidade e competência.

Na Atenção Secundária à Saúde (ASS), encontram-se serviços especializados do Centro de Especialidades Médicas (CEM), com ambulatórios de consultas e exames, da Policlínica Bernardo Félix que oferece o Ambulatório do Pé diabético e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS,) com toda a gama de serviços que envolvem a atenção à saúde mental e psicossocial, em que se destacou o teleatendimento diário e o apoio aos profissionais da linha de frente.

Quanto ao campo de atenção aos cuidados mais intensivos em tempos de pandemia da COVID-19, exigindo altos índices de internação hospitalar, observa-se uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), com atendimento 24 horas e salas de estabilização e observação, hospitais de grande porte como Hospital Regional Norte e Hospital Dr. Francisco Alves com seus leitos de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) e enfermarias exclusivas para COVID-19. Ressaltando que o município também dispõe da Santa Casa de Misericórdia (hospital filantrópico) e do Hospital da Unimed (rede particular) que também acompanharam e ofereceram serviços aos acometidos pelo vírus em questão, mas não foram citados pelos participantes do estudo.

A rede rizomática na Figura 7 correlaciona com os dizeres de Franco (2006), o trabalho vivo, como dispositivo de formação de fluxos-conectivos, faz uma cartografia no interior dos processos de trabalho, como o desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade. O trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço da saúde, mas, ao mesmo tempo, sua capacidade rizomática, de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado, quando se trata do caso da saúde.

Mediante as análises dos relatos dos participantes e das fontes bibliográficas, ciente que cada achado é parte de um todo integrante do fazer profissional que corrobora para o ser profissional em qualquer cenário enfrentado, desenha-se a linha de cuidado utilizada pelos enfermeiros no cuidado aos casos crônicos de diabetes mellitus durante a pandemia da COVID-19, norteados pelo fluxograma analisador de Mehry.

A consolidação deste produto resulta em fluxos de atenção e referências federais, estaduais e municipais bem definidas, certificando para transparência de uma linha de cuidado, bem como o estabelecimento de um processo de trabalho preciso, capaz de nortear com segurança a atenção aos usuários do SUS.

Diante da pandemia, a Secretaria Municipal da Saúde criou a Central de Monitoramento dos casos suspeitos e confirmados da COVID-19 (CM-COVID-19), composta por uma equipe multiprofissional que, a partir de ligações e mensagens de texto por dispositivo móvel, fazia também o atendimento remoto dos casos suspeitos e confirmados da COVID-19. A CM-COVID-19 realizava o acompanhamento diário das notificações, de acordo com o que recebia por e-mail dos serviços de saúde e das ligações e mensagens da comunidade (SOBRAL, 2022).

Os casos eram devidamente classificados na planilha de acompanhamento municipal em: confirmados, suspeitos, descartados, retirados ou fora dos critérios, sempre destacando e sinalizando por cor os grupos de risco de maior vulnerabilidade para a doença, o qual o DM fazia parte. Além do monitoramento, esse serviço agendava os testes dos casos suspeitos, de acordo com os critérios de avaliação clínica definidas pelo município e considerando o estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde (SOBRAL, 2020).

A central de monitoramento acompanhava a evolução clínica dos usuários notificados nos Centros de Saúde da Família, Unidade de Pronto Atendimento e Emergências Hospitalares e, em parceria com APS, mantinha contato diariamente com os casos suspeitos e positivos, com intuito de orientar sinais de alerta, conscientizar a população acerca da condição clínica, tratamento e quanto ao isolamento domiciliar, sempre que surgia uma situação crítica, a equipe da unidade de referência era acionada para intervir (SOBRAL, 2020).

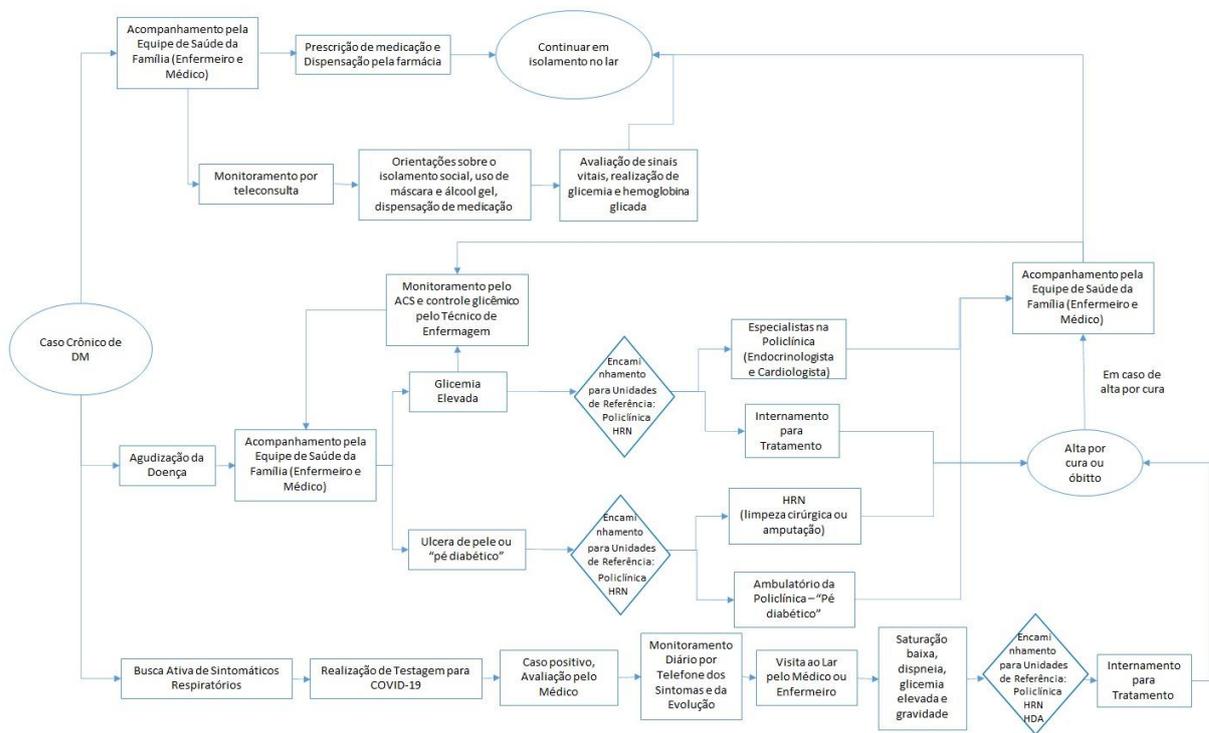
O município de Sobral seguiu as orientações do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, em que considera a COVID-19 uma doença de notificação compulsória (BRASIL, 2020). Neste sentido, o município utilizou a ficha de notificação disponibilizada pelo Ministério da Saúde. O processo de notificação aconteceu por meio dos profissionais da saúde que atendem a sujeitos nos diferentes serviços de saúde, por contato

dos próprios usuários pelo Plantão Epidemiológico 24 horas, ofertado pela Secretaria da Saúde de Sobral ou por *link* disponibilizado no *google forms*, onde o próprio paciente pode fazer o preenchimento (SOBRAL, 2020).

Se o sujeito tivesse acima ou igual a 60 anos e se fosse de outra faixa etária, mas com as seguintes comorbidades: DM; HAS; Miocardiopatia; Doença pulmonar crônica; Neoplasia malignas; Gestantes alto risco; Puérperas e Profissionais da saúde sintomáticas que estejam trabalhando ativamente, dever-se-ia notificar casos como SG (Síndrome Gripal) e todos os casos hospitalizados ou óbitos como SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave) no e-SUS Vigilância Epidemiológica (SOBRAL, 2022).

Portanto, após o exposto, explora-se o desenho da linha de cuidados utilizada pelos enfermeiros no cuidado aos casos crônicos de diabetes mellitus, durante a pandemia da COVID-19, inspirados pelas orientações do fluxograma analisador de Mehry, para nortear a compreensão de todas as etapas (Figura 8).

Figura 8 Fluxograma analisador da linha de cuidado aos casos crônicos de DM, Sobral – Ceará, 2023.



Ciente que a figura geométrica da elipse representa a entrada e a saída do sujeito no processo, vê-se entre as elipses do fluxograma da Figura 8 amplo movimento da cadeia produtiva que revela o cuidado aplicado na APS, em tempos de pandemia da COVID-19, aos casos crônicos de DM. Observa-se que o sujeito entra no processo por três possibilidades, podendo ser por acompanhamento das DCNT pela ESF ou por agudização da DM e/ou COVID-19, ou ainda por busca ativa de sintomáticos respiratórios na comunidade.

O seguimento no acompanhamento da condição crônica da DM ocorre por meio da prescrição dos medicamentos de uso contínuo com dispensação pela farmácia do CSF, caso sem intercorrências orientado a continuar em isolamento no lar, e monitoramento por teleconsulta, em que se realiza orientações sobre a DM e a COVID-19, além das medidas de segurança como isolamento social, uso de máscaras e álcool gel com dispensação das medicações e incentivo à avaliação dos sinais vitais, realização de glicemia e de hemoglobina glicada.

Quanto aos sujeitos com DM de alto e muito alto risco, apresentando agudização da condição clínica, este é acompanhado pelo médico e enfermeiro da ESF, com apoio do monitoramento pelo ACS e controle glicêmico pelo técnico de enfermagem, caso apresente glicemia elevada, úlcera de pele ou pé diabético, complicações de outras comorbidades ou de condições sociais, como autocuidado, suporte familiar e vulnerabilidades, em que encaminha-

se para as unidades de referência em atenção secundária ou terciária disponível no município: Hospital Regional Norte, Policlínica Bernardo Félix da Silva, Hospital Dr. Francisco Alves, que, por sua vez, prestava assistência e, mediante a avaliação clínica, e comunicava-se com a APS para os devidos encaminhamentos, a depender da condição, podendo ser para internamento hospitalar ou acompanhamento ambulatorial com especialista na cardiologia, endocrinologia ou tratamento de úlceras neuropáticas devido DM (Ambulatório Pé Diabético).

A assistência aos casos crônicos de DM sintomáticos respiratórios mostra-se em etapas de trabalhos da cadeia produtiva, nas quais se realizam testagem para a COVID-19 como prioridade, sendo positivo, o sujeito é adicionado na planilha de monitoramento, em que segue um fluxo de acompanhamento diário dos sintomas e da evolução, por meio de contato telefônico, boletins hospitalares e epidemiológicos. Conforme necessidade, realizava-se visita ao lar pelo médico e enfermeiro da ESF e devidos encaminhamentos para a rede de apoio multiprofissional ou rede de atenção hospitalar de atendimento a COVID-19, Hospital Regional Norte, Hospital Dr. Francisco Alves, Unidade de Pronto Atendimento.

Em todas as situações, o sujeito sempre volta ao acompanhamento com a APS, em caso de cura e alta, formando um ciclo de gestão clínica do cuidado.

A atuação do enfermeiro da equipe da ESF versa sobre uma gama de ações que levam ao protagonismo do profissional no período pandêmico, em atenção aos casos crônicos de DM, na linha de cuidados, enquanto articulador das etapas, do cuidado e dos processos decisórios que podem envolver: classificação de risco, avaliação da condição crônica e morbidades, comunicação com os demais níveis de atenção, educação permanente, discussão de casos, reunião de equipe, reordenação de fluxos na ESF, reorganização do trabalho do ACS, re-estratificação, alinhamento da linha de cuidados, dentre outras.

Não se pode omitir que o eixo condutor do fluxo representado é o sujeito, geralmente sistematizado a partir da ideia de linha de cuidado, que pode ser quanto a um tipo de agravo, cujo controle exige ações programáticas ou em relação a grupos específicos que demandam ações programáticas específicas (FRANCO *et al.*, 2006).

Reis e David (2010) reforçam que a ferramenta proposta por Merhy, chamada de fluxograma analisador, baseia-se na concepção de cartografia, que se refere à produção de sentidos, na medida em que outros e novos sentidos se produzem e que implica olhar sobre processos dinâmicos do cotidiano, tornando-os ferramenta para reflexão da equipe.

Nos estudos de Barboza e Fracolli (2005) sobre a utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde na APS, os resultados encontrados

mostraram que este tipo de fluxograma é um instrumento capaz de captar a estrutura do processo de trabalho desenvolvido, evidenciando as lógicas destes, bem como os saberes e as práticas predominantes e, o mais importante, sendo capaz de propiciar aos profissionais de saúde a visualização de como o processo de trabalho se conforma e busquem formas de remodelá-lo.

Embora a ESF constitua uma iniciativa de mudança no fazer da saúde, algumas críticas têm sido elaboradas sobre a real capacidade de fornecer atenção integral, oportuna, contínua, de qualidade e com humanização do atendimento. Assim, para remodelar a assistência à saúde dentro da estratégia, devem-se modificar os processos de trabalho em curso, entende-se que a ESF por si só não significa que o modelo assistencial esteja modificado, isso vai depender da forma de se conseguir reciclar a maneira de se produzir o cuidado em saúde (BARBOZA; FRACOLLI, 2005).

A acomodação da Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Serviços de Saúde não se dará sem tensões, no decorrer do tempo, tanto pelos desafios que a convivência dela nos serviços de saúde impõe, como pelos momentos de expansão e contração que pode requerer. Frente à imensa crise sanitária, não há de surpreender que as redes e serviços de saúde que as compõem vivenciem ainda, em inúmeros momentos, a necessidade de reorganização e inovação para dar conta das necessidades de saúde da população e, entre elas, as novas necessidades colocadas por sequelas da própria COVID-19. O fortalecimento do SUS dever ser o norte (PORTELA *et al.*, 2020).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Tudo que já foi, é o começo do que vai vir, toda a hora a gente está num cômputo”.

Guimarães Rosa

Neste estudo, procedeu-se à relação entre a situação pandêmica vigente na APS e o cuidado de enfermagem aos casos crônicos com DM no município de Sobral, e encontraram-se pontos essenciais na transversalidade da atenção às necessidades de saúde dos sujeitos com doenças crônicas, como a DM e coletividade.

Evidenciou-se a articulação e a implementação de processos que aumentam a capacidade clínica da enfermagem nas equipes da ESF, na atenção aos casos crônicos de DM, que fortalecem as práticas da enfermagem na APS dentro do sistema de saúde, que contribuem para formulação de políticas de gestão do cuidado às condições crônicas e reflexão acerca do exercício profissional da enfermagem durante a crise pandêmica, imbuídos pelo poder transformador do conhecimento proveniente da pesquisa *in loco* e da necessidade incansável de sempre evoluir a partir da análise da realidade vivenciada.

Este estudo compõe elementos que corroboram as evidências do protagonismo do trabalho da enfermagem como linha de frente no combate à explosão de uma doença pandêmica que exigiu ações emergencialmente imediatas e contínuas, principalmente na APS, aos sujeitos com vulnerabilidades clínicas e sociais, como a DM.

Como protagonista da própria história e na contramão da situação do território nacional, a Enfermagem avançou no enfrentamento da pandemia da COVID-19, destacando-se na atuação, na rápida reorganização e articulação com a rede, estruturada em forte poder de comunicação, e como gestora da linha de cuidados aos sujeitos com gravidade da situação de DM.

Reconheceu-se, nessas linhas, a consolidação de um produto resultante de fluxos de atenção e referências bem definidas, certificando para transparência de uma linha de cuidado, bem como o estabelecimento de um processo de trabalho em rede, capaz de nortear com segurança a atenção aos sujeitos com DM usuários do SUS, mediante uma pandemia avassaladora por conta da COVID-19.

A evolução nos serviços públicos em saúde na APS apresentada leva a desvelar o serviço protagonista do profissional enfermeiro, fortalecido na vigilância, assistência, controle, comunicação e gestão clínica do cuidado. A mudança de rota, a visão progressista, a quebra de paradigmas da invisibilidade, o antagonismo mundial e a cientificidade foram

forças que atraíram os olhares aos atores da enfermagem no novo cenário histórico pandêmico.

Daqui para frente, não se conseguirá prosseguir sem reportar aos ensinamentos da pandemia, baseados em raízes culturais e científicas de processos, análises, observações e práxis transformadoras da realidade própria, do outro e do ambiente/cenário de atuação de enfermeiros. A partir disso, a Enfermagem não poderá retroceder.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Renata de Sousa (Org). **Guia de Normalização para Qualificação e Defesa do Trabalho de Conclusão do Mestrado** – TCM. Sobral, 2021. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/Guia%20TCM%20MPSF%20ApA%CC%83%C2%B3s%20Aline.pdf. Acesso em: 22/08/2021.
- ANDRIKOPOULOS, S; JOHNSON, G. A resposta australiana à pandemia COVID-19 e diabetes - Lições aprendidas. **Diabetes Res Clin Pract.** 2020; 165: 108246. doi: 10.1016 / j.diabres.2020.108246.
- ANGELINI C. Consideraciones sobre los cuidados en enfermedades crónicas desde la determinación social de la salud. **J Manag Prim Health Care.** 2022;14:e001. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v14.1180>.
- ARIAS, J. M. V. **Ações de enfermagem em doenças crônicas em pessoas com diagnóstico de Covid-19: estudo retrospectivo** . Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2022.
- BARBOSA, L .G.; DAMASCENO, R. F; SILVEIRA, D. M. M. L.; COSTA, S. M.; LEITE, M.T.S. Recursos Humanos e Estratégia Saúde da Família no norte de Minas Gerais: avanços e desafios. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 3, p. 287-294, set. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2019000300287&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 9 mar. 2023. Epub 03-Out-2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201900030084>.
- BARBOZA, Tatiane Aparecida Venâncio; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. A utilização do "fluxograma analisador" para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública.** 2005 Aug [cited 2020 Jan 20]; 21(4):1036-1044. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400006>. Acesso em: 20 janeiro 2022.
- BAREMBIITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.
- BARONE, M. T. U.; NGONGO, B.; HARNIK, S. B.; OLIVEIRA, L. X.; VÉGH, D.; DE LUCA, P. V.; PEDROSA, H. C.; GIRAUDO, F.; CARDONA-HERNANDEZ, R.; CHAUDHURY, N.; MENNA-BARRETO, L. COVID-19 associated with diabetes and other noncommunicable diseases led to a global health crisis. **Diabetes Res Clin Pract.** 2021 Jan;171:108587. doi: 10.1016/j.diabres.2020.108587. Epub 2020 Dec 9. PMID: 33307134; PMCID: PMC7724978.
- BARRA, R. P.; DE MORAES, E. N.; JARDIM, A. A.; DE OLIVEIRA, K. K.; BONATI, P. C. de R.; ISSA, A. C.; MACHADO, C. J. A importância da gestão correta da condição crônica na Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 em Uberlândia, Minas Gerais. **APS em Revista**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 38–43, 2020. DOI: 10.14295/aps.v2i1.64. Disponível em: <https://aps.emnuvens.com.br/aps/article/view/64>. Acesso em: 14 mar. 2023.

BASTOS, M. C. P. **Metodologia Científica**: projeto de pesquisa. Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S.A, 2016.

BASU, S. Non-communicable disease management in vulnerable patients during Covid-19. **Indian Journal of Medical Ethics**. Vol V. N 2. April-June 2020. DOI:10.20529/IJME.2020.041.

BERAN, D; AEBISCHER, P. S.; CASTELLSAGUE, P. M.; CHAPPUIS, F.; CHOPARD, P.; HALLER, D. M.; JACQUERIOZ, B. F.; MAISONNEUVE, H.; PERONE, N.; GASTALDI, G. Beyond the virus: Ensuring continuity of care for people with diabetes during COVID-19. **Prim Care Diabetes**. 2021 Feb;15(1):16-17. doi: 10.1016/j.pcd.2020.05.014. Epub 2020 May 30. PMID: 32535088; PMCID: PMC7260491. Acesso em 20/05/2021.

BITENCOURT, J. V. O. V.; MESCHIAL, W. C.; FRIZON, G.; BIFFI, P.; SOUZA, J. B.; MAESTRI, E. Protagonismo do enfermeiro na estruturação e gestão de uma unidade específica para COVID-19. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. 2020. Acesso 02/10/2021; 29:e20200213. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0213>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Prêmio Sérgio Arouca**: experiências exitosas em gestão participativa no SUS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta n° 02 de 05 de março de 2002**. Disponibiliza, no âmbito da atenção básica, instrumento de cadastro e acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, SisHiperdia, para utilização pelos municípios.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria N° 2.979, de 12 de Novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n° 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 235, de 20 de Fevereiro de 2001**. Estabelece as diretrizes para a reorganização da atenção aos segmentos populacionais expostos e portadores de hipertensão arterial e de diabetes *mellitus*.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes *mellitus*. n 36. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Atenção a Pessoas com Doenças Crônicas na APS Diante da Situação de Pandemia de Covid-19**. Brasília-DF, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 95, de 26 de Janeiro de 2001**. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS** de 24 de fevereiro de 2021. Assunto: Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Conheça o Brasil – População: cor ou raça**. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html>. Acesso em: 9 mar. 2023.

BRASIL. **Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

CARDOSO, Rafaela Silva *et al.* Ações extensionistas no enfrentamento da COVID-19 em diabéticos: relato de experiência. Extensionite actions in confront COVID-19 in diabetics: experience report. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 3, p. 18435-18447, 2022.

CENTER FOR SYSTEMS SCIENCE AND ENGINEERING (CSSE). **Johns Hopkins University** (JHU). Acesso em: 28 de maio de 2021. Disponível em: <https://www.arcgis.com/apps/dashboards/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>.

CRESWELL, J.W.; CLARCK, V.L. **Pesquisa de métodos mistos**. 2 ed. Porto Alegre (RS): Penso, 2013.

DICIO. Dicionário Online de português. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/protagonista/>. Acesso em: 13/06/2021.

FERMO, V. C.; ALVES, T. F.; BOLL, J. E. W.; TOURINHO, F. S. V. A consulta de enfermagem no enfrentamento da COVID-19: vivências na atenção primária à saúde. **Rev. Eletr. Enferm.** [Internet]. 2021 [acesso em: 01 de junho de 2021; 23:65893]. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v23.65893>.

FERREIRA, S. R. S.; MAI, S.; PÉRICO L, A. D.; MICHELETTI, V. C. D. O Processo de trabalho da enfermeira, na atenção primária, frente à pandemia da covid-19. In: Teodósio SSS, Leandro SS (Orgs.). **Enfermagem na atenção básica no contexto da COVID-19**.

2.ed.rev. Brasília, DF : Editora ABEn, 2020. p. 18-25. (Série Enfermagem e Pandemias, 3). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e03.c03>.

FLOR, S. M. C.; XIMENES NETO, F. R.; SERAFIM, T. F.; AGUIAR, D.T.; MACHADO, M. H. Descrição dos casos de óbitos por covid-19 de Sobral –Ceará. *In*. Semana Nacional de Ciência e Tecnologia 2020. XV Encontro de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Estadual Vale do Acaraú – 2020. **Anais**[...] Sobral, dezembro de 2020.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T. de; MACHADO, P. M. de O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde Debate**, v. 40, n. 110, p. 64-80, Rio de Janeiro, Jul-Set 2016. Acesso em 14/04/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611005>.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz-MG. *In*: MERHY, E. E et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC; 2006. Cap. 6. p. 161-198.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. *In* PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Gestão Em Redes**, LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais. *In*: Merhy EE, organizador. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2006.

FRANCO, C. M; FRANCO, T. B. Linhas do Cuidado Integral: Uma Proposta de Organização da Rede de Saúde. 2003. Universidade Federal Fluminense (UFF).

FREIRE, N. P.; CASTRO, D. A.; FAGUNDES, M. C.; XIMENES NETO, F. R.; CUNHA, I. C.; SILVA, M. C. Notícias sobre a Enfermagem Brasileira na pandemia da COVID-19. **Acta Paul Enferm**. 2021; 34: eAPE02273. DOI <http://dx.doi.org/10.37689/actape/2021AO02273>. Acesso em: 16/07/2021. Disponível em: https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-34-eAPE02273/1982-0194-ape-34-eAPE02273.pdf.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)/CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEn). **Perfil da Enfermagem no Brasil: Questionário**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIOVANELLA, Ligia *et al*. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate** [online]. 2020, v. 44, n. spe4. Acessado 2 Setembro 2021 , pp. 161-176. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>. Epub 23 Ago 2021. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>.

GONÇALVES, E. D; SANTOS, H. J. G; BARBOSA, J. S. P. Assistência de enfermagem no manejo do diabetes mellitus na atenção primária em saúde. **Rev Revolua**. 2022 Out-Dez; 1(2): 96-106.

GOOGLE. *Google Forms*: Crie lindos formulários - colete e organize informações em pequena ou grande quantidade com o Formulários *Google*. Disponível em: <https://www.google.com/intl/pt-BR/forms/about/>. Acesso em: 29 jun 2021.

GUO, W.L. I. M.; DONG, Y., *et al.* O diabetes é um fator de risco para a progressão e prognóstico da COVID - 19. **Diabetes Metab Res Rev.** 2020; e3319. Acesso em 20/05/2021.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU; 1979.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/sobral.html>. Acesso em 14 de julho de 2021.

KIRAN, T.; MOONEN, G.; BHATTACHARYYA, O. K.; AGARWAL, P.; BAJAJ, H. S., KIM, J.; IVERS, N. Gerenciando diabetes tipo 2 em cuidados primários durante COVID-19. **Can Fam Physician.** Outubro de 2020; 66 (10): 745-747. PMID: 33077454; PMCID: PMC7571649. Acesso em 20/05/2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7571649/>.

KWARTLER, T. **Text Mining in Practice with R**. Oxford, USA: Wiley, 2017.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.19 n.3, p.651-658, Mai 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692011000300026&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 30 jun 2021.

LIMA, Juliana Gagno; GIOVANELLA, Ligia; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; BOUSQUAT, Aylene; SILVA, Edcarlos Vasconcelos da. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, V. 42, Número especial 1, p. 52-66, Setembro 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/52-66/#>. Acesso em: 14/06/2021.

MACHADO, M.H. [Coordenadora]. **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil: Relatório Final**. Rio de Janeiro: Nerhus-Daps-Ensp/Fiocruz; 2017. Disponível em: www.ensp.fiocruz.br/observahr/. Acesso em 6 mar 2023.

MACHADO, M. H; XIMENES NETO; F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva** [periódico na Internet]. 2018 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601971&lng=pt. [acessado 2021 Abr 01]; 23(6): 1971-1979.

MACHADO, M.H., FILHO, W., DE LACERDA, W., DE OLIVEIRA, E., LEMOS, W., WERMELINGER, M., VIEIRA, M., DOS SANTOS, M., JUNIOR, P., JUSTINO, E., & BARBOSA, C. Características gerais da Enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 7, p. 9-14, jan. 2016a. ISSN 2357-707X. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>. Acesso em: 6 mar. 2023. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.686>.

MACHADO, M., DE OLIVEIRA, E., LEMOS, W., DE LACERDA, W., FILHO, W., WERMELINGER, M., VIEIRA, M., DOS SANTOS, M., JUNIOR, P., JUSTINO, E., & BARBOSA, C. Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 7, p. 35-53, jan. 2016b. ISSN 2357-707X. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/691>>. Acesso em: 06 mar. 2023. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.691>.

MACHADO, M.H., FILHO, W.; DE OLIVEIRA, E., LEMOS, W.; DE LACERDA, W.; JUSTINO, E. Mercado de trabalho em enfermagem no âmbito do SUS: uma abordagem a partir da pesquisa. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 56, p. 52-69, dez 2016c. Disponível em: <http://cebes.org.br/publicacao/a-enfermagem-no-ambito-do-sistema-unico-de-saude/>. Acesso em: 6 de mar. 2023.

MAGALHÃES, A. H. R; GUIMARÃES, R. X; CAVALCANTE, V. O. M; PONTES, F. C; XIMENES NETO, F. R. G; NICOLAU, M. F. A. Atenção à saúde na hanseníase multibacilar: uma avaliação com base no fluxograma analisador de Merhy. **Rev Paraninfo Digital**, 2016; 25. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n25/092.php>> Consultado el 30 de Diciembre de 2022.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. El trayecto de la línea del cuidado bajo la perspectiva de las enfermedades crónicas no transmisibles. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 3 ed. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em 14 mar 2023.

MENDES, I. A. C.; VENTURA, C. A. A. Nursing Protagonism in the UN Goals for the people's health. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2017;25:e2864. Acesso em 02/10/2021; Disponível em. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.2864>

MERCÊS, S. O. das; LIMA, F. L. O.; VASCONCELLOS NETO, J. R. T. de. Associação de COVID-19 com idade e comorbidades médicas. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 9, n. 10, pág. e1299108285, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i10.8285. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8285>. Acesso em: 22 ago. 2021.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec; 2005.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC/Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. Cap. 2. p. 71-112.

MICHAELLIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa Online**. ISBN: 978-85-06-04024-9 Editora Melhoramentos Ltda, 2015. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?id=OWQE>. Acesso em: 13/06/2021.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOTA, J. da S. Utilização do *Google Forms* na Pesquisa Acadêmica. **Revista Humanidades e Inovação**. v. 6, n. 12. Araguatins, 2019.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**. 2013; 66(esp):158-64.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **OPAS pede por melhoria no controle da diabetes para evitar complicações e COVID-19 grave**. Disponível em: file:///C:/Users/User/Desktop/Disserta%C3%A7%C3%A3o/OPAS%20pede%20por%20melhoria%20no%20controle%20da%20diabetes%20para%20evitar%20complica%C3%A7%C3%B5es%20e%20COVID-19%20grave%20-%20OPAS_OMS%20_%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Pan-Americana%20da%20Sa%C3%BAde.html . Acesso em: 27 mai 2021.

OXFORD LANGUAGES. **Oxford Languages and Google**. Disponível em: <https://languages.oup.com/google-dictionary-pt/>. Acesso em: 14/06/2021.

PEDROZA, G. G. de O.; MONÇÃO, A. C. de M.; VALLADARES, H. de O.; MELLO, S. D. de P.; SOUZA, V. H. de M. P. de; SILVA, J. C. S. da; *et al.*. HÁBITOS DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19. **Cogitare Enferm** [Internet]. 2021; 26 (Cogitare Enferm, 2021 26):e75769. Available from: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.75769>.

PESANTES, M. A.; LAZO-PORRAS, M.; CARDENAS, M. K.; DIEZ-CANSECO, F.; ZAFRA-TANAKA, J. H.; CARRILLO-LARCO, R. M.; BERNABÉ-ORTIZ, A.; MÁLAGA, G.; MIRANDA, J. J. Los retos del cuidado de las personas con diabetes durante el estado de emergencia nacional por la COVID-19 en Lima, Perú: recomendaciones para la atención primaria. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**. 2020;37(3):541-6. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2020.373.5980>.

PESSOA, C. de V. **Avaliação do Processo de Liderança em Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de uma Microrregião do Noroeste Cearense**. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Pesquisa em Enfermagem: A avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

PORTELA, M. C.; VICTOR, G.; TRAVASSOS, C. Matriz Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. **Observatório COVID-19**. jul, 2020. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/42324/MatrizLinhaCuidado.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 22 de março de 2023.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2 ed. Feevale: Novo Hamburgo, 2013. Disponível em: www.feevale.br/editora.

REIS, Valéria Maria; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Revista de APS**, v. 13, n. 1, 2010.

RODRIGUES, A. de J. **Metodologia científica**. 5 ed. UNIT: Aracaju, 2014.

SANTANA, Stela Gleide Oliveira; LOURAU, Julie. Envelhecimento em tempos de pandemias: vida e dignidade para além das vulnerabilidades, Universidade Católica do Salvador, **Anais da 23ª Semana de Mobilização Científica- SEMOC**, 2020.

SANTANA, R. F (Org.). **Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19**. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. 76 p. (Série Enfermagem e Pandemias, 1). doi: <https://doi.org/10.51234/aben.20.e01>.

SANTOS, E. R. The protagonism of nursing during the COVID-19 pandemic: what is our role? **Rev. Eletr. Enferm.** [Internet]. 2020 [cited on:02/10/2021];22:66981. Available at: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.66981>.

SILVA, C. G. ; CROSSETTI, M. G. O.; GIMÉNEZ-FERNÁNDEZ, M. Enfermagem e “estar com” em um mundo com covid-19: um olhar existencialista. **Rev Gaúcha Enferm.** 2021;42(esp):e20200383. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200383>. \. Acesso em 24/05/2021.

SILVA, L. S.; VIEGAS, S. M. DA F.; MENEZES, C. Ser enfermeiro no cotidiano da atenção primária à saúde: o fazer, o aprender e o conviver. **Online braz. j. nurs.**; 18(1)mar. 2019.

SILVA, M. C. N. da; CUNHA, C. L. F.; XIMENES NETO, F. R. G.; SANTOS, J. L. G. dos; LOURENÇÃO, L. G.; FREIRE, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. Protagonismo da Enfermagem Brasileira no Combate á Covid-19. **Enferm. Foco** 2020; 11 (1) Especial: 8-9. Disponível em: Acesso em: 18/09/2021.

SILVA, G.S. da; SILVA, I. F. da; DALVI, J. P.; AZEVEDO, A. L. de. Cuidados de enfermeiros de família às pessoas com diabetes mellitus durante a pandemia da Covid-19. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, retrocessos e práticas em pesquisa**. ISBN 978-65-5360-114-7. Editora Científica Digital. Vol. 1. Ano 2022.

SOBRAL, **Diário Oficial do Município**. Instituído pela Lei Municipal Nº 1.607, de 02 de fevereiro de 2017 e regulamentado pelo Decreto Municipal Nº 1961, de 22 de novembro de 2017. 10 de dezembro de 2021. Ano V, Nº 1221.

SOBRAL, Secretaria Municipal da Saúde. Disponível em:
<http://saude.sobral.ce.gov.br/atencao-basica/coordenacao-da-atencao-basica>. Acessado em 14 de julho de 2021.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. Secretaria Municipal da Saúde. Informe epidemiológico. Acesso em 28/05/2021. Disponível em:
<http://www.sobral.ce.gov.br/informes/principais/boletim-covid-19-em-sobral>.

SOBRAL. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Educação na Saúde. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia. **Plano Municipal de Saúde de Sobral 2018 a 2021**. Sobral, 2017.

SOBRAL. Secretaria da Saúde. **Plano de contingência diante da infecção humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19) da Secretaria da Saúde de Sobral/ Secretaria da Saúde**. 4. ed. rev. Sobral: Secretaria da Saúde, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **E-book – Autocuidado e diabetes em tempos de Covid-19**. São Paulo, 2020. Disponível em; <https://cplink.me/z7UbfOyNx3>. Acesso em; 29 de abril de 2023.

SOUZA, M. L. de A.; MARQUES, T. V.; AMORIM, M. M. P. de. Vulnerabilidade e Incidência da Covid-19 no Nordeste do Brasil através da Análise de Cluster. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 16, p. 232 - 248, 28 set. 2020. Acesso em 22/08/2021.

SOUZA, A. L. V.; MOREIRA, A. M.; XAVIER, A. T. F.; CHAVES, F. A.; TORRES, H. C.; HITCHON, M. E. S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; DOMPIERI, N. B.; BAADE, R. T. W. **Consulta de enfermagem no acompanhamento das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária em saúde**. Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: 2022.

SPAGNOULO, R.S.; PEREIRA, M.L. Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura. **Ciênc Saúde Colet**. v.12, n.6, Nov 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000600021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 30 jun 2021.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

TADIC, M.; CUSPIDI, C.; SALA, C. COVID-19 and diabetes: Is there enough evidence? **J Clin Hipertensos**. 2020;22:943–948.<https://doi.org/10.1111/jch.13912>.

TAHER, N.; HUDA, M. S.; CHOWDHURY, T. A. **COVID-19 and diabetes: What have we learned so far?** Clin Med (Lond). 2020 Jul;20(4):e87-e90. doi: 10.7861/clinmed.2020-0261. Epub 2020 May 22. PMID: 32628128; PMCID: PMC7385778.

TEIXEIRA, Carla Pacheco *et al.* (Org.) COVID-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede PROFSAÚDE). Rio de Janeiro: ANAIS/SESSÕES TEMÁTICAS / PROFSAÚDE, 2020. 142 p. ISBN: 978-65-88869-02-4.

TEODÓSIO, S. S. S.; LEANDRO S. S (Orgs.). **Enfermagem na atenção básica no contexto da COVID-19**. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. 80 p. (Série Enfermagem e Pandemias, 3). doi: <https://doi.org/10.51234/aben.20.e03>.

TRECCOSSI, S. P. C.; FERREIRA, J. C.; OLIVEIRA, R. M.; SANTOS, R. P.; CARVALHO, A. R. S. Protagonismo da enfermagem na organização de uma unidade para assistência à pacientes com Coronavírus. **J. nurs. health**. 2020; 10 (n.esp.): e20104039.

VITÓRIA, A. M.; CAMPOS, G. W. S. Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI. **COSEMS/SP** 13 abril de 2020. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/noticias/dicadogestor-so-com-aps-forte-o-sistema-pode-ser-capaz-de-achatar-a-curva-de-crescimento-da-pandemia-e-garantir-suficiencia-de-leitos-uti/>. Acesso em: 13/11/2021.

WILKINSON, A. *and col.* Local response in health emergencies: key considerations for addressing the COVID-19 pandemic in informal urban settlements. **Environment and Urbanization**. 2020;32(2):503-522. doi:10.1177/0956247820922843.

WIKIPÉDIA. A enciclopédia livre. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Sobral_\(Cear%C3%A1\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Sobral_(Cear%C3%A1)). Acesso em: 12 de julho de 2021.

XIMENES NETO, F. R. G.; SAMPAIO, J. J. C. Análise do processo de trabalho dos gerentes no território da estratégia saúde da família. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**. v.11, n.32, p.76-91, Jan 2012, Bogotá. Colômbia.

XIMENES NETO, F. R. G. **Gerenciamento do território na estratégia saúde da família: o processo de trabalho dos gerentes**. 2007. 470f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.

XIMENES NETO, F.R.G.; FÉLIX, R.M.S.; OLIVEIRA, E.M.; JORGE, M.S.B. Concepções, conhecimentos e práticas dos enfermeiros ao cuidar de sujeitos com diagnóstico de depressão: um olhar para o território da atenção primária à saúde. **Enferm. glob.**, Murcia, n.16, Jun 2009. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/pt_clinica5.pdf Acesso em 20 jun. 2021.

XIMENES NETO, F. R. G.; LOPES NETO, D.; CUNHA, I. C. K. O.; RIBEIRO, M. A.; FREIRE, N. P.; KALINOWSKI, C. E.; OLIVEIRA, E. N.; ALBUQUERQUE, I. M. N. Reflexões sobre a formação em Enfermagem no Brasil a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] (2019/Out). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/reflexoes-sobre-a-formacao-em-enfermagem-no-brasil-a-partir-da-regulamentacao-do-sistema-unico-de-saude/17351>. Acesso em: 10 set 2022.

XIMENES NETO, F.R.G.; PESSOA, C. V. ; TEIXEIRA, I. X. ; MACHADO, M.H. ; OLIVEIRA, E.N. ; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm . Características de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de uma Microrregião da Saúde do Ceará. **Enfermagem em Foco**, v. 10, p. 130-136, 2019.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães; ARAÚJO, Carlos Romualdo de Carvalho e; SILVA, Regina Célia Carvalho da; AGUIAR, Marcos Ribeiro; SOUSA, Larisse Araújo de;

SERAFIM, Tarciana Ferreira; DORNELES, Josiane Alves; GADELHA, Liziane de Aragão. Coordenação do Cuidado, Vigilância e Monitoramento de Casos da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde. **Enferm Foco**, v. 11, n. spe1, p. 239-245, nov. 2020.

XIMENES NETO, F.R.G.; FLOR, Sandra Maria Carneiro; SILVA, Regina Célia Carvalho da; DORNELES, Josiane Alves; SERAFIM, Tarciana Ferreira; DOURADO JUNIOR, Francisco Wellington; MARQUES, João Paulo Carneiro; LOURENÇÃO, Luciano Garcia; XIMENES, Maria Roselange Guimarães; SANTOS, F.D.; RIBEIRO, Marcos Aguiar; OLIVEIRA, Eliany Nazaré; FREITAS, Cibelly Aliny Siqueira Lima; ALBUQUERQUE, Izabelle Mont'Alverne Napoleão . Descriptive study of the initial cases of COVID-19 in a city in the interior of Ceará, Brazil. **Archivos de Medicina** (Manizales), v. 21, p. 536-547, 2021.

YIN, K.Y. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Estudo: “PROTAGONISMO DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO AOS CASOS CRÔNICOS DE DIABETES MELLITUS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19”

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção. A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Os Objetivos do Estudo

- Analisar o processo de atuação de enfermeiros na Atenção Primária à Saúde no cuidado aos casos crônicos de diabetes mellitus durante a pandemia da COVID-19; e
- Descrever as linhas de cuidado utilizadas por enfermeiros no cuidado aos casos crônicos de diabetes mellitus durante a pandemia da COVID-19.

Duração do Estudo

Por se tratar de uma dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família, a duração total do estudo será de dois anos, estando a coleta de dados junto aos participantes prevista por 15 dias, tempo que ficará disponível para sua participação.

A sua participação no estudo consistirá em responder um formulário online que não tomará mais do que 15 minutos, tempo necessário para respondê-lo.

Procedimento do Estudo

Os participantes do estudo serão profissionais enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família de Sobral. Sendo excluídos os enfermeiros que estiverem inativos.

Após entender, concordar em participar e assinar o TCLE que será no formato eletrônico, a participação nesta pesquisa será por meio de um formulário elaborado na plataforma Google Forms® que ficará disponível para acesso e preenchimento por um prazo de 15 dias.

As informações referentes a identificação sociodemográfica e profissional bem como as atividades do processo de trabalho do enfermeiro serão sistematizadas em planilhas do Excel® e, em seguida, submetidos a análise temática e organizadas em categorias com base no referencial de Minayo (2014) e do Fluxograma Analisador de Merhy (1997).

As informações serão armazenadas para quaisquer esclarecimentos, caso seja necessário, os participantes poderão ser contatados por meio de e-mail pelo pesquisador. Todos os esclarecimentos serão dados, bem como qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. O participante do estudo poderá deixar de participar em qualquer momento, sem que isso lhe traga prejuízos.

Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em congressos, revistas científicas e demais eventos acadêmicos. Será mantido o caráter confidencial de todas as informações relacionadas à privacidade da pessoa pela qual se assume a responsabilidade.

Riscos aos Participantes

Informamos que todas as informações prestadas serão sigilosas e os dados/informações serão divulgados agregados, guardando assim o absoluto sigilo. Sua participação não é obrigatória: você pode se recusar a responder quaisquer perguntas do questionário, sem lhe causar prejuízos ou danos, atuais ou futuros, com a instituição promotora e/ou executora da pesquisa, assim como os vínculos profissionais de trabalho.

As pesquisas com seres humanos envolvem riscos de tipos variados, imprescindíveis à análise ética. Para tanto, esclarecemos que a pesquisa seguirá os preceitos éticos e legais conforme indica a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Benefícios aos Participantes

Não há benefícios diretos nesta pesquisa, mas ao final do estudo, os participantes terão contribuído para a construção da compreensão e descrição do protagonismo do trabalho do enfermeiro frente a pandemia da Covid-19 no município, a partir da avaliação da atuação aos cuidados com sujeitos com diabetes *mellitus*. Assim, definimos como um tipo de ganho proveniente da participação na pesquisa, aquilo que se espera aprender com o conhecimento gerado e que contribuirá para o desenvolvimento de alternativas efetivas para intervenção no futuro.

Além disso, o projeto foi encaminhado à Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral por meio da plataforma SICC (Sistema Integrado da Comissão Científica) e obteve-se emissão de parecer favorável Nº 0139/2022 e autorização do estudo. E em seguida, aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) sob parecer consubstanciado Nº 5.530.592 através da Plataforma Brasil.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso a pesquisadora responsável pela pesquisa: Daniele Tomaz Aguiar Frota para esclarecimento de eventuais dúvidas no preenchimento das questões ou referente ao estudo por meio do Telefone: (88) 99961-9780 ou no email: danipolisobral@gmail.com ou diretamente no Comitê de Ética em Pesquisa da UVA – CEP no endereço: Av. Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150 - Derby – Sobral - CE - 62.040- 370, por meio do telefone: (88) 3677-4255 ou no E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com.

Declaração de Consentimento Pós Informado

Eu, _____, concordo em participar do estudo: **PROTAGONISMO DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO AOS CASOS CRÔNICOS DE DIABETES *MELLITUS* DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19.**

Declaro que li e entendo o documento de consentimento e os objetivos do estudo, bem como seus possíveis benefícios e riscos. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir participar ou não desta pesquisa. Entendo que ao assinar esse documento não estou abdicando de nenhum dos meus direitos legais.

() Eu autorizo a utilização dos meus registros coletados para fins desta pesquisa

APÊNDICE B

Questionário

Caro Enfermeiro (a),

Este questionário faz parte da pesquisa intitulada **“PROTAGONISMO DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO AOS CASOS CRÔNICOS DE DIABETES MELLITUS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19”** que busca contribuir com o desenvolvimento científico da Enfermagem na APS.

Leia com atenção e responda com sinceridade, o seguinte:

I IDENTIFICAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

1. Gênero: () Masculino () Feminino
 2. Idade: _____
 3. Estado Civil:
() Solteiro (a) () Casado (a) () Desquitado (a)/Divorciado (a) () Separado (a)
() Viúvo (a) () União consensual/estável () Contrato consensual
 4. Seguindo a nomenclatura utilizada pelo IBGE como você classifica a sua cor/raça?
() Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena
 5. Você fez a Graduação de Enfermagem em Universidade:
() Pública () Particular () Filantrópica () _____
 6. Em que ano você concluiu a Graduação: _____
 7. Você cursou ou está cursando Pós-Graduação?
() Especialização () Mestrado Profissional () Mestrado Acadêmico ()
Doutorado
- Se sim, cite-os: _____

8. Cite as capacitações/qualificações mais importantes que você cursou, referentes ao cuidado de sujeito com diabetes *mellitus*:

Cursos	
1	
2	
3	
4	
5	

9. Cite até três capacitações/qualificações que você necessita para aperfeiçoar o cuidado ao sujeito com diabetes *mellitus*:

10. Há quanto tempo você trabalha na Enfermagem? _____

11. Há quanto tempo você trabalha na Estratégia Saúde da Família? _____
12. Atualmente, você atua na zona urbana ou na zona rural? _____
13. Você atua na função Gerencial na Estratégia Saúde da Família?
 Sim Não
 Se sim, há quanto tempo? _____
14. Somando todos os seus empregos/trabalhos, quantas horas, aproximadamente, você trabalha por semana? _____ horas
15. Tipos de vínculos que você tem (Mais de uma opção)?
 Estatutário Celetista Por tempo indeterminado Prestador de serviços
 Cooperativado Fundação privada Fundação pública de direito privado
 Outros: _____
16. Somando seus vínculos/trabalhos, qual o seu rendimento mensal aproximado?
 R\$ 1.001,00 a 2.000,00 R\$ 2.001,00 a 3.000,00 R\$ 3.001,00 a 4.000,00
 R\$ 4.001,00 a 5.000,00 R\$ 5.001,00 a 6.000,00 R\$ 6.001,00 a 7.000,00
 R\$ 7.001,00 a 8.000,00 R\$ 8.001,00 e mais
17. Além da Enfermagem, você exerce outras atividades remuneradas?
 Sim Não
 Se sim, quais? _____

II PROCESSO DE TRABALHO NO CONTEXTO PANDÊMICO NA ATENÇÃO AOS CASOS CRÔNICOS DE DIABETES MELLITUS (DM)

1. Marque as ações que fizeram parte da sua rotina de abordagem aos casos crônicos de diabetes mellitus (estratificação em risco alto, muito alto e de gestão de caso) no enfrentamento da COVID-19 na sua atuação profissional na Atenção Primária à Saúde do município:
- Avaliação da capacidade para o auto-cuidado
 - Avaliação de conhecimentos e crenças sobre COVID-19
 - Avaliação de conhecimentos e crenças sobre a condição de saúde
 - Presença e força das redes de suporte social e familiar
 - Discussão de caso crônico
 - Visita ao lar em casos crônicos
 - Abordagem familiar nos casos crônicos
 - Tele-atendimento
 - Busca ativa aos casos crônicos para monitoramento
 - Encaminhamento para outros serviços da Rede de Atenção
 - Monitoramento dos casos crônicos em situação de acompanhamento hospitalar
 - Manutenção do acompanhamento e atenção integral aos casos crônicos de DM
 - Solicitação de exames para controle glicêmico e metabólico
 - Testagem para COVID-19
 - Avaliação da adesão ao tratamento da DM
 - Apoio psicológico
 - Avaliação de outras comorbidades
 - Identificação de vulnerabilidades

- () Rastreamento de novos casos de DM
- () Organização da linha do cuidado do DM
- () Re-ordenação de fluxos na ESF
- () Re-estratificação de risco
- () Re-organização do trabalho do ACS
- () Aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)
- () Atendimento multidisciplinar
- () Administração de medicamentos
- () Redução de danos
- () Planejamento da assistência/ Plano de cuidados
- () Registro em prontuário de todo processo de acompanhamento
- () Situação vacinal/ Incentivo à imunização
- () Acompanhamento de dados epidemiológicos de casos e óbitos por Covid-19 em DM
- () Comunicação com os demais níveis de atenção
- () Apoio para Mudança de Estilo de Vida (MEV)
- () Educação Permanente em Saúde
- () Roda de equipe e Roda geral de CSF
- () Outras: _____

2. Você destacaria alguma mudança na abordagem/cuidado ao sujeito com Diabetes *Mellitus* durante a pandemia? Qual/is?

3. Conte-me como foi sua experiência no cuidado (linha de cuidado e ações desenvolvidas) aos casos crônicos de Diabetes (alto risco, muito alto risco e de gestão de caso) durante a pandemia.

4. Quais os motivos de encaminhamentos efetuados aos casos crônicos de Diabetes e para que ponto da rede de atenção, durante a pandemia, no município de Sobral?

ANEXOS

ANEXO A

Parecer da Comissão Científica de Sobral



PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA

PARECER PROTOCOLO Nº 0139/2022

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do Projeto de Dissertação de Mestrado, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), intitulado "PROTAGONISMO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO AOS CASOS CRÔNICOS DE DIABETES MELLITUS DURANTE A PANDEMIA - COVID-19", desenvolvido por Daniele Tomaz Aguiar Frota, sob a orientação da Prof. Dr. Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto.

Na condição de instituição coparticipante do projeto supracitado, concordamos em autorizar a realização da pesquisa a ser realizada junto aos enfermeiros dos Centros de Saúde da Família (CSF) do município de Sobral/CE. **Reitera-se:** a necessidade de **pactuação prévia entre a pesquisadora, a gerência do serviço e as participantes** quanto aos melhores dias, horários e local para realização da coleta; e, face ao contexto da Pandemia por Covid-19 a Conep/CEP orienta para adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa.

Desta feita, recomenda-se, a utilização de estratégias que respeitem as determinações postas nos decretos estadual e municipal (vigentes à época de realização da coleta) no que diz respeito a proteção e prevenção da Covid-19. Fica sob a responsabilidade da pesquisadora a **adoção, sempre que possível, de estratégias/ferramentas virtuais para realização das intervenções minimizando/evitando a possibilidade de aglomerações e adequadas medidas de biossegurança** - uso de máscaras, etiqueta respiratória, álcool em gel 70%, evitar cumprimentos e o compartilhamento de objetos, respeitar o distanciamento social recomendado, manter o cabelo preso e evitar o

Código de Validação: PP92081655937961F

Emitido em: Sobral, 22 de Junho de 2022, às 19:46, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço plataformasaboaia.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao, através das informações acima.



PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA

uso de acessórios pessoais como brincos, anéis e relógios - e os insumos necessários para a garantia desta. **Esses aspectos condicionam a validade deste Parecer.**

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga a pesquisadora de se basear nas determinações éticas propostas na Resolução n. 466/2012

do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, as quais, enquanto instituição coparticipante, nos comprometemos a cumprir. Assim como de solicitar anuência aos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento ou de qualquer outra ação em desfavor dos participantes ou do serviço, assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Lembramos ainda que é de responsabilidade da pesquisadora encaminhar a esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão, como forma de compromisso com a sociedade e o Sistema de Saúde de Sobral, em razão das possíveis melhorias advindas dos resultados do estudo. Reitera-se que pendências no envio do Relatório de Pesquisa podem levar a não apreciação de solicitações posteriores.

Em caso de dúvidas, contate-nos pelo telefone (88) 3614-2633 ou pelo e-mail comissao.cientifica1@gmail.com

Código de Validação: PP92081655937961F
Emitido em: Sobral, 22 de Junho de 2022, às 19:46, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC
Este documento pode ser validado no endereço plataformasaboisf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao, através das informações acima.



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

Sobral, 22 de Junho de 2022

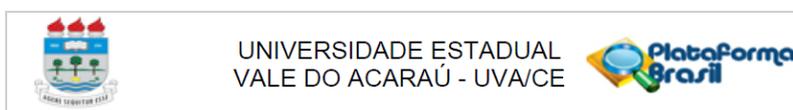
Lielma Carla Chagas da Silva

Profa. Ms. Lielma Carla Chagas da Silva
Coordenadora da Comissão Científica

Código de Validação: PP92081655937961F
Emitido em: Sobral, 22 de Junho de 2022, às 19:46, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC
Este documento pode ser validado no endereço plataformasaboisf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao, através das informações acima.

ANEXO B

Parecer da Comissão de Ética e Pesquisa – CEP /UVA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROTAGONISMO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO AOS CASOS CRÔNICOS DE DIABETES MELLITUS DURANTE A PANDEMIA-COVID-19

Pesquisador: DANIELE TOMAZ AGUIAR FROTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59946622.0.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.530.592

Apresentação do Projeto:

Título: Protagonismo do enfermeiro na atenção primária à saúde no cuidado aos casos crônicos de Diabetes Mellitus durante a pandemia-COVID-19.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever as linhas de cuidado utilizadas pelos enfermeiros no cuidado aos casos crônicos de Diabetes Mellitus durante a Pandemia -COVID-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão esclarecidos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é bastante relevante. Sabendo da instabilidade das pessoas com doenças crônicas diante da COVID-19, os enfermeiros enfrentaram novos desafios no seu cotidiano para trabalhar com as pessoas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

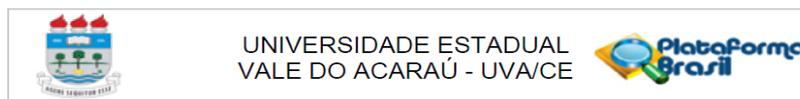
Todos os termos obrigatórios foram disponibilizados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep_uva@uvanet.br

Página 01 de 03



Continuação do Parecer: 5.530.592

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendidos todos os requisitos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa APROVADO. O CEP reforça a Resolução CNS 466/12, onde: "XI.2 - Cabe ao pesquisador: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final da pesquisa". Estes relatórios obrigatórios devem ser enviados via Plataforma Brasil, para o monitoramento e arquivamento da pesquisa pelo CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1968110.pdf	23/06/2022 12:49:36		Aceito
Folha de Rosto	FolhaR.pdf	23/06/2022 12:48:36	DANIELE TOMAZ AGUIAR FROTA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	22/06/2022 20:23:05	DANIELE TOMAZ AGUIAR FROTA	Aceito
Declaração de concordância	NovoParecer.pdf	22/06/2022 20:20:28	DANIELE TOMAZ AGUIAR FROTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	Projeto_detalhado.pdf	22/06/2022 20:18:51	DANIELE TOMAZ AGUIAR FROTA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	15/06/2022 22:06:32	DANIELE TOMAZ AGUIAR FROTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/06/2022 22:00:31	DANIELE TOMAZ AGUIAR FROTA	Aceito

Situação do Parecer:

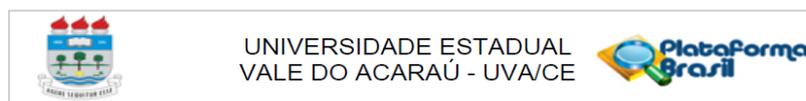
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: cep_uva@uvanet.br

Página 02 de 03



Continuação do Parecer: 5.530.592

SOBRAL, 15 de Julho de 2022

Assinado por:
CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA FREITAS
(Coordenador(a))