

PRISCYLLA LAUTERTE

**AVALIAÇÃO DE PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O
CUIDADO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde.

Orientadora: Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

**FLORIANÓPOLIS
2018**

Lauterte, Priscylla
AVALIAÇÃO DE PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O
CUIDADO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS /
Priscylla Lauterte ; orientador, Denise Maria
Guerreiro Vieira da Silva, 2018.
172 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Protocolo. 3. Enfermeiro. 4.
Diabetes Mellitus. 5. Atenção Primária à Saúde. I.
Guerreiro Vieira da Silva, Denise Maria . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

PRISCYLLA LAUTERTE

**AValiaÇÃO DE PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O
CUIDADO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

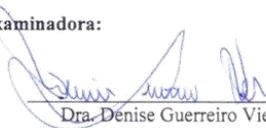
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 08 de fevereiro de 2018, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.**

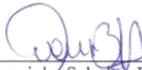


Dra. Jussara Gue Martini
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Denise Guerreiro Vieira da Silva
Presidente



Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann
Membro (titular)



Dra. Maria Aparecida Salci
Membro (titular)

Dedico esse trabalho à minha amada mãe Lurdinha, que fez com que fosse possível minha chegada até aqui, e hoje no plano espiritual continua zelando por mim.

AGRADECIMENTOS

Foram dois anos de muitos desafios, conquistas e superações. Agradeço imensamente a todos que de alguma forma fizeram parte dessa conquista.

Primeiramente agradeço a DEUS todas as oportunidades que vem me concedendo nesta jornada terrena. Gratidão por sempre me iluminar e proteger, mostrando o caminho da paz e do amor.

Agradeço à minha FAMÍLIA, ao meu irmão (Rodrigo), à minha sobrinha (Yanka) e à minha cunhada (Josiane), por sempre zelarem por mim, por mais que eu não estivesse presente em todos os momentos. Eu amo vocês!

Ao meu MARIDO (Luiz) a minha gratidão eterna por todo apoio e estímulo, por respeitar e compreender a minha ausência, por me escutar e sempre me incentivar na minha incessante busca ao estudo.

Gratidão à minha ORIENTADORA (Profª Denise) que sempre me compreendeu, apoiou minha proposta de estudo, que valoriza os saberes da prática, que nos momentos de maior confusão me acalmava e me orientava, com todo a sua experiência, maturidade, sempre me passando lições não só acadêmicas, mas também de vida, de como ter uma vida mais leve. À minha eterna mestre, a minha admiração, respeito e o meu muito obrigada.

À BANCA EXAMINADORA (Profa. Ivonete, Profa. Maria Aparecida, Enfermeira Dra. Cecília e Dda. Priscila) o meu mais profundo agradecimento e respeito por todas as contribuições realizadas.

Meu agradecimento aos MÉDICOS que participaram deste estudo. Obrigada por contribuírem sempre para uma saúde qualidade.

O meu agradecimento especial aos ENFERMEIROS da Prefeitura Municipal de Florianópolis, o resultado deste trabalho é de cada um de vocês, que todos os dias enfrentam dificuldades relacionadas à saúde pública do nosso país e se mantém firmes e atuantes. Obrigada por lutarem diariamente por uma Atenção Primária de qualidade.

À ENFERMEIRA Elizimara, obrigada pela dedicação à enfermagem da Secretaria Municipal de Florianópolis e a grande luta pela valorização de nossa profissão.

Meu agradecimento à USUÁRIA do Centro de Saúde Pantanal Dda. Samanta por ter me estimulado, durante uma consulta de enfermagem, a realizar a seleção para o mestrado.

À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, o meu muito obrigada por permitirem o desenvolvimento deste trabalho.

Aos amigos do DISTRITO SANITÁRIO CONTINENTE, meu local de trabalho, meu agradecimento por todo apoio me dado durante esse período.

Enfim, agradeço a todas as outras pessoas que não foram citadas, mas que de forma direta ou indireta, também contribuíram para que esse trabalho chegasse ao final. O meu muito obrigada, de coração.

Lauterte, Priscylla. Avaliação do Protocolo de Enfermagem para o cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus. 2018. 129p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

Orientadora: Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva..
Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde.

RESUMO

O diabetes mellitus atinge um crescente número de pessoas, sendo um grave problema de saúde pública. Os profissionais enfermeiros da atenção primária à saúde têm um papel relevante no cuidado dessas pessoas. Os objetivos do estudo foram identificar os elementos de qualificação da assistência à saúde de pessoas com Diabetes Mellitus realizada pelos enfermeiros na atenção primária à saúde, no município de Florianópolis/SC e avaliar na perspectiva de enfermeiros e médicos que atuam na atenção primária de saúde de Florianópolis/SC, a contribuição do Protocolo de Enfermagem em Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares Volume I, no cuidado à saúde de pessoas com Diabetes Mellitus. Trata-se de uma pesquisa com abordagem avaliativa qualitativa, realizada na cidade de Florianópolis, em Centros de Saúde e Distritos Sanitários. Os sujeitos do estudo foram 22 profissionais. A coleta de dados ocorreu no período de junho a agosto de 2017 por meio de entrevistas semiestruturadas, audiogravadas e transcritas. A análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo convencional. O processo de codificação inicial permitiu a criação de 230 códigos que foram agrupados por semelhança formando categorias que se dividiram em dois temas para responder aos objetivos do estudo, estes foram organizados e estão apresentados em dois manuscritos: Qualificação do cuidado do enfermeiro à pessoas com diabetes mellitus na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC e Contribuição de um protocolo de enfermagem para o cuidado da pessoa com Diabetes Mellitus. O primeiro manuscrito revela que a atuação do enfermeiro da APS de Florianópolis é resultado de um trabalho planejado, desenvolvido de forma consistente, que possibilitou uma enfermagem organizada e sistematizada, com formação acadêmica que contribuiu para um cuidado diferenciado, trazendo elementos de qualificação de cuidados pioneiros como o estabelecimento de protocolos, trabalho alinhado entre médico e enfermeiro, fazendo uso de mecanismos de interconsulta, prestando um cuidado integral e

interdisciplinar, ampliando o acesso e mantendo vigilância de casos prioritários resultando em uma complexidade da atuação do enfermeiro evidenciando uma melhoria do cuidado prestado a população. O segundo mostra que a autonomia do enfermeiro foi fortalecida com o uso do Protocolo, promovendo um cuidado de enfermagem adequado às pessoas com diabetes, como também na organização do serviço de saúde. A conclusão deste estudo aponta que houveram avanços dos enfermeiros do município de Florianópolis relacionado ao cuidado às pessoas com DM.

Palavras-chave: Protocolo. Enfermeiro. Diabetes Mellitus. Assistência de Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

Lauterte, Priscylla. Evaluation of the Nursing Protocol for the care of people with Diabetes Mellitus. 2018. 129p. Dissertation (Master's Degree in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

Advisor: Dr. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva.

Research Line: Health Care and Nursing in Acute and Chronic Health Situations.

ABSTRACT

Diabetes mellitus reaches an increasing number of people, being a serious public health problem. Nursing professionals in primary health care play an important role in caring for these people. The objectives of the study were to identify the elements of health care qualification of people with Diabetes Mellitus performed by nurses in primary health care in the city of Florianópolis / SC and evaluate from the perspective of nurses and physicians who work in the primary health care of Florianópolis / SC, the contribution of the Nursing Protocol in Hypertension, Diabetes and other factors associated with cardiovascular diseases Volume I, in the health care of people with Diabetes Mellitus. This is a qualitative evaluation research carried out in the city of Florianópolis, in Health Centers and Sanitary Districts. The study subjects were 22 professionals. Data collection was performed from June to August 2017 through semi-structured, audio-taped and transcribed interviews. Data analysis was performed using conventional content analysis. The initial coding process allowed the creation of 230 codes that were grouped by similarity, forming categories that were divided into two themes to meet the objectives of the study, these were organized and are presented in two manuscripts: Qualification of the care of the nurse to people with diabetes mellitus in the primary health care of Florianópolis / SC and Contribution of a nursing protocol for the care of the person with Diabetes Mellitus. The first manuscript reveals that the performance of the APS nurse in Florianópolis is the result of a planned work, developed in a consistent manner, that made possible an organized and systematized nursing, with an academic background that contributes to a differentiated care, bringing elements of qualification of pioneering care such as establishing protocols, aligned work between doctor and nurse, making use of interconsultation mechanisms, providing comprehensive and interdisciplinary care, expanding access and maintaining surveillance of priority cases resulting in a complexity of the nurses' performance, evidencing an improvement in the care provided the population. The

second shows that nurse autonomy was strengthened through the use of the Protocol, promoting adequate nursing care for people with diabetes, as well as in the organization of the health service. The conclusion of this study points out that there have been advances by nurses in the city of Florianopolis related to care for people with DM.

Keywords: Protocol. Nurse. Diabetes Mellitus. Nursing Assistance. Primary Health Care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADA	<i>American Diabetes Association</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BMJ	<i>British Medical Journal</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CadFam	Gestão de Cadastro Familiar
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CEPSH	Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos
CS	Centro de Saúde
CSAE	Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
DS	Distritos Sanitários
EPA	Enfermeiro de Prática Avançada
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis na Atenção Primária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
MDE	Manejo de diabetes por etapa
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACK	<i>Practical Approach to care Kit</i>
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PMAPS	Política Municipal de Atenção Primária à Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPCD	Programa Nacional de Prevenção e Controle do
Diabetes	
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SC	Santa Catarina
SMSF	Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UP	Úlcera por pressão
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças
Crônicas por Inquérito Telefônico	
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Centros de Saúde e distritos sanitários que integraram o estudo.	51
Quadro 2 - Caracterização dos participantes do estudo.	59
Quadro 3 - Formação pós-graduada dos participantes e instituição de formação na graduação em enfermagem.	68

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVOS	27
3 REVISÃO DE LITERATURA	29
3.1 DIABETES MELLITUS E O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	29
3.1.1 Atenção Primária à Saúde	29
3.1.2 O Diabetes Mellitus e as Políticas Públicas brasileiras	32
3.1.3 Pesquisa avaliativa na Atenção Primária à Saúde	35
3.2 PRÁTICAS AVANÇADAS EM ENFERMAGEM E A UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS NA ATENÇÃO À SAÚDE	37
4 REFERENCIAL TEÓRICO	46
5 MÉTODO	50
5.1 TIPO DE ESTUDO	50
5.2 LOCAL DO ESTUDO	50
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	51
5.4 COLETA DE DADOS	52
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	54
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	55
6 RESULTADOS	57
6.1 MANUSCRITO 1 - QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS/SC.....	62
6.2 MANUSCRITO 2 - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA .	88
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS	124
APÊNDICES	139
ANEXOS	147

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas se desenvolvem ao longo da vida tendo diversos fatores causais, como o uso de tabaco, falta de atividade física, alimentação inadequada e consumo de álcool (BRASIL, 2011a). Há um aumento dessas doenças, sendo o sexo masculino mais acometido (STEVENS; SCHMIDT; DUNCAN et al., 2012). As condições crônicas¹ foram responsáveis por 38 milhões de mortes no ano de 2012 e, se compararmos com todas as mortes ocorridas no mundo neste ano, as condições crônicas foram responsáveis por 68% das mortes. A doença cardiovascular, o câncer, o diabetes e a doença respiratória crônica somam mais de três quartos dessas mortes (WHO, 2016).

As condições crônicas são de extrema relevância na saúde pública, especialmente por atingir pessoas em idade produtiva, impactando economicamente nas famílias, devido sua característica de limitar a pessoa em suas atividades laborais, aumentando as inequidades e os problemas sociais (BRASIL, 2011a). Alguns dos fatores de risco para o aumento da mortalidade e morbidade por condições crônicas, como Diabetes Mellitus (DM) e hipertensão arterial, são fatores de risco evitáveis, segundo a *World Health Organization* (WHO, 2015).

Diversas ações vêm sendo implementadas para enfrentar essa situação. O Brasil assinou um compromisso com a Organização das Nações Unidas (ONU) denominado “25x25”, em que se comprometeu reduzir em 25% a mortalidade de pessoas abaixo dos 70 anos (mortalidade precoce) por condição crônica, até o ano de 2025. Há uma extrema importância no alcance desse objetivo, visto que em 2012 foram 114.058 óbitos entre homens e mulheres de idade entre 30 a 69 anos causados pelo DM no Brasil (LUTUFO, 2015; NDC ALLIANCE, 2014).

Outra proposta anterior a este compromisso com a ONU foi o “Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011 – 2022”, publicado em 2011, resultado da Assembleia Geral da ONU realizada em Nova York. Tem como objetivo o enfrentamento e a preparação do Brasil para o trabalho com as condições crônicas em dez anos (BRASIL, 2011a). O Plano fortalece políticas já implementadas no país que se destacam no combate às condições crônicas, como a estruturação da vigilância de condições crônicas, iniciada em 2003, com o primeiro inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade, logo após sendo implantada a

¹ Será utilizado a nomenclatura condições crônicas neste projeto, sendo utilizada a expressão doença crônica apenas quando o autor referido assim denominar.

Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em 2006. Este inquérito, realizado anualmente nas capitais do país, por meio de entrevistas por telefone com pessoas maiores de dezoito anos, levanta os fatores de risco e de proteção para condições crônicas e morbidade referida (BRASIL, 2011a). Os fatores de risco modificáveis que são comuns entre as condições crônicas monitoradas, diabetes, cânceres, doenças respiratórias crônicas e cardiovasculares, são a alimentação não saudável, inatividade física, tabagismo e uso nocivo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2017b).

Outra política que sustenta ações de combate às condições crônicas é a Política de Promoção da Saúde. A promoção da saúde é responsável por auxiliar as pessoas em condição crônica (TADDEO et al., 2012). Promover saúde não é somente informar e sim ter uma comunicação emancipadora, implica em ter educação, alimentação, ecossistema saudável, justiça, recursos sustentáveis, renda e equidade criando ações de promoção da saúde (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013). As ações intersetoriais são necessárias para a concretização da promoção da saúde, sendo o setor educacional um aliado importante, devido sua grande atuação (BRASIL, 2002a).

Integrando a Política de Promoção da Saúde, foi criada a Academia da Saúde em 2011, tendo atualização em suas diretrizes, segundo Portaria 2.681 de 2013 objetivando a prática de atividade física pela população, portanto, contribuindo para o controle da obesidade e sobrepeso, que são fatores de risco para o desenvolvimento do DM (BRASIL, 2013b). A política antitabaco vem com a obrigatoriedade de advertências em maços de cigarros, proibição de propagandas e estão em andamento outras ações, como a proibição de aditivos em cigarros (BRASIL, 2011a). Os grupos antitabaco integrantes dessa política, bem como todas as estratégias adotadas a fim de estimular a cessação do tabagismo, são importantes para as pessoas que desejam parar de fumar (FLORIANÓPOLIS, 2009; FLORIANÓPOLIS, 2012a; INCA, 2016; BRASIL, 2016a). Quando falamos em alimentação há um histórico incentivo ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, além de ações como publicação de guias alimentares, redução do sal em alimentos, entre outros. Além disso, há distribuição gratuita de medicamentos e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS)² (BRASIL, 2011a).

² Será utilizada a nomenclatura Atenção Primária à Saúde durante o estudo em substituição a Atenção Básica, devido sua utilização internacional e no município de Florianópolis.

Quando falamos de Política voltada ao uso de álcool, outro fator de risco, temos a Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas que afirma como não sendo a abstinência o único objetivo a ser alcançado, trazendo também como possibilidade, devido as singularidades, a redução de danos (MANGUEIRA et al., 2015).

A intenção de controlar o avanço das condições crônicas no Brasil se estrutura especialmente a partir da APS, reconhecida por ser uma estratégia de reorganização e mudança da prática-assistencial. Há evidências que mostram a melhora de indicadores, dos cuidados com doenças crônicas, aumento da prevenção, diminuição de inequidades dentre outros benefícios encontrados internacionalmente e em nosso país (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A APS para o Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturada como primeiro nível de atenção, sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) o modelo de organização desse sistema. A APS é a porta de entrada preferencial do serviço de saúde e consistindo em um serviço ordenador da Rede de Atenção à Saúde (RAS), possui resolubilidade de até 90% das demandas trazidas pelos usuários, havendo um papel fundamental do enfermeiro neste sistema (BRASIL, 2016c; BRASIL, 2017a).

O Município de Florianópolis, em 2007, publicou a Portaria SS/GAB n° 283/2007 que estabelece a Política Municipal de Saúde, e consoante com a proposta do governo federal e estadual, está centrada na ESF. O Município vem se destacando pelo investimento na APS e está entre as capitais com maior cobertura de ESF, contando com a cobertura em todo território do município (LERMEN JUNIOR, 2014). Outro fator relevante foi a classificação dada em 2015 pelo Ministério da Saúde, considerando Florianópolis como a capital com melhor APS pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Primária (PMAQ), tendo mais de 90% das equipes avaliadas como acima ou muito acima da média nacional (BRASIL, 2015; FIOCRUZ, 2016).

O DM é uma das condições crônicas com maior impacto na saúde das pessoas e das instituições de saúde do Brasil e do mundo. Esta condição crônica vem avançando em número de pessoas atingidas e na crescente necessidade de ações para controlar o avanço de suas complicações e também da própria doença. Em 2014, o número de pessoas com DM no mundo era de 387 milhões, com estimativa de que em 2035 o número aumente para 471 milhões (IDF, 2014). Estima-se que há, atualmente, 415 milhões de pessoas com DM e 318 milhões de adultos com tolerância a glicose diminuída. Essa diminuição da tolerância à glicose é descrita como aumento de glicose sanguínea, porém em níveis mais baixos que os classificados para DM, no entanto a pessoa passa a ter

maior possibilidade de desenvolver o DM2 dentro de alguns anos. Nesse sentido, poderá ser superada a previsão de 471 milhões de pessoas com DM no mundo em 2035 (IDF, 2015). O Brasil ocupa a quarta colocação em países com maior número de pessoas adultas com DM, estando atrás somente da China, Índia e Estados Unidos, respectivamente, e, se falarmos em crianças, o Brasil sobe para terceiro lugar no mundo. Há no Brasil 14,3 milhões de pessoas com DM e estima-se que em 2040 esse número suba para 23,3 milhões (IDF, 2015).

O DM tem expressivo registro em Florianópolis, pois com uma população estimada de 469.690 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), têm cadastradas na Gestão de Cadastro Familiar (CadFam), dados do Setor de Geoprocessamento da Prefeitura Municipal de Florianópolis, 11.432 pessoas com DM, o que representa, aproximadamente, 2,5% da população do município (FLORIANÓPOLIS, 2017).

Destacamos, no entanto, que esse número não expressa a totalidade de pessoas com DM no município, pois muitos, possivelmente não estão cadastrados, devido a não cobertura de Agente Comunitário de Saúde (ACS) em todas as Microáreas, bem como aqueles que têm plano de saúde privado e não recebem o profissional para o cadastramento.

O DM consiste em um aumento da glicose sérica chamado de hiperglicemia, devido falha na secreção e/ou ação da insulina, causando alterações metabólicas (ADA, 2015). Pode ser classificado como DM Tipo 1 (DM1), DM Tipo 2 (DM2), diabetes gestacional e defeitos genéticos das células Beta (ADA, 2016). Complicações como nefropatia, distúrbios visuais e amputações são comumente encontradas em pessoas com diabetes, incidindo sobre sua qualidade de vida, como também em custos econômicos públicos (IDF, 2015).

A atenção às pessoas com DM requer uma atuação multiprofissional, com destaque para a atuação do enfermeiro. Este profissional tem como atribuição o desenvolvimento de atividades educativas; capacitação da equipe de enfermagem e do ACS para atividades com pessoas com DM. Na Política Nacional está previsto que na realização de consulta de enfermagem, o enfermeiro pode efetuar a solicitação de exames e renovação de medicamentos, desde que estabelecidos em protocolos municipais. Além disso, deve estabelecer, junto à sua equipe, estratégias para adesão de pessoas com DM ao tratamento; orientação sobre o automonitoramento glicêmico capilar, aplicação de insulina e avaliação dos pés (BRASIL, 2013a). A enfermagem deve estar comprometida com o desenvolvimento de um cuidado humanizado às pessoas com DM, expresso pelo vínculo e

acolhimento dessas pessoas. Porém, esse cuidado humanizado e integral ainda permanece como um desafio aos modelos de atenção e gestão vigentes (ARRUDA; SILVA, 2012).

Os enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, preocupados com a qualidade da atuação da enfermagem na APS iniciaram, há alguns anos, o processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Esta foi criada oficialmente a Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE) em Julho de 2015, através da Portaria Municipal nº 79, apesar de suas atividades já terem sido iniciadas anteriormente. Essa comissão tem como objetivo: construir e apoiar a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem; realizar periodicamente o diagnóstico situacional da enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis; promover qualificação profissional e educação permanente; apoiar equipes de saúde da família e gestores nas discussões sobre serviços de enfermagem; e produzir, revisar, acompanhar e avaliar os protocolos de Enfermagem, validando sua aplicação no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis (FLORIANÓPOLIS, 2015b).

Nesse contexto, um dos produtos da CSAE foi a publicação, em 2015, do Protocolo de Enfermagem em Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares Volume I (ANEXO B). O Protocolo aborda cinco grandes tópicos: Hipertensão Arterial, Tabagismo, Abordagem ao consumo de Álcool, Rastreamento de problemas associados a doenças cardiovasculares e Diabetes Mellitus Tipo 2. O Protocolo traz como inovação a possibilidade de solicitação de exame de glicemia de jejum no rastreamento de pessoas sem sintomas, bem como na investigação clínica de pessoas sintomáticas. A renovação de medicamentos já prescritos pelo profissional médico também poderá ser realizada pelo enfermeiro, da mesma maneira que exames complementares tais como HBA1C, colesterol total, colesterol HDL/LDL, triglicerídeos, creatinina sérica, potássio, exame sumário de urina e microalbuminúria. Devemos ressaltar que todas as ações deverão cumprir com os critérios descritos no protocolo (FLORIANÓPOLIS, 2015a). Esse protocolo amplia a atuação clínica do enfermeiro, especialmente em condutas que eram competências somente dos profissionais médicos, por conseguinte interferindo na prática dos médicos de maneira direta.

A opção pela temática do DM e hipertensão como o primeiro protocolo foi decorrente do reconhecimento da necessidade de dar maior autonomia aos enfermeiros no cuidado às pessoas nessas condições

crônicas, bem como trazer segurança e respaldo legal em suas condutas na APS. Esse protocolo e outros já elaborados, ou em elaboração, têm a intenção de contribuir para melhoria da assistência e ampliação do acesso e valorização profissional, expandindo a atuação clínica do enfermeiro, atribuindo funções já previstas na Política Nacional e também exercidas internacionalmente pelo enfermeiro na atenção primária (FLORIANÓPOLIS, 2015a).

Os protocolos são documentos que estabelecem o manejo de doenças, com diagnósticos, tratamento e avaliação de terapêuticas prescritas (BRASIL, 2011b). O protocolo foi construído após discussões relacionadas às tendências internacionais (FLORIANÓPOLIS, 2015a), sendo resultado da subcomissão da CSAE, responsável pela elaboração dos protocolos de atuação clínicas e construção do perfil e diagnóstico da rede SMS de Florianópolis. A elaboração dos protocolos de atuação clínica está inserida dentro de um contexto amplo e complexo de projetos, sempre alinhados com macroprojetos como o *Practical Approach to care Kit* (PACK), sendo um Guia de prática Clínica, bem como com o programa de residência (FLORIANÓPOLIS, 2016c).

A validação do Protocolo de Enfermagem em Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares, Volume I, ocorreu em reunião com os enfermeiros do Distrito Sanitário Norte que discutiram seu conteúdo, sugerindo contribuições e após, validando o protocolo. Outra validação ocorreu com todos os enfermeiros da rede em um treinamento realizado, utilizando a metodologia de apresentação de conteúdo, seguido de discussão de casos clínicos. Assim, a elaboração do protocolo seguiu as principais etapas indicadas pelo MS, sendo elas: definição do tema e escopo; busca, seleção e análise de evidências científicas em base de dados relevantes; elaboração de recomendações; revisão interna e externa do texto preliminar; publicação; e implementação (MEGA et al., 2015; ROSENFELD; SHIFFMAN; ROBERTSON, 2013).

A proposta de criação de protocolos assistenciais foi fundamentada no reconhecimento de que os mesmos mostram vantagens, tais como: promover maior segurança aos profissionais e usuários; ações de cuidados mais uniformes entre os profissionais; melhoria na tomada de decisões; incorporação de novas tecnologias; uso racional de recursos; disseminação de conhecimento; comunicação profissional; e coordenação do cuidado (PIMENTA et al., 2015; ALMEIDA et al., 2016). Os protocolos são caracterizados por um conjunto de informações sobre determinado assunto, visando ajudar na tomada de decisões assistenciais dos profissionais, sendo construídos baseados nas melhores e mais atuais

evidências, tratando-se de instrumentos legais de uso clínico (PIMENTA et al., 2015; ALMEIDA et al., 2016).

O Protocolo foi aprovado através da Portaria nº 80, publicada em Julho de 2015 e estabeleceu que sua implementação seguisse um cronograma que incluiria além da publicação, as etapas de educação permanente, orientação de mudança do trabalho das equipes, bem como o monitoramento de todas as ações após o protocolo (FLORIANÓPOLIS, 2015c). Sendo assim, houve a realização de treinamento de todos os enfermeiros da Secretaria da Saúde do município, que se deu em dois dias, sendo abordado o conteúdo presente no protocolo como também exercícios com casos clínicos, ocorrendo naquele momento a validação do protocolo pelos enfermeiros da rede.

Atualmente, como enfermeira do Distrito Sanitário Continente e também com minha experiência na ESF durante cinco anos pude ampliar minha visão relacionada ao trabalho dos enfermeiros inseridos nos centros de saúde do Município, especialmente na área de abrangência continental. O apoio aos enfermeiros durante a implantação do protocolo, através de encontros individuais, bem como reuniões nos centros de saúde para discussão da utilização e inserção do protocolo no processo de trabalho do enfermeiro, mostrou a necessidade de avançar no processo de avaliação deste protocolo.

Acreditamos que o protocolo proposto pelo grupo de trabalho da SMS de Florianópolis promoveu mudanças na atuação da equipe de saúde, envolvendo mais especificamente médicos e enfermeiros, uma vez que o protocolo amplia ações clínicas do enfermeiro, como a solicitação de exames e atualização de prescrição de medicamentos. Da mesma maneira que fortalecerá a essência do trabalho do enfermeiro que é o cuidado. Nesse sentido, é essencial que haja um acompanhamento e avaliação do processo de implantação, de forma a consolidar e/ou reorientar a prática de uso do protocolo. Considerando que o período de implantação do protocolo é ainda pequeno, sendo menor que dois anos, acreditamos que ainda não temos uma mudança consistente em relação ao impacto do mesmo na saúde das pessoas com DM.

Nessa perspectiva, como enfermeira que atua na APS do município de Florianópolis, percebi a importância de efetuar uma pesquisa avaliativa sobre como vem sendo o processo de implementação do Protocolo de Enfermagem em Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares Volume I, detendo-me ao capítulo II que se refere ao cuidado às pessoas com DM 2 e suas contribuições à prática dos profissionais de saúde que atendem pessoas com DM no município de Florianópolis.

Avaliar serviços de saúde é uma prática ainda recente no Brasil, com diferentes iniciativas, porém, não identificamos avaliações de protocolos. A avaliação em saúde é um processo desenvolvido nos serviços de saúde que produz uma ação reflexiva como também crítica sobre as práticas nesse local (BRASIL, 2005). A pesquisa avaliativa em saúde contribui para a qualificação das ações e fortalece a tomada de decisão dos profissionais da saúde (BOSI; MERCADO, 2007).

Assim, desenvolvemos um estudo orientado pela seguinte questão: Qual a contribuição do Protocolo de Enfermagem em Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares Volume I da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para o desenvolvimento do cuidado em saúde para pessoas com diabetes mellitus atendidas na atenção primária à saúde na perspectiva dos enfermeiros e médicos?

2 OBJETIVOS

a) Identificar os elementos de qualificação da assistência à saúde de pessoas com Diabetes Mellitus realizada pelos enfermeiros na atenção primária à saúde, no município de Florianópolis/SC.

b) Avaliar na perspectiva de enfermeiros e médicos que atuam na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC, a contribuição do Protocolo de Enfermagem em Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares Volume I, no cuidado à saúde de pessoas com Diabetes Mellitus.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Os textos utilizados nesta revisão de literatura incluíram publicações do Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde (OMS), *American Diabetes Association (ADA)*, *International Diabetes Federation (IDF)*, Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), livros e artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais. As bases de dados utilizadas foram: LILACS, BDENF, Pubmed/Medline, CINAHL, *Web of Science*, Google Acadêmico. Na busca pelos artigos foram utilizados os seguintes descritores e palavras chaves: Diabetes Mellitus, protocolo de enfermagem, protocolos, cuidados de enfermagem, atenção primária à saúde e avaliação nos idiomas: português, espanhol e inglês. Sendo que os estudos foram categorizados em duas seções: (i) Diabetes Mellitus e o cuidado na Atenção Primária à Saúde e (ii) Práticas Avançadas em Enfermagem e a Utilização de Protocolos na Atenção à Saúde.

3.1 DIABETES MELLITUS E O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A atenção primária tem um papel relevante no cuidado das pessoas com DM e como foco do presente estudo, torna-se necessária a apresentação de literatura sobre o tema. Neste sentido, serão apresentadas, a seguir, uma revisão que aborda a atenção primária à saúde, o DM e as Políticas brasileiras relacionadas ao tema, bem como a pesquisa avaliativa na atenção primária à saúde.

3.1.1 Atenção Primária à Saúde

A primeira menção sobre Atenção Primária, próxima da estruturação que conhecemos, aconteceu em 1920 no Reino Unido, quando o Ministério da Saúde daquele país elaborou um relatório – Relatório Dawson - que influenciou a estruturação do sistema nacional de saúde britânico anos depois (LAVRAS, 2011).

Na década de 60 do século XX, no Brasil, ainda possuíamos uma saúde centrada no tratamento das enfermidades. Um novo olhar se deu a partir da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, que resultou na Declaração de Alma-Ata que define:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e

tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 1-2).

A Declaração deixou claro que, para o alcance das metas, seria preciso o envolvimento de diversos setores, além do setor da saúde, reafirmando que os Cuidados Primários à Saúde estão no nível de atenção que permitirá as pessoas o primeiro contato com o sistema de saúde. Isto possibilitaria atingir a qualidade adequada em saúde que necessitamos, favorecendo que as pessoas vivessem socialmente e economicamente ativas. Os cuidados primários à saúde têm como referência as principais fragilidades da comunidade, proporcionando proteção, prevenção, cura e reabilitação da população (BRASIL, 2002b).

Nos anos 70 também no século XX, sob influência do movimento para a reforma sanitária, a medicina comunitária surgiu com apoio também de universidades. Houve assim, a participação mais efetiva dos municípios na saúde, tendo no Brasil uma diversidade de experiências (LAVRAS, 2011). Em âmbito internacional, em 1978, na Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde foi elaborada a declaração de Alma-Ata, que trouxe a proposta de Saúde para Todos no ano 2000 e a ideia de atenção primária. Posteriormente, em 1986, na Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, foi elaborada a Carta de Ottawa (BRASIL, 2002b, p 7), que teve papel preponderante na estruturação da atenção primária no mundo. Especificamente no Brasil está Carta trouxe a concepção de um conceito positivo da saúde, afirmando a necessidade de valorização da vida, dialogando com os determinantes e condicionantes sociais, promovendo um cuidado integral

e de qualidade, trazendo assim, a promoção da saúde como um enfoque central das políticas brasileiras (BRASIL, 2012).

A Constituição Federal Brasileira (1988) traz em seu Artigo nº 196, a afirmativa que “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, traz também orientações quanto a seu financiamento e suas atribuições. Porém, somente em 1990, com a Lei Nº 8080 e a Lei Nº 8142, houve a regulamentação do SUS, que juntamente com as Normas Operacionais e nos anos subseqüentes, completou o início da implantação desse sistema de saúde. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) traz a atenção primária como porta de entrada preferencial dos serviços de saúde (BRASIL, 2017a).

No Brasil, houve uma grande expansão da atenção primária com o estabelecimento da ESF, a partir dos anos 2.000, com ritmos diferentes entre as regiões e municípios brasileiros (ALVES et al., 2014a). A ESF foi a maneira escolhida para a consolidação da atenção primária no país. O SUS teve grandes avanços rumo à universalidade dos serviços de saúde para a população, a descentralização, fazendo com que os municípios assumissem a responsabilidade pela atenção primária (MACINKO, 2015).

A ESF conta com a exigência de equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo ser acrescentado Equipe de Saúde Bucal. Após a Portaria nº 958 do MS, de maio de 2016, o ACS não faz mais parte da composição da equipe mínima, ficando a possibilidade de acréscimo com ACS e/ou técnico de enfermagem em equipe multiprofissional. Essa nova modalidade permite criação de ESF sem o ACS (BRASIL, 2016b).

No Brasil, a criação do SUS trouxe avanços inegáveis para a saúde da população, porém ainda encontramos dificuldades, como a fragmentação dos serviços, ações e práticas clínicas. A RAS vêm como estratégia mais atual para superar a fragmentação da saúde, bem como aprimorar o funcionamento político-institucional do SUS (BRASIL, 2010b). O objetivo da RAS é garantir a integralidade da assistência à saúde, entendendo a APS como primeiro nível de cuidado, mantendo seu caráter resolutivo para os problemas comuns de saúde, e coordenadora do cuidado em todos os pontos de atenção. A RAS estabelece variadas ferramentas de micro gestão de serviços, como o uso de diretrizes clínicas e protocolos assistenciais para o alcance de uma saúde de qualidade (ANDRADE et al., 2015, BRASIL, 2010a). Segundo Starfield (2002) a APS possui quatro atributos: o acesso de primeiro contato, que implica na acessibilidade ao serviço; longitudinalidade, que significa uma atenção por um longo período de tempo; integralidade, que é oferecer todos os

cuidados necessários para saúde das pessoas; e coordenação do cuidado, que se refere ao acompanhamento dessa pessoa em todos os serviços.

O trabalho multiprofissional e interdisciplinar apresenta-se como estratégia imprescindível para o manejo do DM na APS, equivalendo ao nível de atenção que possibilita o acompanhamento clínico e práticas de promoção da saúde prevenindo agravo decorrente de complicações do DM (PETERMANN et al., 2015).

A consolidação da APS no município de Florianópolis, juntamente com seu investimento financeiro, mostrou uma redução de Internações por Condições Sensíveis na Atenção Primária (ICSAP) entre os anos de 2001 – 2011, ocorrendo no DM a maior redução dos percentuais, com diminuição de 55,7% nas ICSAP (BRASIL, COSTA, 2016; COSTA; COUTO; SILVA, 2015).

3.1.2 O Diabetes Mellitus e as Políticas Públicas brasileiras

O DM é classificado como um distúrbio metabólico devido a defeitos na ação e/ou secreção da insulina ocasionando a hiperglicemia (SBD, 2016). O diagnóstico é realizado identificando um elevado nível de glicose no sangue, que acontece devido à falta ou ineficácia da ação da insulina que transporta a glicose do sangue para os tecidos para fornecimento de energia. O quadro crônico de insulina sérica elevada causa lesões em tecidos do corpo, resultando em incapacidades e complicações gerando riscos à vida da pessoa com essa condição (IDF, 2015).

O DM pode provocar incapacidades, causando transtornos no dia a dia das pessoas. O estudo realizado por Flor et al. (2015) que avaliaram a carga de DM 2 e sua fração atribuível a fatores modificáveis, como obesidade e sobrepeso, observou se que parte da carga do DM é ocasionada por fatores de risco modificáveis, sendo mostrado um aumento destes fatores expressivos em seis anos. O estudo avaliou 100 agravos, entre eles o de doenças crônicas não transmissíveis, com uma abrangência nacional sendo utilizado método quantitativo para a aquisição dos resultados. O DM é atribuído ao sobrepeso, obesidade e excesso de peso no percentual de 49,2%, 58,3% e 70,6%, respectivamente no sexo feminino. No sexo masculino, as mesmas variáveis são expressas em valores inferiores: 40,5%, 45,4% e 60,3%, respectivamente (FLOR et al., 2015).

Em Portugal, o Programa Nacional de Prevenção e Controle do Diabetes (PNPCD) afirma que as maiores complicações crônicas do DM

são as doenças cardiovasculares (doenças coronária e cerebrovascular), nefropatia, neuropatia, amputação e retinopatia (PORTUGAL, 2017).

As complicações podem ser prevenidas através da adoção de alimentação saudável e atividade física, porém apesar de se apresentarem como ações simples, têm demonstrado dificuldade em sua implementação (WHO, 2016a). O diagnóstico é realizado identificando um elevado nível de glicose no sangue, que acontece devido à falta ou ineficácia da ação da insulina que transporta a glicose do sangue para os tecidos para fornecimento de energia. O quadro crônico de insulina sérica elevada causa lesões em tecidos do corpo, resultando em incapacidades e complicações gerando riscos à vida da pessoa com essa condição (IDF, 2015).

O controle do DM depende de uma variedade de condicionantes, sendo de grande importância a implementação de políticas públicas com o objetivo do controle da doença. Há um consenso nos estudos que o SUS contribuiu para melhoria no cuidado de pessoas com DM (DUNCAN et al., 2012; SANTOS et al., 2011a).

Após a reorganização da APS com a ESF, foi publicado em 2002, pelo MS, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. O documento contou com o apoio da Sociedade de Cardiologia, Diabetes, Hipertensão e Nefrologia, federações nacionais de Diabetes e Hipertensão, secretarias estaduais e municipais de saúde, com a finalidade de reforçar o vínculo das pessoas com DM aos Centros de Saúde de referência. Este documento pretende capacitar o profissional para o cuidado com essas pessoas (BRASIL, 2001; SANTOS et al., 2011b).

Como já mencionado, houve avanços nos últimos 10 anos relacionados ao cuidado de pessoas com DM, com a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde, com diversas ações visando à redução no número de pessoas com DM, bem como suas complicações (SILVA et al., 2014; BRASIL, 2010b). Uma importante ação foi estabelecida através da distribuição gratuita de medicamentos e insumos para aplicação de insulina e monitorização de glicemia capilar que ocorreu em 2007 (BRASIL, 2007).

A Academia da Saúde desenvolve atividades de prática corporal e alimentação saudável, sendo estratégias importantes para modificação de fatores evitáveis relacionados ao DM. Um estudo realizado com o objetivo de descrever como o programa está sendo desenvolvido no país. Foi verificado que 856 polos estão em funcionamento desenvolvendo atividades de educação em saúde, alimentação saudável e práticas corporais, sendo identificado como público os adultos e os idosos, sendo

a inserção das crianças e dos adolescentes uma dificuldade encontrada durante a implementação do programa, junto com a impedimento de contratação de profissionais. Nos resultados conclui se que o programa vem como uma estratégia de promoção da saúde e cuidado às comunidades (SÁ et al., 2016)

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, a mais atual ferramenta para o combate às condições crônicas no Brasil, incluindo o DM, sendo baseado em evidências e contendo ações para o combate dos fatores de risco (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade). O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis fundamenta-se em alguns eixos: vigilância, informação, avaliação e monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral (BRASIL, 2011a).

As políticas têm permitido avanços ao longo dos últimos anos no Brasil, porém ainda não dão conta das necessidades das pessoas com DM (PAIM et al., 2011). A grande maioria dessas políticas é baseada na estrutura da APS, considerada como o nível do sistema que atende todas as necessidades e problemas, oferecendo atenção à pessoa e suas condições de saúde. A APS deve ser o primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde, inclusive das pessoas com condições crônicas, portanto, é a principal porta de entrada do sistema (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017a). A Atenção Primária é a porta de entrada preferencial da população ao sistema de Saúde, possui um olhar sobre a pessoa e não sobre a doença, sendo determinante para os outros níveis de atenção devido a sua estruturação de base. Este nível de atenção trabalha com os problemas comuns, normalmente baseados em queixas inespecíficas e vagas. Integra vários problemas, necessitando esclarecê-los, prestando um cuidado mais consciente por conhecer o contexto do indivíduo influenciando em um diagnóstico e manejo mais apropriado (STARFIELD, 2002).

No entanto, apesar de todas as políticas e da estrutura do sistema de saúde brasileiro, baseado na APS, um estudo que teve como objetivo avaliar a atenção à saúde desenvolvida na ESF às pessoas com DM, mostrou resultados não muito adequados ao cumprimento das políticas. O estudo teve como referência os documentos do MS e o modelo de Atenção às Condições Crônicas (MENDES, 2012) organizado em três níveis (macro, meso e micro). Contou com a participação de 38 sujeitos, cujos dados foram obtidos a partir de entrevistas, observações, bem como a análise de 25 prontuários. Seus resultados apontaram que no âmbito micro as ações estavam baseadas em modelos biomédicos, distante da

integralidade necessária para o cuidado de pessoas com DM. No âmbito meso foi demonstrado uma desarticulação entre os profissionais, usuários, família e comunidade. Por fim, no âmbito macro, foi revelado que a implementação de políticas públicas para o cuidado de pessoas com DM está distante do que se considera efetivo, demonstrando ausência de estratégias diretivas e eficazes (SALCI, 2015).

3.1.3 Pesquisa avaliativa na Atenção Primária à Saúde

A avaliação é intrínseca ao processo de aprendizagem, sendo utilizada desde os primórdios da existência humana. O emprego da avaliação nos programas públicos se deu após a segunda guerra mundial com a atuação do Estado para que houvesse um melhor emprego dos recursos públicos, promovendo o desenvolvimento de alguns métodos para avaliação e análise das contribuições e custos dos programas de saúde (HARTZ, 1997; UCHIMURA; BOSI, 2007).

No Brasil, no decorrer de alguns anos houve a necessidade de conhecer como estavam sendo investidos os repasses públicos na saúde, por esse motivo surgiu a necessidade de inserir a avaliação como parte da implantação de programas. Portanto, a inserção da avaliação ocorreu de forma impositiva e não por necessidade de avaliação para melhoria da qualidade dos serviços. Essa forma de inserção da avaliação influencia a maneira com que os envolvidos compreendem a avaliação, restringindo-a a uma cultura avaliativa elementar (SALCI, 2015).

A APS vem sendo avaliada por meio de pesquisas, em variadas dimensões e perspectivas. Em Minas Gerais foi realizado um estudo transversal com adultos cadastrados nas ESF. Para a coleta de dados foi utilizado um Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – do inglês *Primary Care Assessment Tool*), elaborado por Barbara Starfield para medição da presença e extensão dos atributos primários e derivados da APS. O estudo mostrou que 64,5% recorrem a ESF quando ficam doentes, 35,5 % declaram utilizar outros serviços. Da população que utiliza a ESF, 71% é do sexo feminino, com média de idade de 50,5 anos e 88,2% não possuem plano de saúde. O escore geral de avaliação da APS no município foi de 4,5, sendo abaixo do adequado considerado pela literatura (alto escore $\geq 6,6$). Os atributos de primeiro contato - utilização e sistemas de informação foram os únicos que apresentaram alto escore, 8,3 e 6,7, respectivamente, os demais apresentaram baixo escore, como acesso de primeiro contato – acessibilidade e serviços prestados 3,2, serviços disponíveis 3,7, longitudinalidade 6,3, orientação familiar e comunitária 4,4 e integração de cuidados com 1,9. Os

resultados mostraram que os atributos da APS não estão sendo efetivados, havendo necessidade de rever a implementação das políticas de forma a contribuir para reorganização do sistema de saúde (PAULA et al., 2015).

Em Campinas, um estudo avaliativo qualitativo com o objetivo de realizar a comparação de Unidades Básicas de Saúde e articulação entre a rede de atenção primária e saúde mental, sendo avaliado através da melhora da incidência de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Foram identificados 133 casos de AVC, desses, três pacientes haviam abandonado o serviço nos últimos dois anos e dois no último ano. Houve a execução de grupos focais que indicaram que o planejamento das intervenções é realizado em reunião de equipe, bem como elogios a visitas domiciliares e acompanhamento com hipertensos e diabéticos, porém dificuldade em agendamento de especialistas. Em relação ao agendamento de consultas, em algumas unidades era necessária a retirada de senha no início da manhã, outros o acesso era regulado pela recepção. Quando foi abordada a articulação entre as redes de atenção básica e saúde mental os grupos levantaram a relevância da escuta pelo profissional no tratamento, no entanto relatam como um ponto negativo a alta rotatividade dos profissionais. (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012).

No estudo avaliativo realizado no Paraná, com 38 participantes, sobre avaliação da atenção às pessoas com DM na APS, na perspectiva da prevenção das complicações crônicas dessa doença, mostrou que os participantes entendiam a ESF como um espaço privilegiado para prevenção da saúde, porém entendiam como algo desagregado da prática assistencial. A atenção era apresentada como curativista, baseada no tratamento medicamentoso. Os profissionais não reconheciam a distinção entre os termos prevenção e promoção, e quando questionados sobre as práticas preventivas, a não realização foi atribuída a ser inerente aos usuários, aos profissionais e as dificuldades do serviço. Alguns outros fatores foram levantados para não realização de prevenção como falta de tempo relacionada a muitas atividades burocráticas, falta de disposição por parte do profissional, falta de materiais didáticos, falta de compreensão da gestão local. Quando foram questionados sobre prevenção de complicações do DM, os profissionais que estavam há mais tempo na APS identificaram que a prevenção não era realizada em nenhum nível. Os resultados apontaram a necessidade de maior envolvimento dos profissionais e gestores para que as lacunas da prevenção de complicação por DM forem preenchidas, pois ações unidirecionais não são capazes de suprir esses déficits (SALCI, 2015).

3.2 PRÁTICAS AVANÇADAS EM ENFERMAGEM E A UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS NA ATENÇÃO À SAÚDE

A utilização de protocolos de enfermagem está inserida em um contexto internacional relacionado à Enfermagem de Práticas Avançadas, sendo reconhecida no Brasil pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Os protocolos estão regulamentados, no Brasil, pela Lei nº 12.401 de 2011, que estabelece a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. Nesta lei, protocolo é conceituado como:

Documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS (BRASIL, 2011b, p.1).

A Rede Internacional de Enfermeiras Profissionais/Prática Avançada em Enfermagem pertencente ao Conselho Internacional de Enfermeiras, descreve a Prática Avançada em Enfermagem como “enfermeiros que adquiriram conhecimento especializado, habilidade de tomar decisões complexas e expansão de competências clínicas práticas, cujas características são moldadas pelo contexto ou país em que eles são credenciados para atuar” (NURSE PRACTITIONER, 2009, p 1).

O enfermeiro com atuação na perspectiva da clínica ampliada é uma realidade em países como Canadá, Austrália, Reino Unido e Estados Unidos. Esses têm suas condutas guiadas por evidências científicas e são denominados de Enfermeiro de Prática Avançada (EPA), sendo conceituado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros como profissional registrado e que tenha adquirido habilidades de tomada de decisões complexas e habilidades clínicas para a prática, de acordo com o contexto ou realidade de seu país. Há uma recomendação de formação de mestrado para a denominação de EPA, porém no Canadá é aceito a especialização e no Reino Unido apenas a graduação com a comprovação de experiência profissional. Neste caso, são oferecidos aos enfermeiros treinamentos específicos para a atuação (NURSE PRACTITIONER, 2009; TOSO, 2016). Portanto, em uma grande parcela dos o EPA

adquiriu habilidades de expansão de sua prática através da graduação ou mestrado (ZUG, 2016).

No Brasil, discussões sobre a implementação da Prática Avançada em Enfermagem voltada para APS ocorreram por meio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS/OMS), objetivando a ampliação das práticas clínicas, bem como a resolutividade do enfermeiro. A pactuação da implementação se deu no início de 2016, envolvendo: COFEN; Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) do Ministério da Educação; Associação Brasileira de Enfermagem; e Ministério da Saúde. A implementação foi estruturada através do fortalecimento das linhas de pesquisa em Enfermagem de Práticas Avançadas, inclusão nos currículos de residência e mestrado profissional, facilitação da implementação de protocolos, bem como criação de módulos na Universidade Aberta do SUS sobre protocolos específicos (COFEN, 2016).

A Enfermagem de Prática Avançada possui domínios sobre a dimensão social, epidemiológica e biológica, bem como diagnóstico, farmacológica, terapêutica e tomada de decisão baseada no raciocínio e julgamentos clínicos, aplicando seus conhecimentos em amplas situações complexas. Os Enfermeiros que utilizam as Práticas Avançadas são considerados líderes, utilizando-se de práticas inovadoras na implementação de políticas, diretrizes e protocolos (DUKE, 2012). Uma pesquisa realizada em países da América Latina e Caribe mostra que o enfermeiro percebe que a atuação em práticas avançadas ainda não está bem estabelecida e reconhecida, muitas vezes, com ausência de respaldo legal (ZUG et al., 2016).

Os protocolos podem ser também chamados de manuais, *guidelines*, cadernos, guias de práticas clínicas, entre outros. Eles estão inseridos no contexto internacional de Saúde Baseada em Evidências e são fundamentados na efetividade, custo-efetividade das intervenções, segurança e avaliação da eficácia (MEGA et al, 2015). Estes têm por objetivo também contribuir para a ampliação do acesso e valorização profissional, ressaltando ações realizadas pelos enfermeiros na APS (FLORIANÓPOLIS, 2015a).

A SAE é um dispositivo científico utilizado pelo enfermeiro para planejamento e organização de suas ações, sendo a base para prática do Enfermeiro, como também para utilização de protocolos, estando regulamentada pelo COFEN, por meio da Portaria nº 358 de 2009 (SANTOS; MONTEZELI; PERES, 2012, COFEN, 2009). Portanto, o uso de protocolos deve estar inserido dentro de uma prática avançada de enfermagem organizada através da SAE.

A prática clínica do Enfermeiro é exercida em variados espaços como nos estabelecimentos de saúde, domicílios e escolas, contudo, não se limita apenas a atendimentos individuais, como também atendimentos coletivos, utilizando-se sempre da Sistematização da Assistência (COSTA; COUTO; SILVA, 2015).

O uso de protocolos na prática da enfermagem colabora com a consolidação do enfermeiro diante de um trabalho em equipe, reforçando sua prática e cientificidade, como também contribuindo para saúde das pessoas, como mostra um estudo que objetivou desenvolver um ensaio teórico e reflexivo sobre o termo “protocolos de enfermagem”. Esse estudo teve como referência a visão evolucionária de Beth L. Rodgers – sendo esta uma enfermeira que demonstrou interesse em pesquisas sobre a essência da enfermagem e barreiras para a solidificação de seu conhecimento. O conceito de protocolo de enfermagem se aproxima cada vez mais dos cuidados prestados às pessoas, repercutindo no processo de trabalho dos profissionais como também nos usuários, portanto mostrando-se importante na perspectiva assistencial, educativa, científica e social (ALVES et al., 2014b).

Os protocolos assistenciais são considerados tecnologia em saúde, elencados como tecnologia leve-dura, que traz saberes estruturados como teorias, processo de enfermagem e modelos de cuidado (MERHY, 2002). O uso de ferramentas tecnológicas leva em conta a condição clínica da pessoa e sua necessidade baseada em raciocínio clínico como também dentro das condutas éticas, tornando uma ação complexa com saberes e fazeres diferenciados (PAES, 2011; BRASIL, 2005). O uso de tecnologias traz benefícios econômicos e organizacionais à população, ao profissional e ao sistema de saúde, como também melhora da qualidade do cuidado prestado ao usuário, por abranger todo o processo de cuidar (CESTARI et al., 2015). O uso de tecnologia em saúde traz resolutividade e satisfação ao usuário, porém para que isso ocorra é necessário conhecimento dos profissionais relacionado ao emprego destas tecnologias, como também a educação permanente sobre o tema, tendo em vista as constantes inovações relacionadas ao tema (HONORATO et al., 2015). Sendo assim, não basta somente termos os protocolos a disposição do profissional, necessitamos saber se ele está capacitado para esta utilização e como está sendo utilizado em sua prática assistencial.

Entendendo protocolo de enfermagem como sendo tecnologia em saúde, há uma relevância do seu uso em diversos segmentos, contribuindo para o fortalecimento da enfermagem. Um estudo realizado em Sergipe com o objetivo de avaliar o impacto na implantação do Protocolo de atendimento a queimados teve um desenho retrospectivo apresentando

uma amostra de 1.486 pacientes internados, sendo avaliado antes e após a implantação do protocolo. Os resultados apresentados foram relacionados à diminuição de dias de internação de 14,38 dias para 11,03 dias em dois anos de uso do protocolo, porém o estudo não observou redução no número de óbitos. O estudo demonstrou a importância do uso de protocolos, favorecendo a organização do processo de trabalho da equipe, melhorando a segurança do cuidado prestado e contribuindo na prevenção de complicações com essas pessoas (MORAES et al., 2014).

Os protocolos também são utilizados em urgências e emergências no Brasil, sendo que um deles é o Acolhimento com classificação de risco. O enfermeiro exerce um papel relevante nesses serviços, entendendo que o Acolhimento com classificação de risco é uma atribuição privativa do enfermeiro, conforme estabelecido na Resolução do COFEN nº 423/2012. Este profissional também se utiliza de protocolos internacionais para respaldar suas condutas clínicas nesses serviços.

Um estudo realizado por Bohn et al. (2015) em um hospital no sul do Brasil com 15 enfermeiros através de entrevista semiestruturada mostrou que com o uso de protocolo no sistema de acolhimento por classificação de risco, o enfermeiro ganhou visibilidade e responsabilidade na organização do processo de trabalho, podendo se respaldar legalmente e classificar o risco do paciente de forma rápida, segura e objetiva, trazendo a padronização das ações e estabelecendo prioridades clínicas. Alguns aspectos negativos foram encontrados como o desconhecimento deste protocolo pela população e a dificuldade de encaminhamento para serviços de menor complexidade. O estudo mostrou que a adoção do protocolo trouxe a reorganização do processo de trabalho no local do estudo.

No contexto da pediatria, no Brasil, os protocolos criados foram, em sua grande maioria, produzidos na Região Sul e, principalmente, por secretarias de saúde municipais e estaduais, segundo uma revisão de literatura que mostrou a construção de um protocolo, bem como a validação de seu conteúdo (GUBERT et al., 2015). Uma justificativa para o uso desses protocolos é que o acompanhamento do desenvolvimento da criança é complexo e necessita de protocolos que orientem a ação dos enfermeiros de forma a favorecer a operacionalização dos atendimentos, evitando falhas na atenção prestada à criança, conforme estudo realizado com oito enfermeiros de uma unidade básica do município de Mandaguari no Paraná, através de entrevistas com o objetivo de conhecer como se dá a atuação do enfermeiro em puericultura neste município (VIEIRA et al., 2012).

Uma revisão realizada no Ceará para apresentar um protocolo de enfermagem para consulta de puericultura classificou os temas de acordo com 12 atividades propostas no Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney, logo após houve a descrição de todo o conteúdo do protocolo. O estudo concluiu que o uso do protocolo possibilita uma assistência mais adequada e traz autonomia para os enfermeiros em suas condutas, como também as padronizando, resultando em sistematizações mais evidentes e seguras (GUBERT et al., 2015).

Um relato de experiência sobre a construção de um protocolo de enfermagem em puericultura na APS, em Minas Gerais, apresentou um processo de elaboração coletiva com a participação de 13 enfermeiras do município. Foi organizada a consulta de enfermagem em seis momentos, sendo eles o de acolher, perguntar, avaliar, checar sinais gerais de perigo estratificar o risco, diagnosticar e conduzir. Os resultados encontrados foram que a educação permanente realizada com os enfermeiros após a construção de um protocolo produz mudanças positivas no processo de trabalho, proporcionando um ambiente colaborativo entre os profissionais, problematizando temas importantes, valorizando suas ações, sendo todo processo baseado em realidades dos serviços (ALMEIDA et al., 2016).

No Rio de Janeiro, um estudo com o objetivo de descrever a expansão da ESF, utilizando uma análise documental, mostrou que a utilização de Protocolos de enfermagem é apontada como prática, que, além de padronizar condutas clínicas baseada nas melhores práticas, oferece instrumentos para o enfrentamento de dificuldades encontradas na assistência ao paciente, contribuindo para a expansão da ESF (JESUS; ENGSTROM; BRANDÃO, 2015).

Em Cuiabá, um estudo exploratório descritivo transversal com 182 participantes apresentou que a não utilização de protocolos assistenciais compromete a qualidade da atenção prestada à população, por não ter condutas padronizadas e não se utilizar de práticas baseadas em evidências (DUARTE; MAMEDE, 2013)

No México, foi realizado um estudo experimental 82 pessoas com DM Tipo 2, nesse estudo as pessoas foram divididas em dois grupos, sendo um grupo de intervenção e um grupo controle, em que foi utilizado o Guia clínico para tomada de decisões, denominado de Manejo de diabetes por etapa (MDE), tendo sido elaborado pelo Centro Internacional de Diabetes, constituído de algorítmicos que estabelece as intervenções a serem realizadas em tempo oportuno no cuidado com DM. O estudo avaliou resultados de exames de laboratórios antes e após a intervenção, o grupo controle participou de um programa de educação tradicional com

a utilização de dispositivos audiovisuais e o grupo de intervenção realizou consultas de enfermagem com orientações educacionais do protocolo MDE. O estudo mostrou uma redução no Índice de Massa Corporal (IMC) no grupo intervenção, o que não foi verificado no grupo controle. Apresentou também uma redução de glicose sérica no grupo intervenção e grupo controle, bem como redução na HbA1c, no colesterol total, no LDL e nos triglicerídeos somente no grupo de intervenção. Foi possível verificar que os cuidados de enfermagem utilizando os algorítmicos do protocolo de MDE, mostram um maior percentual de controle metabólico das pessoas com DM, sendo recomendada a implantação do protocolo em consultas de enfermagem, juntamente com atualização profissional e para intervenções sistematizadas e baseadas em evidências (SOLANO et al., 2013).

A avaliação de protocolos é de extrema importância para o direcionamento dos cuidados de saúde. Um estudo desenvolvido no Canadá, tendo como um dos objetivos a avaliação de um protocolo para dor, em que foram utilizados métodos qualitativos e quantitativos, com uma amostra de conveniência de 200 pessoas, sendo 99 no grupo de intervenção e 101 no grupo controle com uma média de idade de 82,6 e 83,6 anos. O protocolo foi construído baseado nas melhores evidências, orientando os profissionais na tomada de decisão, avaliado após um ano de utilização pelos profissionais, em que foram questionados sobre sugestões de como tornar o protocolo mais fácil de utilizar, aperfeiçoando-o. Os resultados da avaliação qualitativa do protocolo da dor trouxeram resultados positivos por parte da equipe, como também a implementação do protocolo demonstrou melhora de resultados resistentes, relataram que as ferramentas de avaliação da dor e as escalas de observação de comportamento foram bem úteis na utilização com os participantes. Alguns enfermeiros se mostraram desencorajados em utilizar o protocolo relatando que a parte de prescrição de medicamentos foi mais útil para os médicos. Uma das solicitações realizadas pelos profissionais foi a simplificação do protocolo com a redução do documento. Foi demonstrado que há uma importância na forma de implementação dos protocolos, bem como o envolvimento de toda a equipe (KAASALAINEN et al., 2012).

A utilização de protocolos tem assegurado a integralidade do cuidado, sendo também instrumento importante no controle social (MEGA, 2015). Outro estudo de avaliação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) buscou uma análise descritiva de amostra aleatória de revisões ou elaborações de PCDT realizada pelo MS após 2009. A avaliação da qualidade dos protocolos foi realizada através da

utilização do AGREE II, sendo sorteadas oito diretrizes dos 59 PCDT, sendo elas “Dermatomiosite e Polimiosite, Diabetes Insípido, Esclerose Lateral Amiotrófica, Espondilose, Hemangioma Infantil, Hiperfosfatemia na Insuficiência Renal Crônica, Leiomioma de Útero, Puberdade Precoce Central” (RONSONI et al., 2015, p. 2). No item avaliado recomendação do uso da diretriz, dois avaliadores recomendaram o uso de todas, um não recomendou nenhuma diretriz quando avaliada a qualidade global da diretriz a média ficou em 4,25. O estudo é finalizado levantando que uma das possíveis causas da pontuação mediana das diretrizes pode estar ligada a ausência da descrição completa dos métodos utilizados para sua construção (RONSONI et al., 2015)

Há escassas pesquisas relacionadas à implementação de práticas de enfermagem em longo prazo. No Canadá, um estudo de acompanhamento longitudinal avaliou a implementação de um *Best Practice Guideline* de adultos com Asma e outro relacionado às pessoas com DM utilizando indicadores de cuidado de enfermagem, após três anos em uso. Foi utilizado como método observações e entrevistas com informantes-chaves, a análise de dados foi feita com dados quantitativos utilizando o Teste exato de Fisher. A avaliação dos fatores de risco para úlcera no pé teve um aumento pós implementação imediata de 44% e após três anos de 98,5%, a avaliação de anormalidades estruturais ou bioquímicas passou de 6% para 90,8% três anos após. Foi encontrado também melhora no uso de monofilamentos para avaliação de sensação nos pés de 42% para 63,1. Em relação à inspeção diária e prevenção de ferimentos houve um aumento na documentação de 30% para 81,5% após três anos. Algumas mudanças ocorreram nos locais após implementação, como por exemplo, o encaminhamento de paciente diagnosticados com DM para um programa de cuidado e educação para o DM (HIGUCH et al., 2011).

Um estudo que envolveu pessoas com câncer, teve o objetivo de desenvolver e avaliar um protocolo baseado em evidências para ser utilizado pelo enfermeiro para avaliação de sintomas relacionados aos tratamentos através do telefone. Inicialmente foi realizada uma revisão sistemática sobre diretrizes de práticas clínicas, utilizando o instrumento AGREE para avaliação da qualidade da prática clínica, sendo formado um grupo para a avaliação dos protocolos encontrados. A avaliação dos protocolos foi realizada com enfermeiros que trabalham com pessoas com câncer do Canadá, através de questionamentos como facilidade no uso, emprego de termos adequados, número de informações fornecidas, adequação ao fluxo de trabalho clínico, utilidade de cada elemento e um espaço para comentários. Houve a utilização de perguntas abertas, múltipla escolha e uma escala tipo LIKERT, resultando em dados

qualitativos e quantitativos. Os resultados encontrados após a revisão sistemática foram utilizados por 14 especialistas que elaboraram o protocolo com cinco recomendações que deveriam ser avaliadas pelos enfermeiros nos cuidados de pessoas com câncer. A avaliação do protocolo elaborado foi realizada por 12 enfermeiros especialistas em oncologia, sendo que 12 avaliaram como boa a quantidade de informações, bem como o mesmo número avaliou que os termos estavam apropriados. Os 12 enfermeiros indicaram que tamanho da letra e tipo contribuiu para que a leitura se tornasse boa. Quando perguntado se o protocolo é autosuficiente, cinco concordaram e sete discordaram, necessitando de maiores informações. Dos 12 enfermeiros entrevistados, oito relataram que as informações contidas no protocolo estão adequadas ao fluxo de trabalho, sendo que uma discordava e três não responderam. Consideraram que o uso de protocolo melhora a segurança dentro das instituições, porém há a necessidade do treinamento para que seu uso possa ser realizado com segurança, bem como o estudo afirma que é necessária a avaliação dos protocolos pela enfermagem, paciente e relacionado aos resultados organizacionais nas instituições (STACEY et al., 2013).

Um estudo realizado com o objetivo de avaliar a utilização de protocolos na prevenção de úlcera por pressão (UP) realizou uma revisão sistemática em base de dados, sendo selecionados sete trabalhos para o estudo. No primeiro estudo realizado com 53 pacientes, foi identificada uma incidência de 26,83% de UP, por não ter sido avaliada a incidência anteriormente a implantação do protocolo não foi possível identificar se houve ou não diminuição, porém o estudo afirmou que o protocolo é efetivo na prevenção de UP melhorando a resolutividade e assistência prestada (ALMEIDA et al., 2012).

Outro estudo realizado com uma paciente por 140 dias, utilizou se da escala de *Braden* sendo verificado um risco de desenvolver UP com escore de 11,48%, porém até seu falecimento não apresentou UP com o uso do protocolo. No estudo realizado com 155 pacientes submetidos ao protocolo foram avaliados através da escala de avaliação de risco de Norton, houve uma incidência de 25,8 % de UP. No estudo realizado com 211 pacientes com risco elevado para desenvolvimento de UP houve uma incidência de 39,8%. O estudo traz como resultado um percentual de 79% de prevenção de UP quando aplicado o protocolo (ALMEIDA et al., 2012).

Em um hospital universitário do sul do Brasil foi realizado um estudo com objetivo de identificar a percepção dos enfermeiros na utilização de um protocolo de enfermagem para avaliação da dor torácica.

O estudo foi realizado com enfermeiros através de entrevistas semiestruturadas que abordavam as fragilidades e potencialidades do uso do protocolo, sendo apresentado como ponto positivo unânime que o protocolo trouxe condições mais adequadas para o cuidado e terapêutica dos pacientes, uma avaliação de risco qualificada e com identificação do tipo de dor mais facilmente. Os aspectos negativos apresentados foram relacionados à estrutura de apresentação do protocolo e a insegurança legal na realização de solicitação de exames. Um entrevistado relatou que, inicialmente, é difícil utilizar uma nova tecnologia, porém ao longo do tempo, essa se torna relevante. Todos os enfermeiros avaliaram positivamente o protocolo em relação à aplicabilidade no serviço, relatando menor tempo no atendimento, bem como identificação dos casos graves com uma melhor qualidade (VIEIRA et al., 2016).

Um estudo realizado em Durham para avaliação de resultados após implementação de um protocolo para DM, sendo utilizadas duas coortes com acompanhamento dos pacientes antes e após a implementação do protocolo para avaliação de sua eficácia. Após a implementação do protocolo 43,2% dos pacientes foram tratados de acordo com o protocolo, 21,6% parcialmente de acordo e 35,1% não utilizaram o protocolo. Os resultados mostraram que os pacientes que tiveram uma fidelidade total no uso do protocolo obtiveram melhorias clínicas significativas, redução de hipocalemia sugerindo resultados mais consistentes no tratamento do DM (EVANS et al., 2014).

Há uma diversidade metodológica grande no desenvolvimento de protocolos, sendo que encontramos inúmeras formas válidas de construção, sempre orientada para a tomada de decisão profissional, baseado nas melhores evidências. Desta maneira, a avaliação destes protocolos também apresenta uma abrangente diversidade (ROSENFELD; SHIFFMAN; ROBERTSON, 2013).

Nesse sentido as pesquisas envolvendo protocolos demonstraram melhoria na qualidade de atendimento, através de orientações de conduta mais adequada e melhor sensibilidade de avaliação de situações mais complexas, porém pontos negativos como a insegurança de realização de ações antes não realizadas rotineiramente pelo enfermeiro no serviço, bem como a difícil mudança de prática já estabelecida no serviço foram levantadas nos estudos.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O estudo utilizará como referência os conceitos de: avaliação qualitativa dos serviços de saúde; atenção primária; e protocolo, considerando que são os temas que permeiam o estudo e que possibilitarão um olhar ampliado para o uso de protocolos na saúde, evitando um foco voltado somente para o julgamento de certo ou errado, mas contemplando uma perspectiva que busca a compreensão de como esse protocolo pode estar contribuindo para a qualificação da atenção as pessoas com DM desenvolvida pelos enfermeiros na atenção primária. Assim, buscou-se nas diretrizes da atenção primária do Brasil os referenciais para efetuar esta avaliação.

A avaliação é a emissão de juízo com diligência, através da utilização de métodos e técnicas. Essa avaliação deve ser utilizada com frequência para uma melhor gestão, sendo articulado sempre com ações técnicas e administrativas, portando é um elemento essencial na tomada de decisões partindo sempre do planejamento de ações respaldados nessas avaliações (BOSI; MERCATO, 2007).

O estudo que estamos propondo se caracteriza como uma pesquisa avaliativa. Este tipo de pesquisa utiliza-se de métodos e técnicas da pesquisa social revelando um juízo cuidadoso, ou seja, uma avaliação consequente. Contudo é preciso delimitar o objeto da avaliação, bem como a dimensão qualidade que é caracterizado pelo âmbito das ideias que será de extrema importância no decorrer de todo estudo (UCHIMURA; BOSI, 2007).

Avaliar ações e serviços de saúde não deve estar restrito a variáveis biológicas, utilizando perspectivas unidimensionais do termo qualidade. Há uma importância na pesquisa avaliativa qualitativa devido ao fato de não se restringir a resultados numéricos, bem como valorizar a subjetividade do processo de avaliar, não negligenciando as percepções dos atores sociais relacionados à qualidade dos serviços e programa vindas de suas experiências vivenciais, desvelando não apenas o significado da qualidade para os diferentes grupos, mas também suas necessidades a partir de suas próprias perspectivas (UCHIMURA; BOSI, 2007).

Desta forma, pesquisas avaliativas qualitativas contribuem para a consolidação de avanços conquistados nos últimos anos, como também uma ferramenta para busca de novas conquistas, além do preenchimento de um vazio de estudos que abordavam essa dimensão, bem como a escassez de publicações existentes até poucos anos (CAMPOS; FURTADO, 2011).

Considerando que nossa proposta avaliou a implementação de um protocolo de atenção às pessoas com DM construído para ser implementado na atenção primária, tomamos como referência a **Política Nacional de Atenção Básica** de 2012 e atualizada em 2017, com os princípios e diretrizes, sendo eles:

- **Universalidade:** Promover acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, com qualidade e resolutividade adequada, reforçando o conceito de atenção primária como a porta de aberta e porta de entrada preferencial para os serviços de saúde. As equipes devem se organizar para possibilitar a acessibilidade da população ao serviço, ouvindo todas as pessoas e elaborando respostas para as suas necessidades. O acolhimento é trazido como um mecanismo de organização do acesso, sendo responsável por escutar e promover vínculo com o indivíduo dando uma resposta positiva com uma alta resolutividade para os problemas mais comuns da população.

- **Resolutividade:** Reforça a importância da resolutividade da APS, trabalhando com a clínica ampliada, utilização de tecnologias de cuidado individual e coletivo, e intervenções efetivas para a população, tendo uma resolução da maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado da população em outros pontos da RAS. O protocolo que foi proposto se comprometeu em fortalecer o acesso aos serviços de saúde, por meio da ampliação da prática clínica do enfermeiro com o aumento de sua resolutividade, podendo realizar ações que antes estavam restritas ao profissional médico. Assim, proporciona um maior acesso aos serviços e cuidados necessários à saúde dos indivíduos consolidando a APS como porta de entrada preferencial dos serviços de saúde.

- **Longitudinalidade do cuidado:** Promovendo um cuidado longitudinal com formação de vínculo e acompanhamento do usuário ao longo do tempo, responsabilização dos usuários e profissionais, conhecendo sua história, evitando assim iatrogenias decorrentes da falta de conhecimento sobre sua história. O Protocolo de enfermagem implementado tem a intenção de contribuir para o fortalecimento do vínculo entre a pessoa com DM e o profissional enfermeiro devido à ampliação de suas ações na saúde, favorecendo um cuidado mais completo, fortalecendo o vínculo da pessoa com DM com o enfermeiro e não somente centrada na figura do médico. Aliado às atribuições já pertinentes à profissão de enfermeiro possibilitam a responsabilização da pessoa com DM pela sua saúde, como também a responsabilização do profissional enfermeiro com o cuidado à pessoa com DM. A longitudinalidade é proposta através da formação do vínculo da pessoa com o enfermeiro, por meio das ações propostas no protocolo, tornando

este, mais capaz de resolver suas demandas de saúde de forma autônoma, fazendo com que a pessoa retorne no serviço de saúde ao longo dos anos.

- Coordenação do cuidado: Acompanhar o usuário nos diversos pontos de atenção da RAS, bem como ser o centro de comunicação entre esses diversos pontos, responsabilizando-se pelo cuidado do usuário e realizando o compartilhamento do cuidado de forma horizontal. O fortalecimento de ações e ampliação da clínica do enfermeiro nos serviços de saúde com a utilização do protocolo contribui para a integralidade do cuidado, ao possibilitar uma atuação exitosa e ampla nos variados cenários de atendimentos. O cuidado integral depende de diversos fatores, sendo um dos fatores o cuidado clínico completo, que quando realizado pelo profissional enfermeiro se une ao cuidado holístico inerente da profissão.

- Ordenação das redes: Reconhecer e organizar as necessidades da população em outros pontos de atenção.

- Participação da comunidade: Estimular a participação da comunidade e realizar ações de orientação de saúde a fim de estimular a autonomia à sua saúde e da coletividade. A utilização do protocolo de enfermagem tem o intuito de impactar nos determinantes e condicionantes de saúde de pessoas com DM, através da ampliação da clínica do enfermeiro, proporcionando a autonomia por meio do cuidado prestado.

A implementação de diretrizes do SUS e Políticas Públicas em Saúde é destaque na Atenção Primária de Florianópolis. O sucesso da APS se deu através de três iniciativas, vencendo até mesmo restrições financeiras importantes, fazendo com que até sistemas de saúde internacionais buscassem a APS de Florianópolis como referência. Dentre as iniciativas geradas para o desenvolvimento da APS no município estão baseadas no acesso avançado, visando a reversão da lei de cuidados inversos, fortalecendo o enfermeiro na APS. Esse fortalecimento se deu através da formulação de protocolos de enfermagem, ampliando a clínica do enfermeiro, transcendendo a cultura de tarefas programadas e burocratizadas que foram disseminadas na APS do país por essa profissão. Há uma importância em relatar que a iniciativa não está baseada na ideia de substituição de enfermeiros por médicos devido a sua escassez, mas sim do fortalecimento da categoria na APS do Brasil (SMITH, 2016).

Em relação ao conceito de **protocolo**, compreendemos que o mesmo refere-se à descrição do cuidado, através de condutas operacionais e específicas sobre o que, quem e como se faz determinada ação, proporcionando ao profissional a tomada de decisão necessária para a

prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Podem estar inclusas ações de avaliação diagnóstica e tratamento físico, emocional, social e farmacológico, bem como intervenções educacionais. Um protocolo tem por objetivo aprimorar a assistência, baseada em práticas comprovadas, minimizar as variações de condutas e estabelecer os limites de atuação e relação entre os profissionais (PIMENTA et al., 2015).

Devemos lembrar que a ampliação da atuação do enfermeiro na APS no Brasil, atribuindo-lhe papel central com a realização de consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos e solicitação de exames respaldados no uso de normas técnicas e protocolos conferem uma mudança de paradigma da atenção e cuidado à saúde. Essa ampliação da clínica tem trazido avanços no saber e fazer construindo um espaço nunca antes alcançado pela categoria, porém muitos avanços ainda precisam ser conquistados no sentido ético e legal, assim os protocolos de enfermagem trazem o fortalecimento desta mudança de paradigma na enfermagem (COREN, 2013).

A avaliação do protocolo de enfermagem utilizado na APS pretende compreender como as ações e condutas normatizadas por este vêm contribuindo para o cuidado a saúde de pessoas com DM, bem como a avaliação pretende levantar fragilidades e fortalezas presentes nesse documento, sendo importante para o planejamento do cuidado prestado pelo enfermeiro. Portanto, a avaliação será realizada através do olhar do referencial teórico por meio das diretrizes e pressupostos da APS, do conceito de protocolo e avaliação qualitativa dos serviços de saúde, permitindo o desvelamento de percepções dos profissionais envolvidos nesses cuidados sob esta ótica.

5 MÉTODO

Neste capítulo será abordada a trajetória metodológica do estudo contemplando os seguintes aspectos: tipo de estudo, referencial metodológico, local do estudo, sujeitos do estudo, coleta de dados, análise dos dados e aspectos éticos.

5.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo apresentado refere-se a uma pesquisa avaliativa qualitativa acerca da implementação do protocolo de atenção às pessoas com DM do município de Florianópolis/SC.

A avaliação em saúde possui diversas abordagens, sendo que a proposta é de realização de uma pesquisa avaliativa qualitativa. A pesquisa qualitativa contribui para a análise dos serviços de saúde, compreendendo que a pesquisa sobre avaliação da assistência se diferencia da avaliação da assistência em si, sobretudo porque esta pode se beneficiar e ser objeto de pesquisa. A pesquisa avaliativa se caracteriza por ser geradora de conhecimento através de um problema de pesquisa e objetivos delimitados (DESLANDES; GOMES, 2007).

A avaliação em saúde não pode se resumir a instrumentos que conduzam a resultados numéricos, sendo necessária a avaliação de variados aspectos que não são contemplados em resultados numéricos, sendo imperioso o uso da subjetividade na avaliação em saúde (UCHIMURA; BOSI, 2007).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, que possui atualmente 477.789 habitantes distribuídos em uma extensão territorial de 675.409 Km². (IBGE, 2015). A atenção primária à saúde do município de Florianópolis está estruturada em 131 ESF, tendo atingido 100% da cobertura da atenção básica em 2015 (FLORIANÓPOLIS, 2015). O número de ESF em cada Centro de Saúde (CS) varia de uma a cinco equipes, sendo que essas equipes são formadas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Contam também com equipes de saúde bucal (ESB), bem como Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os CS de Florianópolis estão distribuídos em quatro Distritos Sanitários: Norte, Sul, Centro e Continente, viabilizando a regionalização do SUS, bem

como a descentralização de ações e otimização de recursos complexos (FLORIANÓPOLIS, 2012b).

O estudo foi realizado em diferentes CSs de Distritos Sanitários (DS) de Florianópolis. Foram selecionados os CSs em que os enfermeiros tenham incorporado a prática do uso do Protocolo de Enfermagem em Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares Volume I. Essa informação foi obtida pela gestão que acompanha a implantação do protocolo nos CSs, bem como em conversas com os enfermeiros da rede, e um enfermeiro que atua na sede do Distrito Sanitário. O estudo teve a intenção de ser realizado em todos os distritos do município, porém o número de CSs não foi o mesmo em todos os DSs, pois a pesquisa dependia de haver enfermeiros que tivessem incorporado o protocolo de enfermagem em sua prática de uma forma sistemática. Os nomes dos CSs identificados por letras e números, a fim de preservar a confidencialidade dos participantes. Portanto, a distribuição nos distritos Sanitários selecionados, está apresentada a seguir.

Quadro 1 – Centros de Saúde e distritos sanitários que integraram o estudo.

Distrito Sanitário	Centro de Saúde
Norte	N1
	N2
Sul	S1
	S2
Centro	Ce1
	Ce2
	Ce3
Continente	Co1
	Co2
	Co3

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram 22 profissionais, sendo 19 enfermeiros e três médicos da ESF, dos quatro distritos sanitários do município de Florianópolis. Em relação à seleção dos enfermeiros que participaram do estudo, foi uma amostragem intencional, convidando a integrar o estudo enfermeiros que inseriram em sua prática o Protocolo de Enfermagem em Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares Volume I de forma sistemática, de acordo com o setor

de APS do município. Os enfermeiros foram acessados através do contato inicial com os coordenadores dos Centros de Saúde ou distrito sanitário selecionado, com posterior contato com os enfermeiros. Em relação à seleção dos médicos, estes foram indicados pelos enfermeiros, dentre aqueles que estavam realizando o compartilhamento do cuidado da pessoa com DM com o enfermeiro. O convite para participar do estudo foi realizado ao enfermeiro e ao médico respeitando o local, data e horário das entrevistas escolhidos pelos participantes. O acesso aos participantes foi através de autorização do coordenador do CS ou distrito sanitário a que este pertencia. Não houve recusa dos profissionais convidados a participarem da pesquisa, porém houve dificuldades no agendamento da entrevista com os profissionais médicos. Por esse motivo não houve um número elevado de participantes desta categoria. Houve também uma enfermeira indicada por estar utilizando de forma sistemática o Protocolo de Enfermagem, mas que estava em afastamento durante a coleta de dados e, portanto, não participou do estudo.

Os critérios de inclusão dos enfermeiros foram:

- o Ter vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Florianópolis e atuação nos Centros de Saúde do município ou Distrito Sanitário.

- o Estar realizando atenção em saúde às pessoas com DM.

- o Estar utilizando o Protocolo de Enfermagem Volume I - Protocolo de Enfermagem em Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares Volume I no cuidado às pessoas com DM.

Os critérios de inclusão dos médicos foram:

- o Ter vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Florianópolis e atuação nos Centros de Saúde do município.

- o Estar realizando o compartilhamento do cuidado da pessoa com DM com o enfermeiro.

Não houve critério de exclusão para médicos e enfermeiros.

5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de junho a agosto de 2017. Os dados foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas, sendo utilizados dois roteiros, um para os enfermeiros (APÊNDICE A) e outro para os médicos (APÊNDICE B). A entrevista semiestruturada proporciona aos entrevistados uma gama de questões que podem ser trabalhadas de diversas formas, tornando-se um roteiro flexível e permitindo ao pesquisador trabalhar seu tema de forma participativa com

um instrumento que auxilie questões relevantes no estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

As questões que compõem o roteiro da entrevista buscaram levantar as diferentes perspectivas dos profissionais acerca da contribuição do Protocolo de Enfermagem em Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares Volume I para o cuidado às pessoas com DM. Deste modo, o roteiro foi apenas uma orientação para a entrevista, deixando o participante livre para expressar suas opiniões sobre o tema. O roteiro foi elaborado buscando contemplar o referencial teórico. Também foram obtidos dados de caracterização dos participantes em relação a: sexo; idade; tempo de formação; tempo de atuação na atenção primária; formação pós-graduada (especialização, mestrado e doutorado).

Posteriormente ao aceite, foram agendadas as entrevistas, conforme disponibilidade dos entrevistados as quais foram realizadas em local privativo, entretanto todos os participantes escolheram o CS ou DS para realização desta. Como as entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos participantes, houve algumas interrupções, em algumas entrevistas, que não geraram prejuízos.

As entrevistas tiveram como questões básicas: Conte-me um pouco sobre sua trajetória na enfermagem e a escolha por trabalhar na atenção primária; Como é a atenção às pessoas com diabetes mellitus neste Centro de Saúde? (explorado o diagnóstico, o acompanhamento, o acesso, o vínculo); Conte-me um pouco sobre sua trajetória na enfermagem ou medicina e a escolha por trabalhar na atenção primária? Como é a atenção às pessoas com diabetes mellitus neste centro de saúde? Qual sua percepção sobre o uso dos protocolos de enfermagem na atenção primária? Fale sobre como teve conhecimento e foi preparada para o uso do Protocolo de Enfermagem – Vol 1 da SMS de Florianópolis; Que fatores dificultam ou favorecem a utilização do protocolo de enfermagem na sua prática cotidiana?

O registro da entrevista se deu por meio de gravação em áudio com aparelho eletrônico, após concessão dos participantes. Teve uma duração média de 35 minutos. Posteriormente, foram transcritas na íntegra em editor de texto *Word* para a análise dos dados que foi realizada de forma manual. As gravações das entrevistas foram transcritas pela pesquisadora e por duas pessoas capacitadas para tal atividade. Todos os dados estão arquivados com a entrevistadora em local seguro e de acesso restrito.

As entrevistas foram realizadas pela mestranda e houve a necessidade de treinamento de outra entrevistadora para realização de duas entrevistas. Esse treinamento constou de apresentação do objetivo

da pesquisa, explicação de conceitos básicos e simulação da entrevista. O treinamento teve duração de três horas e a entrevistadora era uma profissional de saúde, o que facilitou a compreensão de todo o contexto envolvido na pesquisa.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

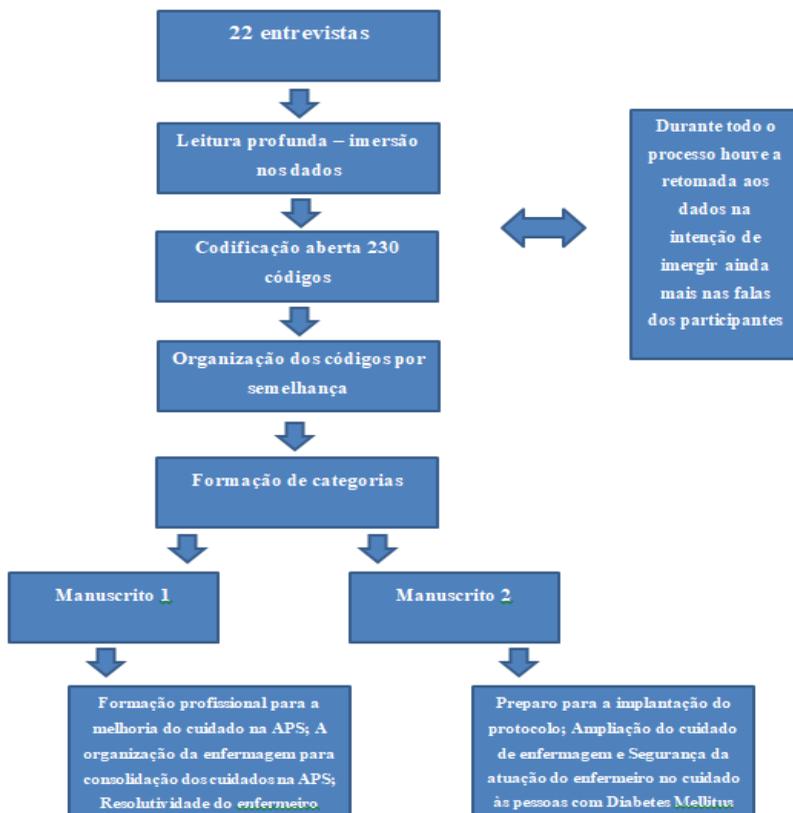
A análise dos dados se deu por meio da análise qualitativa de conteúdo convencional, conforme proposto por Hsieh e Shannon (2005). A análise de conteúdo proporciona a interpretação dos dados coletados de forma subjetiva realizando a classificação sistemática, codificação, identificação de temas e categorias (HSIEH; SHANNON, 2005).

A análise de conteúdo convencional tem o objetivo de descrever um fenômeno. No caso em que há uma limitação de informações acerca do tema, evitando assim o uso de pré-categorias e permitindo que as categorias e subcategorias se apresentem a partir dos dados coletados (HSIEH; SHANNON, 2005). Assim, a análise de conteúdo convencional, foi utilizada para a codificação e posterior discussão dos dados.

A análise de dados ocorreu, após a transcrição e organização de todo material, sendo inicialmente realizada uma leitura atenta e repetidas vezes, tendo a intenção de imergir nas falas dos participantes possibilitando uma melhor compreensão dos dados coletados. A análise de dados foi realizada concomitante à coleta, foi realizada manualmente pela pesquisadora utilizando o editor de texto *Word*.

Assim, o processo de análise iniciou com a imersão nos dados por meio de leitura profunda das transcrições com a intenção de obter uma noção do conteúdo das entrevistas e já assinalando alguns temas que se destacavam. Posteriormente foi efetuada a codificação dos dados e um primeiro agrupamento de forma mais aberta, sem uma interpretação mais rigorosa. Após esta etapa houve uma análise dos agrupamentos realizados e criação de subcategorias. A leitura e análise das subcategorias, juntamente com o objetivo do estudo, levou a criação das categorias. Assim, o processo inicial de codificação permitiu a criação de 230 códigos que foram agrupados por semelhanças, na intencionalidade de construção das categorias e subcategorias, conforme descrito, sendo possível a formação de seis categorias que contemplavam os objetivos do estudo, divididas em dois temas que deram origem a dois manuscritos que compõem essa dissertação. Durante a construção dos resultados e discussão destes, a pesquisadora retornou aos dados por diversas vezes, na intenção de imergir ainda mais nas falas e relacioná-las com a literatura

encontrada. O fluxograma a seguir mostra o caminho seguido para análise de dados:



5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo respeitou os aspectos éticos-legais da Resolução 466/12 e Resolução 510/16, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo os seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012, BRASIL, 2016a). Teve aprovação em Comitê de Ética e, Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Os participantes foram convidados a participar da pesquisa e receberam orientações individuais, bem como foram informados sobre o caráter facultativo na participação do estudo. Aos

sujeitos que aceitaram participar do estudo foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (APÊNDICE C), ficando uma via com o participante e a outra com o pesquisador.

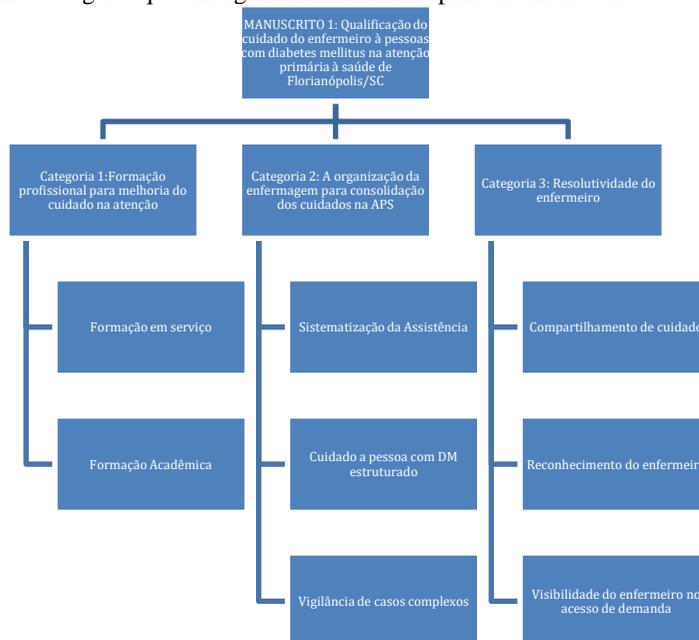
O TCLE indicou a confidencialidade das informações prestadas pelo participante, esclarecimento sobre objetivos da pesquisa, eventuais riscos e benefícios, os procedimentos utilizados durante a pesquisa, a não obrigatoriedade na participação e seu direito a interrompê-la em qualquer momento da pesquisa, ressarcimento e indenizações. Também foi informado que poderia excluir os conteúdos que não desejasse que fossem utilizados na pesquisa, bem como foi informado que poderia desistir de sua participação até o momento da conclusão da pesquisa. Foi orientado que poderia obter esclarecimentos de dúvidas posteriores a coleta de dados através do telefone fornecido pela pesquisadora. A autorização da gravação da entrevista se deu através da assinatura do TCLE, bem como orientações sobre o não prejuízo ou risco da pesquisa.

6 RESULTADOS

Com a intenção de responder aos objetivos do nosso estudo selecionamos dois temas que serão apresentados e discutidos em dois manuscritos. Os resultados encontrados e as discussões são apresentados em forma de manuscritos, de modo a atender um pré-requisito exigido pela Instrução Normativa n. 01/PEN/2016 que determina os critérios para elaboração e formato das apresentações dos trabalhos de conclusão de curso de Mestrado e Doutorado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC.

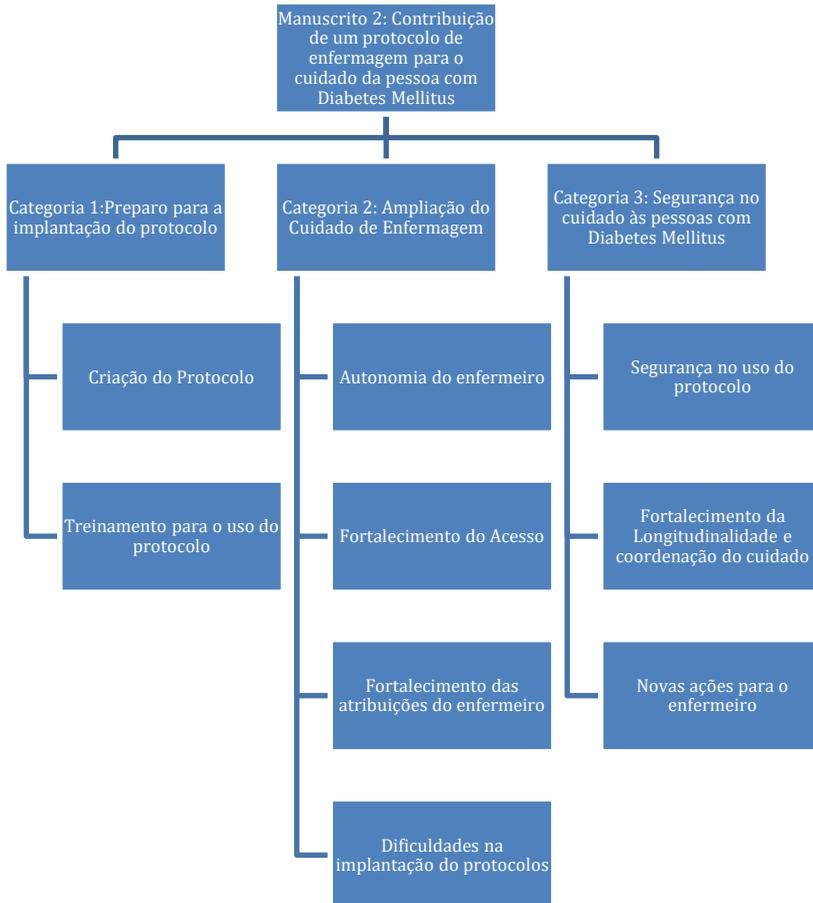
O primeiro manuscrito, intitulado: “Qualificação do cuidado do enfermeiro à pessoas com diabetes mellitus na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC”, teve por objetivo identificar os elementos de qualificação da assistência à saúde de pessoas com Diabetes Mellitus realizada pelos enfermeiros na atenção primária à saúde, no município de Florianópolis/SC. As categorias que emergiram dos dados deste manuscrito estão descritas na figura 1.

Figura 1 - Categoria que emergiram dos dados do primeiro manuscrito.



O segundo manuscrito intitulado: “Contribuição de um protocolo de enfermagem para o cuidado da pessoa com Diabetes Mellitus” teve por objetivo: Avaliar na perspectiva de enfermeiros e médicos que atuam na atenção primária de saúde de Florianópolis/SC, a contribuição do Protocolo de Enfermagem – Volume I, no cuidado à saúde de pessoas com Diabetes Mellitus. As categorias que emergiram dos dados deste manuscrito estão descritas na figura 2.

Figura 2 - Categorias que emergiram dos dados do segundo manuscrito.



Por fim, há uma relevância em apresentar a caracterização dos participantes do estudo, antes da apresentação dos manuscritos. O quadro 2 mostra essa caracterização, em que os participantes enfermeiros foram identificados com a sigla E01 a E19 e os entrevistados médicos identificados como Em01 a Em 03 para garantir seus anonimatos.

Quadro 2 - Caracterização dos participantes do estudo.

Entrevistado	Categoria	Idade	Sexo	Formação Complementar	Tempo de Formação	Tempo na APS
E1	Enf	37	F	Residência em Saúde da Família / Especialização em Doenças crônicas Não transmissíveis	16 anos	16 anos
E2	Enf	39	F	Residência em Saúde da Família	6 anos	5 anos e meio
E3	Enf	31	F	Especialização Estratégia de Saúde da Família	9 anos	7 anos
E4	Enf	38	F	Especialização Estratégia de Saúde da Família / Especialização em Preceptoria	16 anos	13 anos
E5	Enf	41	F	Especialização Estratégia de Saúde da Família / Especialização em Saúde Coletiva	20 anos	19 anos
E6	Enf	30	F	Especialização Estratégia de Saúde da Família /Mestrado/ Doutorado	8 anos	8anos
E7	Enf	44	F	Especialização em Cardiologia	16 anos	16 anos

E8	Enf	31	F	Residência em Saúde da Família / Especialização em Gestão em Saúde Pública	9 anos	9 anos
E9	Enf	34	M	Especialização Estratégia de Saúde da Família	10 anos	7 anos
E10	Enf	34	F	Doutorado	9 anos	9 anos
E11	Enf	45	F	Especialização Saúde Pública/ Especialização Estratégia de Saúde da Família	23 anos	23 anos
E12	Enf	36	F	Especialização Estratégia de Saúde da Família	13 anos	12 anos
E13	Enf	39	M	Residência em Saúde da Família / Mestrado	14 anos	14 anos
E14	Enf	30	F	Não possui	7 anos	7 anos
E15	Enf	55	F	Especialização Fitoterapia/ Especialização Medicina Tradicional Chinesa/ Especialização Saúde Coletiva	31 anos	6 anos
E16	Enf	26	F	Residência em Saúde da Família / Especialização Enfermagem do Trabalho/ Especialização em	4 anos	2 anos

				Atenção Domiciliar		
E17	Enf	33	F	Especialização Estratégia de Saúde da Família / Especialização em Gestão Pública	10 anos	10 anos
E18	Enf	29	M	Especialização Estratégia de Saúde da Família / Especialização Urgência e Emergência/ Especialização em Acupuntura	7anos	6anos
E19	Enf	40	F	Residência em Saúde da Família	16 anos	16 anos
Em1	Med	40	M	Medicina de Família e Comunidade	12 anos	12 anos
Em2	Med	32	F	Medicina de Família e Comunidade	5 anos	4 anos
Em3	Med	41	M	Medicina de Família e Comunidade	17 anos	17 anos

Fonte: Elaborado pela autora, Florianópolis, 2017.

A caracterização evidencia que a maioria das pessoas que participou do estudo foi: (i) do sexo feminino; (ii) possui formação complementar; (iii) faixa etária de 26 a 36 anos; (iv) tempo de formação igual ou superior a 10 anos (v); tempo na atenção primária de mais de oito anos.

6.1 MANUSCRITO 1 - QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS/SC

Qualificação do cuidado do enfermeiro às pessoas com diabetes mellitus na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC

RESUMO: O enfermeiro tem ampliado sua clínica no município de Florianópolis com repercussões no cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus, reconhecido nas avaliações do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Essas avaliações, oferecem dados que não exploram os aspectos mais subjetivos de quem realiza a atenção em saúde. Assim, foi realizado estudo com objetivo identificar os elementos de qualificação da assistência do enfermeiro à saúde de pessoas com DM realizada pelos enfermeiros na atenção primária à saúde em Florianópolis/SC. Trata-se de pesquisa qualitativa avaliativa. O estudo foi realizado com enfermeiros de Centros de Saúde (CS) e Distritos Sanitários de Florianópolis/SC. Os resultados foram organizados em três categorias: Formação profissional para melhoria do cuidado na atenção primária à saúde; A organização da enfermagem para consolidação dos cuidados na Atenção Primária à Saúde (APS); Resolutividade do enfermeiro. A atuação do enfermeiro da APS no município é resultado de um trabalho planejado, consistente e sistematizado. Os enfermeiros têm formação acadêmica pós-graduada, trazendo elementos de qualificação de cuidados pioneiros, como o estabelecimento de protocolos. Há um trabalho alinhado entre médico e enfermeiro, fazendo uso de mecanismos de interconsulta, prestando um cuidado integral e interdisciplinar, ampliando o acesso e mantendo vigilância de casos prioritários. Isso resulta em uma atuação ampliada e complexa do enfermeiro que promove uma melhoria do cuidado prestado à população.

Palavras-chave: Enfermeiro. Diabetes Mellitus. Assistência de Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: The nurse has expanded his clinic in the city of Florianópolis with repercussions in the care of the person with Diabetes Mellitus, recognized in the evaluations of the National Program of Improvement of Access and Quality of Primary Care. These evaluations provide data that do not explore the more subjective aspects of who performs health care. Thus, a study was carried out with the objective of identifying the qualification elements of the nurse's assistance to the

health of people with DM performed by nurses in primary health care in Florianópolis/SC. This is qualitative evaluative research. The study was carried out with nurses from Health Centers (SC) and Health Districts of Florianópolis/SC. The results were organized into three categories: Professional training to improve care in primary health care; The nursing organization for consolidation of care in Primary Health Care (PHC); Nurses' Resolutivity. The performance of the PHC nurse in the municipality is the result of a planned, consistent and systematized work. Nurses have a postgraduate academic background, bringing elements of qualification of pioneering care, such as the establishment of protocols. There is a work aligned between doctor and nurse, making use of consultation mechanisms, providing comprehensive and interdisciplinary care, expanding access and maintaining surveillance of priority cases. This results in an expanded and complex role of the nurse that promotes an improvement in the care provided to the population.

Keywords: Nurse. Diabetes Mellitus. Nursing Assistance. Primary Health Care

INTRODUÇÃO

As condições crônicas foram responsáveis por 38 milhões de mortes no ano de 2012 e, se compararmos com todas as mortes ocorridas no mundo, as condições crônicas foram responsáveis por 68% das mortes. A doença cardiovascular, o câncer, o diabetes e a doença respiratória crônica somam mais de três quartos dessas mortes (WHO, 2016). As condições crônicas são de extrema relevância na saúde pública, especialmente por atingir pessoas em idade produtiva, impactando economicamente nas famílias, devido sua característica de limitar a pessoa em suas atividades laborais, aumentando as inequidades e os problemas sociais (BRASIL, 2011a). O Diabetes Mellitus (DM) é uma das condições crônicas com maior impacto na saúde das pessoas e também das instituições de saúde do Brasil e do mundo. Esta condição crônica vem crescendo em número de pessoas atingidas e também na crescente necessidade de ações para controlar o avanço de suas complicações e também da própria doença. Em 2014, o número de pessoas com DM no mundo era de 387 milhões, com estimativa de que em 2035 esse número aumente para 471 milhões (IDF, 2014).

A intenção de controlar o avanço das condições crônicas no Brasil se estrutura especialmente a partir da Atenção Primária à Saúde (APS)³, reconhecida por ser uma estratégia de reorganização e mudança da prática-assistencial. Há evidências que mostram a melhora de indicadores, dos cuidados com doenças crônicas, aumento da prevenção, diminuição de inequidades dentre outros benefícios encontrados internacionalmente e em nosso país (OLIVEIRA; PEREIRA 2013). A APS para o Sistema Único de Saúde (SUS) é de grande importância, sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a principal porta de entrada do sistema e podendo ter resolubilidade de até 90% das demandas trazidas pelos usuários, tendo o enfermeiro um papel fundamental neste sistema (BRASIL, 2016c).

Em Florianópolis, o modelo de atenção adotado, como em todo país, é a ESF, tendo demonstrado resultados positivos com a priorização desse modelo para a atenção à saúde, sendo a primeira capital do país, em 2015, a alcançar 100% de cobertura populacional de ESF. Outro aspecto positivo, relacionado a APS resolutiva é a diminuição de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) apresentada em um estudo de 2015. A atenção primária do município é não seletiva, de ampla abrangência e disponível a todos os cidadãos. A APS do município foi avaliada como a melhor atenção primária do país, segundo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) (FLORIANÓPOLIS, 2016; BRASIL; COSTA, 2016; FIOCRUZ, 2016). Quando avaliamos os municípios de Santa Catarina (SC), encontramos somente 10,7% classificados como ‘bom’ na dimensão ‘Condições Processuais’ e 23,3% avaliados como ‘bom’ na dimensão ‘Condições estruturais’, demonstrando que há uma necessidade de assegurar condições necessárias em relação à continuidade do cuidado e organização do trabalho, incluídas na avaliação dos aspectos processuais (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

A APS de Florianópolis vem aprimorando sua qualidade através de ações pioneiras, tornando-se referência para outras cidades brasileiras com a implantação do *Practical Approach to Care Kit* (PACK) Brasil. O PACK é guia para médicos e enfermeiros utilizando condutas baseadas em conhecimentos científicos (FLORIANÓPOLIS, 2016). Outra ação pioneira está relacionada aos protocolos de enfermagem que vêm tendo reconhecimento com a possibilidade de ampliação da prática clínica do

³ Será utilizado a nomenclatura Atenção Primária à Saúde durante o estudo em substituição a Atenção Básica, devido sua utilização internacional e no município de Florianópolis.

enfermeiro, promovendo resultados satisfatórios na APS do município, refletindo em um aumento de até 80% da oferta de serviço nos Centros de Saúde (CS) (COREN, 2015).

Essas mudanças na atuação do enfermeiro, especialmente com a ampliação de sua clínica no município de Florianópolis trazem efeitos positivos no cuidado à pessoa com DM. Algumas dessas mudanças estão expressas sem avaliações formais, como no PMAQ (FLORIANÓPOLIS, 2016; BRASIL, 2015; FIOCRUZ, 2016), mas também são identificadas em depoimentos dos profissionais de saúde e das pessoas atendidas por esses profissionais que merecem ser mais bem exploradas por meio de investigações qualitativas. Portanto, junto ao destaque da APS que o município de Florianópolis tem recebido no cenário nacional, se alia a necessidade de identificação dos elementos que qualificam esse cuidado para o reconhecimento mais específico de sua contribuição e dos aspectos que ainda podem avançar para melhoria do cuidado a pessoas com DM.

Assim, propusemos a realização de um estudo que teve como objetivo identificar os elementos de qualificação da assistência do enfermeiro na atenção à saúde de pessoas com Diabetes Mellitus realizada pelos enfermeiros na atenção primária à saúde, no município de Florianópolis/SC.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em Centros de Saúde (CS) e Distritos Sanitários de Florianópolis/SC. A coleta de dados se deu entre junho a agosto de 2017 com 19 participantes enfermeiros.

Na escolha dos enfermeiros foram observados os seguintes critérios de inclusão: (i) Ter vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Florianópolis e atuação nos Centros de Saúde do município ou distrito sanitário; (ii) Estar realizando atenção em saúde às pessoas com DM. Não houve critério de exclusão.

Posteriormente ao aceite, foram agendadas as entrevistas, conforme disponibilidade do entrevistado em relação ao dia, hora e local. Foi utilizado um roteiro semiestruturado e as entrevistas duraram, em média, 35 minutos e foram gravadas, com consentimento do entrevistado, em equipamento de captação de áudio digital. As entrevistas tiveram como questões básicas: Conte-me um pouco sobre sua trajetória na enfermagem e a escolha por trabalhar na atenção primária. Como é a atenção às pessoas com diabetes mellitus neste centro de saúde? (explorado o diagnóstico, o acompanhamento, o acesso, o vínculo).

As gravações das entrevistas foram transcritas pela pesquisadora e por duas pessoas capacitadas para tal atividade. A análise dos dados se deu por meio da análise qualitativa de conteúdo convencional, conforme proposto por Hsieh e Shannon (2005). A análise de conteúdo proporciona a interpretação dos dados coletados de forma subjetiva realizando a classificação sistemática, codificação, identificação de temas e categorias (HSIEH; SHANNON, 2005).

A análise de conteúdo convencional tem o objetivo de descrever um fenômeno. No caso em que há uma limitação de informações acerca do tema, evitando assim o uso de pré-categorias e permitindo que as categorias e subcategorias se apresentem a partir dos dados coletados. (HSIEH; SHANNON, 2005). A imersão nos dados se deu através de leitura profunda das transcrições e noção do todo, com posterior codificação dos dados. O processo inicial de codificação permitiu a criação de 230 códigos, sendo utilizados para este manuscrito 40 códigos que respondiam ao objetivo do estudo, sendo agrupados em três categorias possibilitando responder aos objetivos do estudo.

O estudo respeitou, em todo o seu processo, os aspectos ético-legais da Resolução 466/12 e Resolução 510/16, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo os seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a, BRASIL, 2016a). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, ficando uma via com o participante e a outra com a entrevistadora. No intuito de preservar o anonimato dos participantes os enfermeiros foram identificados através de um sistema numérico (E1 à E19).

RESULTADOS

Dentre os 19 enfermeiros entrevistados, 16 eram do sexo feminino e três do sexo masculino. A idade apresentada foi de 10 enfermeiros entre 26 e 36 anos, oito entre 37 e 47 anos e um com mais de 48 anos. Quando questionados sobre seu tempo de formação 12 enfermeiros estão entre quatro e 14 anos, seis entre 15 e 25 anos e um entre 26 e 36 anos. O tempo de atuação na APS variou com 12 enfermeiros entre dois e 12 anos e sete entre 13 e 23 anos.

A análise dos dados mostrou que os enfermeiros falam da qualificação da assistência que realizam na APS, nem sempre abordando especificamente a atenção às pessoas com DM. Reconhecem que desenvolvem um cuidado estruturado que pode ser considerado como um dos elementos que qualificam a atenção às pessoas com DM e que está

sustentado por três elementos que constituem as categorias de análise: Formação profissional para melhoria do cuidado na atenção primária à saúde; A organização da enfermagem para consolidação dos cuidados na APS; Resolutividade do enfermeiro.

Formação profissional para melhoria do cuidado na atenção primária à saúde

A formação profissional se mostrou um elemento importante na melhoria do cuidado na APS. Foi ressaltada a importância de uma qualificação pós-graduada, bem como a relevância de um currículo da graduação voltado à APS, despertando o conhecimento e o interesse, assim como preparando o enfermeiro para a atuação nesse serviço prioritário no SUS.

Quando analisamos a formação dos participantes emerge uma descoberta relevante, uma vez que a grande maioria destes profissionais possui pós-graduação *latu senso* e/ou *strictu senso*. O Quadro 1 apresenta essa formação, ressaltando que ela expressa um investimento tanto dos profissionais em buscarem essa qualificação, mas também da oferta desses cursos, especialmente pela instituição de ensino federal de referência para a área da saúde em Santa Catarina.

Quadro 3 - Formação pós-graduada dos participantes e instituição de formação na graduação em enfermagem.

Formação pós-graduada:	Nº	%
Residência	06	31,5%
Especialização	14	73,6%
Mestrado	03	15,7%
Doutorado	02	10,5%
Não possui pós-graduação	01	5,2%
Local da Graduação		
Universidade Federal de Santa Catarina	15	79%
Outras universidades federais	02	11%
Faculdades privadas	02	10%

O contato precoce e constante dos enfermeiros durante a graduação com a APS foi outro elemento valorizado, estimulando-os a atuarem nessa área. A mudança curricular realizada nos últimos anos nas universidades públicas voltada para formar profissionais para o SUS possibilitou que tivessem essa aproximação com a APS.

A minha turma foi a primeira turma do novo currículo. Então, desde o início a gente teve contato com a atenção primária, eu acho que esse é um dos grandes ganhos que a enfermagem tem tido e que a atenção primária tem tido, é essa mudança no currículo, que traz o enfermeiro, o futuro enfermeiro já para o centro de saúde desde a primeira fase, e tem ampliado a visão dos profissionais acerca do enfermeiro do postinho.
(E8)

Currículo que era da graduação de enfermagem na época, a gente ia para as comunidades logo no início... E eu já passei ver com um olhar diferente.
(E3)

Essa mudança do currículo também foi percebida pelos enfermeiros que já atuavam há mais tempo, quando recebiam os alunos em estágio nos CS do município. Para esses enfermeiros, houve o reconhecimento de que tem havido uma melhoria expressiva na qualidade

do currículo e sua especificidade em explorar melhor a formação voltada para a atenção primária.

As produções científicas, cadernos e guias voltados para a atenção primária contribuem para a assistência de enfermagem padronizada e mais qualificada. Os profissionais do município produziram um guia de práticas para médicos e enfermeiros, como também protocolos de enfermagem que vem sendo utilizado pelos enfermeiros em suas práticas clínicas.

A gente está usando o PACK (Practical Approach to Care Kit), alguma coisa do BMJ (British Medical Journal) mas assim eu uso o protocolo de enfermagem, para começar sempre foi o protocolo de enfermagem e o PACK que a gente mais está trabalhando. (E05)

Assim, a formação profissional em suas diferentes formas – graduação e pós-graduação – e também o acesso a textos de qualidade, tem se mostrado como essenciais para um serviço mais qualificado.

A organização da enfermagem para consolidação dos cuidados na APS

Outro aspecto reconhecido pelos enfermeiros como promovendo a qualificação da atuação do enfermeiro no município foi sua organização através da sistematização da assistência. Na perspectiva do enfermeiro, a criação da comissão de sistematização da assistência de enfermagem, uma proposta dos próprios enfermeiros em conjunto com a Secretaria de Saúde, vem trazendo resultados positivos para a assistência de enfermagem prestada, com inúmeras repercussões na prática assistencial do enfermeiro. Destacam que os registros têm melhorado, há maior consistência nas decisões acerca dos cuidados, tendo como suporte o uso dos diagnósticos de enfermagem, para a elaboração de prescrições mais qualificadas e considerando as situações específicas.

A comissão de sistematização da assistência ela foi criada por um conjunto de enfermeiros junto com o responsável técnico, justamente com o objetivo de organizar a assistência de enfermagem. Num geral assim, o objetivo dela não foi só criar os protocolos, mas foi de organizar, de pensar a assistência, da forma das evoluções dos

enfermeiros, de padronizar não só as condutas, mas o registro da consulta, se usa o diagnóstico de enfermagem, quem usa, quem não usa, quem faz SOAP. Então, foi um grande ganho para a enfermagem do município [...] (E8)

Essa maior organização da enfermagem vem possibilitando o reconhecimento das áreas mais críticas, como a de atenção às pessoas com DM. Isso tem resultado na construção de novas propostas, como a criação do Protocolo de Enfermagem e também favorecido maior acesso das pessoas com DM ao serviço e aos insumos, melhor acompanhamento da sua condição de saúde.

De um modo geral acho que é um cuidado que está razoavelmente bom, porque foi estruturado ao longo de anos anteriores, era um paciente programático, quando tinha mais essa visão programática era um marcador, então recebia uma atenção dos diferentes profissionais. A gente tem alguma estrutura consistente, tem o fornecimento de insulina, de glicosímetro, tem o protocolo para manter a prescrição dos pacientes que estão estáveis, por enfermeiro, então tem alguma atenção específica algum espaço maior [...] (E2)

[...] eles têm uma oferta boa de serviços, tem uma preocupação dos profissionais um cardápio de serviços variado, completo para atender as necessidades de um diabético [...] (E2)

Temos várias pessoas que são acompanhadas, elas vêm, não tem horário específico, não tem reserva de agenda para esse grupo em específico. Normalmente elas vêm em acolhimento ou alguém que é um pouco mais complicado ou que demora um pouco mais de tempo em consulta aí são agendadas para ter mais tempo mesmo para ser atendida. (E18)

A vigilância de casos complexos é outra forma de organizar o cuidado, especialmente com a discussão de situações específicas que requerem uma atuação em equipe.

O que eu percebo, que a gente tem reunião de equipe e todos os casos que nos preocupam, são discutidos. Eu percebo que a equipe não é de comer bola com paciente complicado [...] (E1)

Portanto, a organização do processo de trabalho dos enfermeiros, através da CSAE, utilização de protocolos, melhoramento de registros e vigilância de casos complexos refletem em uma melhoria do cuidado de enfermagem sendo elementos de qualificação do cuidado do enfermeiro no município de Florianópolis.

Resolutividade do enfermeiro

A resolutividade do enfermeiro na APS do município de Florianópolis se mostra como um elemento relevante de qualificação do cuidado. Essa resolutividade é resultado de inúmeros fatores: ampliação dos cuidados clínicos através do uso de protocolos municipais; utilização de interconsulta; fortalecimento da relação entre o binômio médico-enfermeiro; monitoramento em equipe de casos complexos de sua área de abrangência; protagonismo de atuação no acolhimento da demanda espontânea. As mudanças na atenção à saúde que vêm sendo implementadas, partem da vontade dos profissionais de atender as diferentes necessidades das pessoas. Isso tem gerado respostas positivas, que implicam num trabalho mais qualificado realizado pelos enfermeiros.

O cuidado prestado pelo enfermeiro na APS do município ganha visibilidade nas ações de acolhimento em demanda espontânea, tomando grande espaço na agenda desses profissionais como atividade prioritária no seu dia a dia de trabalho, sendo o primeiro ponto de contato das pessoas em geral, bem como daquelas com DM.

[...] antes do acesso abrir acontecia o que? O paciente chegava e quando conseguia uma vaga era aquele desespero assim: 'eu consegui uma vaga é preciso resolver tudo hoje'. E agora não, ele sabe que se hoje não der tempo de falar tudo que ele quer, ele pode vir amanhã, pode vir depois de amanhã, semana que vem. Então a gente tem um acesso facilitado e isso tem sido bem bacana, e agora a gente já está com o acesso assim há um ano e meio! Claro que agora no último ano a gente abriu mais ainda, aumentou o número de demanda espontânea e diminuiu o de agendados, então isso

tem sido mais tranquilo assim a gente não vê os nossos pacientes ansiosos por uma vaga, desesperados, nem chegando cedo, os nossos pacientes não são os que chegam antes do posto abrir assim, eles vão chegando ao longo do turno [...] (E8)

Mas a gente trabalha com demanda espontânea, a gente está com a nossa divisão de agenda, tanto eu quanto o médico de mais ou menos 70, 75 dependendo do dia 80% para demanda espontânea, e o restante para demanda programática, isso é muito uma opção nossa, mas também uma correlação com o território, porque a gente percebe que a nossa população é uma população de demanda espontânea, eles procuram pouco pelo agendamento sabe, então, muitas vezes, mesmo tendo separado na agenda 20% para agendamento, essas vagas não são preenchidas, mas elas são preenchidas na demanda espontânea. Então, basicamente, a entrada do acesso é pela demanda espontânea e isso a gente tem garantido, porque a gente consegue dar atendimento no dia ou no período, ou no dia seguinte, para a pessoa que procura, são poucas as pessoas que a gente manda embora, porque a gente tem uma escuta que funciona durante todo período de atendimento da unidade, então não é a recepção que faz essa avaliação [...] (E8)

Normalmente os pacientes chegam por mim, no acolhimento, principalmente se é uma questão nova, uma questão que está causando, porque normalmente o começo do diabetes é complicado. Então ele traz as queixas e normalmente as pessoas entram pelo acolhimento. E aí vendo a situação dele, eu vou ver o que é mais importante para ele naquele momento. (E3)

No que diz respeito à manutenção do agendamento programado, este se dá em muitos casos, através do acolhimento à demanda espontânea, qualificando esse agendamento, quando necessário, tornando o serviço mais efetivo e otimizando os espaços de atenção de acordo com as necessidades das pessoas.

O agendamento é pelo acolhimento, na minha vaga, nesse caso de hipertensos e diabéticos é agendado no acolhimento [...] (E5)

Se eu achar que é preciso rever esse paciente, que eu não vá conseguir atender ele naquele momento se tiver muitos pacientes para atender, a gente agenda ou se ele tem alguma coisa que nós achamos necessário um retorno daqui uma semana ou duas, algumas outras coisas, aí a gente agenda. (E11)

O enfermeiro sente o reconhecimento pela sua atuação. Esse reconhecimento foi construído ao longo do tempo e conquistando a compreensão e aceitação da população. Um dos elementos importantes foi a construção de uma relação mais horizontal com os médicos, favorecendo a resolução das demandas de saúde.

E isso ao longo do tempo a gente tem visto que os pacientes antes tinham uma, não uma rejeição, mas os pacientes tinham um receio de ser chamado pelo enfermeiro e não ter a demanda atendida por completo. Hoje eles já sabem que é o mesmo. Tem paciente que sabe que precisa do médico que existe uma demanda específica do médico, mas ele sabe que mesmo que o enfermeiro chame, ele não vai sair dali sem ter a demanda atendida, porque vai ser feito uma interconsulta, uma discussão de caso [...] (E8)

Os enfermeiros relatam mudanças no sentido de se perceberem mais autônomos, resolutivos e com um melhor vínculo com sua população adscrita. Essa autonomia vem sendo conquistada, especialmente pela ampliação da clínica do enfermeiro em Florianópolis. Essas mudanças não afetam somente uma melhoria no cuidado prestado ao usuário, mas uma melhoria na autoimagem do profissional enfermeiro, refletindo em sua prática e no relacionamento com as outras categorias.

O enfermeiro ele tem muito mais autonomia e isso é muito importante! A gente consegue ter mais prazer na profissão, por ter mais autonomia, por conseguir fazer mais pelo paciente. (E7)

Por exemplo, assim eu vejo que hoje a prefeitura de Florianópolis está dando muita autonomia para gente prescrever esses medicamentos, solicitar exames [...] (E7)

A interconsulta com o profissional médico tem favorecido a resolutividade do enfermeiro na APS. Isso gerou uma complementariedade implementada em ações de parceria entre médico e enfermeiro que compreendem que cada um tem seu espaço profissional, mas que a assistência pode ser desenvolvida de forma articulada.

Se é um paciente que vai para a insulina, a gente faz uma interconsulta, porque acaba que, se ele está no acolhimento, eu chamo um médico, para já fazer um diagnóstico ali comigo, e se é ao contrário, se ele está numa consulta agendada e faz o diagnóstico, o médico me chama para entrar nessa parte de orientação nutricional, ou da questão da insulina, se é um paciente de insulina a gente já convida ele para o grupo dos diabéticos insulino dependentes. (E5)

[...] e uma outra coisa que a gente tem, é uma parceria bem bacana entre médico e enfermeiro. Quando é necessário insulinar o paciente, então sempre - isso é uma regra - agenda uma consulta de enfermagem, agenda ou vem no acolhimento. Tem sempre que combinar atendimento com enfermeiro, para as orientações gerais ali da aplicação, do armazenamento, se é a própria pessoa que vai fazer ou se é algum familiar, se vai vir aqui na unidade, tem gente que não tem coragem de fazer ainda... Enfim, acho que basicamente é isso assim, dá para dizer que é um cuidado compartilhado entre médico e enfermeiro. (E8)

O cuidado compartilhado é demonstrado na fala dos enfermeiros, esse compartilhamento de cuidado resulta também em uma menor sobrecarga deste profissional.

[...] e o cuidado continuado aí assim como a gente tem um trabalho bem em equipe. Então a gente é muito parceiro nesse sentido, de definir a conduta

junto, de decidir junto o que vai fazer inicialmente, se vai ser só a mudança de estilo de vida, se já vamos iniciar uma medicação. Isso é uma discussão sempre que a gente faz e da mesma forma quando é o médico que inicia, que faz o diagnóstico, também ele pede um olhar da enfermagem para outros cuidados [...] (E8)

A criação do protocolo de enfermagem, bem como sua utilização na prática clínica, traz outras ações como a solicitação de exames e renovações de receitas, podendo o enfermeiro atuar de forma mais completa no cuidado à pessoa com DM.

A gente vê na demanda espontânea, a gente está sempre avaliando, vê como estão os exames, se já completou um ano, aí o enfermeiro já solicita. Se é um paciente que também a hipertensão dele está controlada, eu sempre verifico se tem duas a três aferições no ano, se está estável ou se ele me trouxe um controle de pressão que eu possa renovar a receita dele, eu mesmo renovo. Aí também faço avaliação de risco cardiovascular, além dos exames faço, gosto de seguir o PACK, além do nosso protocolo, calcular a taxa de filtração glomerular depois o aplicativo, procuro fazer uma consulta bem completa. Tem aquele paciente, digamos o diabético que ele está descompensado, que a gente tem que estar acompanhando com mais frequência, aí em conjunto com interconsulta com a médica a gente acaba vendo mais vezes. Às vezes, precisa ver mês que vem ou daqui três meses, repetir exames, depende da situação. (E11)

Eu começo pelos dois profissionais de nível superior, se o médico e o enfermeiro não tiverem condutas parecidas e aí eu tenho o guia de prática clínica que eu acho “massa” porque alinha, entendeu? (E13)

A atuação do enfermeiro na APS, do ponto de vista dos enfermeiros, é mais complexa e efetiva para a população. O impacto da atuação do enfermeiro na APS tem uma elevada relevância para saúde, por cuidar de todas as especificidades da saúde de uma pessoa em todos

os aspectos da vida, abrangendo toda a saúde física, mental e social em que o indivíduo está inserido.

[...] um enfermeiro apesar de que na época não ter protocolo, não ter ação dele, parecia ter mais impacto na vida da comunidade, tanto na consulta individual como nos grupos, como em outras intervenções, parecia. (E3)

[...] que não é em nada menor a função do que o enfermeiro do hospital, muito pelo contrário ao meu ver é uma questão muito mais complexa, tanto o enfermeiro trabalhando na saúde da família quanto o médico na medicina de família e comunidade, é uma das especializações mais complexas da medicina se tu for pensar que tu vai tratar o ser humano inteiro assim né. (E8)

A resolutividade do enfermeiro na prefeitura municipal de Florianópolis tem permitido grandes avanços para a APS do município, sendo que houve uma melhoria do cuidado prestado à população, permitindo uma melhor qualificação de toda a APS.

DISCUSSÃO

Nos últimos anos, Florianópolis vem sendo apontada como a melhor atenção primária do Brasil. O último ciclo Programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica (PMAQ), do Ministério da Saúde (MS), mostrou que cerca de 90 % das equipes de saúde da família avaliadas tiveram o resultado acima ou muito acima da média, outro fator relevante foi que o município, em 2015, conseguiu atingir 100% de cobertura populacional de ESF. Consolidando esse título fornecido à Florianópolis, estudos têm apontado uma queda nas ICSAP em Florianópolis, haja vista que a alta taxa de hospitalizações por essas causas, demonstra uma APS com baixa resolutividade e acesso. As avaliações realizadas pelo MS, bem como estudos apontando resultados positivos relacionados à qualidade de acesso e resolutividade da APS de Florianópolis, podem ser o fundamento para denominação de melhor atenção primária do Brasil discutida em órgãos governamentais e mídias do país (DIÁRIO CATARINENSE, 2014, BRASIL; COSTA, 2016; GODOI, 2017).

O estudo realizado procurou identificar no discurso dos enfermeiros os elementos que contribuem para esse reconhecimento. Dentre os elementos que foram destacados, foi a formação dos entrevistados, com a grande maioria possuindo uma pós-graduação pode ser considerado um dos elementos relevantes na qualificação da atenção à saúde realizada por esses profissionais. A melhoria na qualificação dos profissionais da atenção primária à saúde parece ser uma tendência no Brasil, também encontrada em outros estudos, porém não com uma expressão tão relevante (COSTA et al, 2013).

A formação acadêmica também se mostra bastante relevante no que se diz respeito à escolha pela APS. Desta maneira, percebe-se que o contato com a atenção primária no início da graduação, após a mudança curricular, fomenta o interesse e se expressa através de uma quantidade significativa de egressos da UFSC, uma universidade que tem seu currículo voltado para a formação de profissionais para o SUS (UFSC, 2011). A inserção do discente precocemente na APS contribui para sua formação em consonância com as diretrizes do SUS e atributos da APS, assim fortalecendo o modelo de acesso de primeiro contato na APS no Brasil (LIMA et al., 2016). A qualificação do profissional da APS está ligada diretamente à sua formação, nota-se que o curso que proporciona sua atuação nas primeiras fases qualifica melhor, formando um profissional mais consciente de seu papel social e atuante na efetivação de políticas públicas na APS (CARACIO et al., 2014). Esse novo perfil de egressos (com foco na APS), vem ao encontro das políticas públicas existentes no Brasil, almejando profissionais sensibilizados às necessidades de saúde pública e com perfil para trabalhar no SUS.

Uma melhor interação entre a equipe multiprofissional, crescimento e melhores oportunidades profissionais, segurança e capacitação para o exercício, motivação, bem como uma capacidade melhor de eleição de prioridades de ações e aprimoramento da assistência, foi considerado como relevante para a qualificação da atenção em saúde (ROLIM et al., 2003). O investimento do MS em cursos de pós-graduação, bem como o investimento do município em cursos de residência tem favorecido esse perfil de profissional na APS. Aqui destaca-se a importância de uma política institucional em que valorize e incentive a qualificação do profissional que atua no cuidado a saúde da população, possibilitando esse profissional se qualificar, e consequentemente melhorar o cuidado prestado.

A existência de uma Comissão de Sistematização da Enfermagem, formalizada na Secretaria de Estado da Saúde se revelou como uma estrutura reconhecida pelos enfermeiros como importante na organização

da categoria para obtenção dos resultados de cuidado de qualidade prestado aos usuários (FLORIANÓPOLIS, 2015). A sistematização da assistência de enfermagem, estabelecida pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), deveria estar presente em todos os serviços, considerando que o cuidado necessita ser sistematizado (COFEN, 2009). Entretanto, encontramos na literatura que em muitos locais ainda há uma dificuldade conceitual no entendimento desta sistematização, gerando por fim dificuldades de organização básica para sua implementação. Há também estudos demonstrando que enfermeiros conhecem e consideram importante a sistematização, mas afirmam não estar implementada em seus serviços (KRAUZER, 2015; ZANARDO; KAEFER, 2011). Outro ponto importante relacionado à SAE é que esta resulta em uma melhor organização do serviço, contribuindo assim na efetivação dos princípios e diretrizes da PNAB, como a universalidade, por contribuir na organização do serviço resultando em uma melhor acessibilidade, aumento do vínculo e com isso uma melhor longitudinalidade, melhoria na coordenação do cuidado, identificando fluxos necessários e mantendo a responsabilização do cuidado, além de promover a ampliação da autonomia com as orientações fornecidas durante os atendimentos, fortalecendo assim a participação da comunidade.

A PNAB (BRASIL, 2017) estabelece que seja assegurado a acessibilidade e o acolhimento da população. Nesse sentido, muitos enfermeiros possuem uma grande parte de suas atividades diárias voltadas para o atendimento da população através da demanda espontânea, ouvindo todas as pessoas que procuram o serviço, conforme orientação da PNAB. Este profissional vem se destacando na atuação no acolhimento à demanda espontânea no município de Florianópolis, contribuindo com a melhoria do acesso a população, bem como sendo a forma de acesso mais comum de pacientes com suspeita ou acompanhamento do DM.

O MS traz o acolhimento como algo que se revela mais em práticas concretas do que no discurso sobre ele, apresenta a necessidade de acolhimento à demanda espontânea, ou seja, necessidades em que o usuário identifica necessitar de cuidados de saúde, sem programação, podendo estar relacionado às situações de fragilidade, risco e vulnerabilidade, igualmente por demandas clínicas (BRASIL, 2011b). A Política Nacional de Atenção Básica atribui ao enfermeiro às atividades de demanda programada, tal como a de atenção à demanda espontânea (BRASIL, 2012b).

A Política Municipal de Atenção Primária à Saúde (PMAPS) de Florianópolis orienta que a organização das agendas dos profissionais deve ampliar o acesso dos usuários aos serviços, por isso deve ser

organizada de tal forma que alcance esse resultado, estabelecendo que, em média, 50 % de sua capacidade clínica deve ser destinada à demanda do mesmo dia (FLORIANÓPOLIS, 2016). Starfield (2002) traz o conceito de acesso de primeiro contato como sendo relacionado à acessibilidade, portanto a população precisa identificar o serviço de saúde como acessível para poder utilizá-lo como acesso de primeiro contato. O primeiro contato na APS viabiliza um cuidado mais adequado e com um custo menor, segundo evidências.

No que diz respeito à organização do atendimento à demanda espontânea, os CS pesquisados, a organização é realizada de maneiras diferentes, porém a atuação do enfermeiro nesse contexto tem se mostrado consolidada e fundamental para o alcance desse atributo na APS do município, trazendo o enfermeiro como profissional indispensável para o alcance da melhoria do acesso no município.

Como observado no estudo, os enfermeiros realizam o acolhimento à demanda espontânea, sendo este o acesso de primeiro contato preferencial da população adscrita em seu território ao CS. A ampliação da clínica do enfermeiro no município, juntamente com seu protagonismo na atenção à demanda espontânea contribuíram para ampliação do acesso em Florianópolis. A ampliação da clínica do enfermeiro, através da atuação do Enfermeiro de Prática Avançada (EPA), resulta em aumento do acesso aos serviços oferecidos na APS. Os países que já utilizam o EPA há meio século avaliam como positiva a ampliação de sua clínica (DELAMAIRE; LAFORTUNE, 2010; TOSO; FILIPPON; GIOVANELLA, 2016).

Os agendamentos de consultas programadas, em alguns CS, se dão através do acolhimento da demanda espontânea, sendo identificadas neste momento as pessoas que necessitam de um atendimento com um tempo maior, ou com uma frequência melhor a ser estabelecida. Essa prática aprimora os atendimentos programados, reduzindo as chances de pessoas que necessitam ser atendidas no dia, aguardarem um atendimento programado, bem como prioriza esse tipo de atendimento para pessoas que se beneficiaram deste de acordo com a decisão clínica do profissional de saúde.

Alguns países com sistemas universais de saúde têm utilizado a revisão das ações do enfermeiro, com ampliação de sua atuação, para o alcance de uma melhor resolutividade e ampliação do acesso. O enfermeiro, com formação e treinamento apropriado, é o primeiro contato de pessoas com menor gravidade prestando cuidados de qualidade (DELAMAIRE; LAFORTUNE, 2010).

Assim, no cotidiano dos enfermeiros, percebe-se que há esforços no sentido de facilitar o acesso aos usuários mediante seu protagonismo no acolhimento de demanda espontânea. O enfermeiro possui papel essencial no equilíbrio de desigualdades relacionadas ao acesso, atuando na prevenção, educação e sendo os principais fornecedores de cuidados primários em vários países do mundo. Portanto, esses profissionais possuem uma grande responsabilidade em apoiar mudanças que buscam o melhoramento das condições de saúde da população, tal como o investimento nos serviços de enfermagem, pelos governantes, deve ser uma estratégia adotada para o alcance da promoção do acesso aos cuidados primários (BRYANT, 2011).

Na percepção dos participantes do estudo, o protagonismo do enfermeiro nos atendimentos de demanda espontânea, ao longo do tempo, resultou no aumentando da procura pela consulta de enfermagem pela população, sendo que a resolutividade, presente nos atendimentos, pode ter contribuído para essa maior valorização pela população.

A autonomia é exercida pelos enfermeiros da atenção primária do município, sendo causadora de satisfação profissional. Essa avaliação é apontada devido à ampliação do escopo de ações do enfermeiro, vindo ao encontro da literatura, em que mostra que em países onde o enfermeiro possui sua clínica ampliada revelam enfermeiros com essa identificação de profissionais mais autônomos, tendo um aumento do sentimento de satisfação profissional (TOSO; FILIPPON; GIOVANELLA, 2016; DAVIES, 2013; BOYLE, 2011).

A maior resolutividade dos enfermeiros no município pode estar relacionada a ampliação de suas práticas, com a utilização de protocolos de enfermagem e guias de clínica para médicos e enfermeiros, bem como o uso da interconsulta assegurando condutas discutidas entre o binômio médico e enfermeiro, fortalecendo ainda mais o trabalho clínico destes profissionais, o aprimoramento do pensamento clínico do enfermeiro, mantendo características inerentes a profissão como o cuidado, bem como o estímulo à promoção da saúde através de grupos e ações de educação em saúde. Há uma importância primordial em que a APS seja resolutiva (BRASIL, 2017a). Portanto uma APS resolutiva se constrói através de profissionais resolutivos, com a utilização de tecnologias e dispositivos para auxiliá-los. Em Florianópolis, a ampliação da clínica do enfermeiro, bem como a utilização de tecnologias como os Protocolos de Enfermagem promovem essa maior resolutividade em suas ações, sendo resultado disso uma maior procura da população e satisfação profissional.

A prática da interconsulta, já consolidada no município, sendo utilizado para discussão de casos e decisão sobre condutas clínicas, bem

como uma forma de complementação de ações, sendo que o médico realiza interconsulta com o enfermeiro quando necessita de cuidados de enfermagem para o usuário, bem como o enfermeiro realiza interconsulta quando necessita de condutas médicas. A interconsulta se mostra importante no fortalecimento da resolutividade da APS (MELO et al., 2016). Assim, a interconsulta pode ser considerada uma tecnologia leve, sendo descrita por Duncan, Schmidt e Giugliani, (2013) como uma interação entre três fatores: paciente, consultor e consultante. Destaca que a interconsulta favorece o vínculo do enfermeiro tanto com as pessoas atendidas quanto com os profissionais envolvidos.

O trabalho em equipe é indispensável em qualquer atenção primária de qualidade. Nesse sentido, a autonomia do enfermeiro expressa um fortalecimento do trabalho em equipe, tendo também como referência uma boa organização gerencial em que é reconhecida a capacidade do enfermeiro para que ele exerça sua autonomia (POGHOSYAN; LIU, 2016).

O compartilhamento do cuidado traz benefícios não só para a organização dos serviços de saúde, como também para um melhor cuidado à população que pode contar de forma mais efetiva com a complementaridade das profissões de medicina e enfermagem. A ampliação do escopo de ações possibilitou que os enfermeiros tivessem uma atuação mais resolutiva, levando, na perspectiva desses enfermeiros, a uma maior satisfação dos usuários que são por eles atendidos, além do fortalecimento do vínculo com a população que anteriormente percebia o cuidado de saúde centrado apenas na figura do médico.

Por fim, as ações de qualificação do cuidado encontradas nos enfermeiros do município reforçam a Política Nacional de Atenção Básica trazendo alguns de seus princípios e diretrizes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentado se mostra relevante por trazer a subjetividade dos sujeitos, identificando aspectos que, muitas vezes, não conseguem ser identificados com instrumentos muito estruturados. A atuação do enfermeiro da APS de Florianópolis é resultado de um trabalho planejado, desenvolvido de forma consistente, que possibilita uma enfermagem organizada e sistematizada, com formação acadêmica que contribui para um cuidado diferenciado, trazendo elementos de qualificação de cuidados pioneiros como a atuação fortalecida no acolhimento a demanda espontânea, possibilitando a acessibilidade e permitindo que a porta de entrada da pessoa com DM seja a APS, o estabelecimento de protocolos,

trabalho alinhado entre médico e enfermeiro, fazendo uso de mecanismos de interconsulta, prestando um cuidado integral e interdisciplinar, ampliando o acesso e mantendo vigilância de casos prioritários resultando em uma complexidade da atuação do enfermeiro na APS em Florianópolis, mantendo a coordenação do cuidado e longitudinalidade, além de contribuir para uma melhor resolutividade do profissional enfermeiro e conseqüente, melhoria da resolutividade da APS evidenciando uma melhoria do cuidado prestado à população.

O conjunto de elementos de qualificação do enfermeiro da atenção primária de Florianópolis traz a complexidade da atuação do enfermeiro nesse nível de atenção. Sendo o profissional que possui um pensamento clínico desenvolvido para o atendimento das demandas de saúde da população, sendo parte integrante da abertura do acesso através do acolhimento da demanda espontânea no município, ampliação da clínica com aumento da autonomia, resolutividade e vínculo com a população, utilizando-se da interconsulta e fortalecimento das condutas conjuntas entre médicos e enfermeiros, e utilizando-se da interdisciplinaridade e discussão de casos em equipe para a manutenção de vigilância dos casos mais complexos.

Portanto, identifica-se que os elementos de qualificação do enfermeiro no cuidado a pessoas com DM, fortalecem os princípios e diretrizes da PNAB, possibilitando um cuidado de qualidade prestado à população.

Nesse sentido percebemos a necessidade em manter, desde a formação, profissionais integrados na APS, bem como a manutenção de políticas municipais que viabilizem a atuação do enfermeiro, possibilitando uma melhoria de suas práticas através da organização da categoria e ampliação de sua clínica, permitindo uma maior resolutividade do enfermeiro, resultando em uma APS de melhor qualidade.

Acreditamos que o estudo demonstra uma avaliação dos elementos que qualificam o trabalho do enfermeiro na APS do município de Florianópolis, devido ao número limitado de profissionais recomenda-se novas pesquisas para ampliação dos avanços identificados nesta pesquisa.

REFERÊNCIAS

BOYLE, S. United Kingdom (England): health system review. Health Syst Transit [Internet]. 2011. v. 13, n. 1. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf>. Acesso em: 28 maio 2014.

BRASIL. **Florianópolis atinge 100% de cobertura da Atenção Básica com a Estratégia de Saúde da Família.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=1998>. Acesso em: 05 out. 2016c.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea.** v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. _____. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. _____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. _____. **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). Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

_____. _____. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ).** 2015. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php?conteudo=resultado_avaliacaoFORM>. Acesso em: 14 dez. 2017.

_____. _____. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017a.** 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). Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

_____. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. 2012a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2016.

_____. **Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016a.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

BRASIL, V.P.; COSTA, J.S.D. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina - estudo ecológico de 2001 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 75-84, mar. 2016.

_____. **Florianópolis atinge 100% de cobertura da Atenção Básica com a Estratégia de Saúde da Família.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=1998>. Acesso em: 05 out. 2016c.

BRYANT, R. Promoting access to healthcare: a nursing role and responsibility. **International Nursing Review**. v. 58, n. 4, dez. 2011.

CARACIO, F.C.C. et al. A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2133-2142, Jul. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702133&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Dez. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN 358/2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. 2009.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN/SC). **Florianópolis cria protocolos de Enfermagem, aumentando a autonomia clínica dos profissionais**. 2015. Disponível em: <<http://www.corensc.gov.br/2015/05/13/florianopolis-cria-protocolos-de-enfermagem-aumentando-a-autonomia-clinica-dos-profissionais/>>. Acesso em: 20 Dez. 2017.

COSTA, S.M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-62, abr./jun. 2013.

DAVIES, P. **The concise NHS handbook 2013/2014**: The essential guide to the new NHS in England. London, UK: NHS Confederation, 2013.

DELAMAIRE, M.; LAFORTUNE, G. Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. **OECD Health Working Papers**, v. 54, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>>. Acesso em: 13 dez. 2017.

DIÁRIO CATARINENSE. **Florianópolis é a capital com melhor saúde primária do país**. 2014. Disponível em: <<http://dc.clicrbs.com.br/sc/noticias/noticia/2014/11/florianopolis-e-a-capital-com-melhor-saude-primaria-do-pais-4650285.html>>. Acesso em: 10 set. 2017.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial**: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA (FIOCRUZ). **Desafio é a média complexidade**. Disponível em <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/florianopolis>>. Acesso em: 01 out. 2016.

FLORIANÓPOLIS. **Atenção Primária**: começa projeto Pack Brasil Guia promete melhorar atendimento nos centros de saúde, com respaldo do BMJ Brasil (British Medical Journal). 2016. Disponível em:

<<http://portal.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=17245>>. Acesso em: 13 maio 2017.

_____. **Portaria nº 79 de 29 de Julho de 2015**. Institui a Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem CSAE, 2015b.

_____. **Portaria nº 22/2016**. Aprova a Política Municipal de Atenção Primária à Saúde para organização dos serviços e gestão e direcionamento das ações de educação permanente no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis. Município de Florianópolis. 2016.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, jul./set. 2016.

GODOI, D. **Comunidade de práticas**. Disponível em: <<https://cursos.atencaobasica.org.br/relato/2139#autores-atores>>. Acesso em: 10 set. 2017.

HSIEH, H.F.; SHANNON, S.E. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*. v. 15, n. 9, p. 1277-1288, 2005.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Diabetes Atlas [Internet]**. Online version: International Diabetes Federation, 2014. Disponível em: <<http://www.diabetesatlas.org/>>. Acesso em: 23 maio 2016.

KRAUZER, I. M. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Básica: o que dizem os enfermeiros? *Ciencia y Enfermeria*, v. XXI, n. 2, p. 31-38, 2015.

LIMA, C. A. et al. A teoria em prática: interlocução ensino-serviço no contexto da atenção primária à saúde na formação do(a) enfermeiro(a). **Rev Fund Care Online**. v. 8, n. 4, p. 5002-5009, out/dez. 2016.

MELO et al. A interconsulta favorece resolutividade na Atenção Primária: relato de caso da equipe de apoio à Estratégia de Saúde da Família em Paranaguá (pr). **ESPAÇO PARA A SAÚDE – REVISTA**

DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ, Londrina, v.17, n. 2, p.152-159, dez. 2016.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 set. 2016.

POGHOSYAN, L.; LIU, J. Nurse Practitioner Autonomy and Relationships with Leadership Affect Teamwork in Primary Care Practices: a Cross-Sectional Survey. **Journal of General Internal Medicine**, v. 31, n. 7, p.771 -777, jul. 2016.

ROLIM, K.M.C. et al. Pós graduação e impactos na vida profissional. **Revista RENE**. Fortaleza, v. 4, n.1, p.63-70, jan./jun. 2003.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TOSO, B.R.G.O.; FILIPPON, J.; GIOVANELLA, L. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 169-77, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). **Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem**. Florianópolis, 2011. Disponível em: <<http://cagr.sistemas.ufsc.br/relatorios/curriculoCurso?curso=101>>. Acesso em: 29 nov. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Status Report on non communicable diseases 2014. Geneva, 2016.

ZANARDO, G.M.; KAEFER, C.T. Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. Contexto saúde**. v. 11, n. 20, 2011.

6.2 MANUSCRITO 2 - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Protocolo de enfermagem para o cuidado da pessoa com Diabetes Mellitus na Atenção Primária

RESUMO: A Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem da Secretaria de Saúde de Florianópolis/SC elaborou e publicou em 2015, o Protocolo de Enfermagem em Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares - Volume I. O objetivo da pesquisa foi avaliar na perspectiva de enfermeiros e médicos que atuam na atenção primária à saúde de Florianópolis, a contribuição desse Protocolo. Trata-se de uma pesquisa com abordagem avaliativa qualitativa. O estudo foi realizado na cidade de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, com enfermeiros e médicos de Centros de Saúde e Distritos Sanitários de Florianópolis. Essa avaliação indicou a adequação do protocolo e está sustentada por três categorias: Preparo para a implantação do protocolo; Ampliação do cuidado de enfermagem e Segurança da atuação do enfermeiro no cuidado às pessoas com Diabetes Mellitus. O protocolo de enfermagem foi avaliado de forma positiva, trazendo contribuição para a melhoria do cuidado às pessoas com DM. Consideraram que o mesmo facilita o dia-a-dia do enfermeiro, trazendo uma renovação e qualificação no atendimento a pessoas com DM, oferecendo respaldo e resolutividade e considerado também uma boa fonte de informações para o cuidado. A autonomia do enfermeiro foi fortalecida com o uso do Protocolo, promovendo um cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mais aderente às necessidades dessas pessoas, como também na organização do serviço de saúde.

Palavras-chave: Protocolo. Enfermeiro. Diabetes Mellitus. Assistência de Enfermagem. Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT: The Nursing Care Systematization Commission of the Health Department of Florianópolis / SC developed and published in 2015, the Nursing Protocol in Hypertension, Diabetes and other factors associated with cardiovascular diseases - Volume I The objective of the research was to evaluate the perspective of nurses and physicians who work in the primary health care of Florianópolis, the contribution of this Protocol. It is a research with a qualitative evaluation approach. The study was carried out in the city of Florianópolis, capital of the State of Santa

Catarina, in Health Centers and Health Districts of Florianópolis. This evaluation indicated the adequacy of the protocol and is supported by three categories: Preparation for the implementation of the protocol; Expansion of nursing care and safety of the nurse's role in the care of people with Diabetes Mellitus. Nurses' autonomy was strengthened through the use of the Protocol, promoting nursing care for people with diabetes more closely related to the needs of these people, as well as in the organization of the health service.

Keywords: Protocol. Nurse. Diabetes Mellitus. Nursing Assistance. Primary Health Care

INTRODUÇÃO

A atenção às pessoas com Diabetes Mellitus (DM) requer uma atuação interdisciplinar, com destaque para o desempenho do enfermeiro. Este profissional tem como atribuição o desenvolvimento de atividades educativas; capacitação da equipe de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS) para atividades com pessoas com DM (BRASIL,2013).

A proposta de criação de protocolos assistenciais é fundamentada no reconhecimento de que os mesmos mostram vantagens, tais como: promover maior segurança aos profissionais e usuários; ações de cuidados mais uniformes entre os profissionais; melhoria na tomada de decisões; incorporação de novas tecnologias; uso racional de recursos; disseminação de conhecimento; comunicação profissional; e coordenação do cuidado (PIMENTA et al., 2015; ALMEIDA et al., 2016). Os protocolos são caracterizados por um conjunto de informações sobre determinado assunto, visando ajudar na tomada de decisões assistenciais dos profissionais, sendo construídos baseados nas melhores e mais atuais evidências, tratando-se de instrumentos legais de uso clínico (PIMENTA et al., 2015; ALMEIDA et al., 2012).

Nesse contexto, a Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE) da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC (SMSF) elaborou e publicou em 2015, o Protocolo de Enfermagem em Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares - Volume I. O Protocolo aborda cinco grandes tópicos: Hipertensão Arterial, Tabagismo, Abordagem ao consumo de Álcool, Rastreamento de problemas associados a doenças cardiovasculares e Diabetes Mellitus Tipo 2.

A opção pela temática sobre condições crônicas para o primeiro protocolo foi decorrente do reconhecimento da necessidade de dar maior

autonomia aos enfermeiros no cuidado às pessoas nessas condições, bem como trazer segurança e respaldo legal em suas condutas na APS. Esse protocolo amplia a atuação clínica do enfermeiro, especialmente em condutas que eram, até o momento, realizadas pelos profissionais médicos.

A criação de protocolos de enfermagem contribui para uma melhor sistematização da assistência, trazendo qualificação para o cuidado prestado à população. No entanto, mesmo com a presença de protocolos implantados em algumas instituições, ainda são escassas as pesquisas sobre o tema (CORREA et al., 2012, VENANCIO; ROSA; BERSUSA, 2016).

O enfermeiro no Reino Unido realiza o manejo de pessoas em condições crônicas e essa assistência tem sido associada à melhoria de cuidados prestados a essa população, não havendo distinção da qualidade do cuidado realizado por profissionais médicos ou enfermeiros (ROLAND; GUTHRIE; THOMÉ, 2012). As atribuições dos enfermeiros nos cuidados às pessoas em condições crônicas no Reino Unido são baseadas em protocolos elaborados pelo *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE). Neste documento são estabelecidos os critérios que ampliaram a prática do enfermeiro, com ações de prescrição de medicamentos, solicitação e análise de exames e manejo de casos (TOSO; FILIPPON; GIOVANELLA, 2016).

O enfermeiro com atuação na perspectiva da clínica ampliada é uma realidade em países como Canadá, Austrália, Reino Unido e Estados Unidos. Esses têm suas condutas guiadas por evidências científicas e são denominados de Enfermeiro de Prática Avançada (EPA), sendo conceituado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros como profissional registrado e que tenha adquirido habilidades de tomada de decisões complexas e habilidades clínicas para a prática, de acordo com o contexto ou realidade de seu país. Há uma recomendação de formação em nível de mestrado para a denominação de EPA, porém no Canadá é aceito a especialização e no Reino Unido apenas a graduação com a comprovação de experiência profissional. Neste caso, são oferecidos aos enfermeiros treinamentos específicos para a atuação (*NURSE PRACTITIONER*, 2009; TOSO, 2016).

O protocolo estabelecido pela enfermagem da SMSF foi construído após discussões relacionadas às tendências internacionais pautadas na Prática Avançada de Enfermagem. A elaboração dos protocolos de atuação clínica está inserida dentro de um contexto amplo e complexo de projetos, sempre alinhados com macroprojetos como o *Practical Approach to care Kit* (PACK), sendo um Guia de prática clínica

para médicos e enfermeiros do município, bem como com o programa de residência (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Este Protocolo de Enfermagem em Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares, Volume I, passou por uma validação inicial em reunião com enfermeiros de um distrito sanitário do município, na qual discutiram seu conteúdo e sugeriram modificações. Outra validação ocorreu com todos os enfermeiros da rede em um treinamento realizado, utilizando a metodologia de apresentação de conteúdo, seguido de discussão de casos clínicos. Assim, a elaboração do protocolo seguiu as principais etapas indicadas pelo Ministério da Saúde, sendo elas a definição do tema e escopo, busca, seleção e análise de evidências científicas em base de dados relevantes, elaboração de recomendações, revisão interna e externa do texto preliminar, publicação e implementação (MEGA et al., 2015; ROSENFELD; SHIFFMAN; ROBERTSON, 2013).

No Brasil, há alguns outros protocolos de DM publicados para utilização na APS, como em Belo Horizonte. O protocolo é multidisciplinar e nas atribuições dos enfermeiros está a solicitação de exames, porém o enfermeiro poderá somente manter a receita prescrita pelo profissional médico por até vinte quatro horas, e somente se o médico estiver ausente do estabelecimento de saúde (BELO HORIZONTE, 2011). Em Londrina, o Protocolo clínico de DM também é multidisciplinar e não atribui ao enfermeiro solicitação ou renovações de receitas às pessoas com DM (LONDRINA, 2006). No Rio de Janeiro (2012), Goiânia (2014) e Rio Branco (2016) foram publicados protocolos de enfermagem nos quais está incluído o cuidado às pessoas com DM e que permitem ao enfermeiro, além da solicitação de exames de rotina, a renovação de receitas prescritas pelo médico.

O protocolo proposto pelo grupo de trabalho da SMSF pretendeu promover mudanças na atuação da equipe de saúde, envolvendo mais especificamente médicos e enfermeiros, uma vez que o protocolo abre para o enfermeiro ações que antes eram realizadas somente pelos profissionais médicos, como a solicitação de exames e atualização de prescrição de medicamentos. Nesse sentido, é essencial que haja um acompanhamento e avaliação do processo de implementação, de forma a consolidar e/ou reorientar a prática de uso do protocolo.

Nessa perspectiva, percebemos a importância de efetuar uma pesquisa avaliativa sobre como vem sendo o processo de implementação do Protocolo de Enfermagem em Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares - Volume I e quais suas contribuições à prática dos profissionais de saúde que atendem pessoas

com DM no município, detendo-me ao capítulo II que se refere ao cuidado às pessoas com DM Tipo 2.

Avaliar serviços de saúde é uma prática ainda recente no Brasil, com diferentes iniciativas, porém, ainda não incluem avaliações de protocolos. A avaliação em saúde é um processo desenvolvido nos serviços de saúde que produz uma ação reflexiva como também crítica sobre as práticas nesse local (BRASIL, 2005). A pesquisa avaliativa em saúde contribui para a qualificação das ações e fortalece a tomada de decisão dos profissionais da saúde (BOSI; MERCADO, 2007). Para efetuar essa avaliação, tomamos como referência a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) em seus fundamentos e diretrizes: universalidade, resolutividade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, ordenamento das redes e participação da comunidade.

O objetivo da pesquisa foi, portanto, avaliar na perspectiva de enfermeiros e médicos que atuam na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC, a contribuição do Protocolo de Enfermagem – Volume I, no cuidado à saúde de pessoas com Diabetes Mellitus.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa com abordagem avaliativa qualitativa. O estudo foi realizado na cidade de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, em Centros de Saúde (CSs) e Distritos Sanitários de Florianópolis. Foram selecionados os CS em que os enfermeiros tinham incorporado o uso do Protocolo de Enfermagem em Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares - Volume I. A informação acerca dessa condição foi obtida junto à gestão da APS que acompanha a implantação do protocolo nos CS.

Por ser o primeiro protocolo publicado em Florianópolis, há uma introdução sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no município, sendo o capítulo dois sobre o cuidado às pessoas com DM, foco deste estudo. O conteúdo do protocolo traz:

- Solicitação de glicemia em jejum - exame utilizado para o diagnóstico de DM, para o rastreamento de casos novos, ou seja, exame em pessoas sem sintomas, bem como para investigação clínica, sendo o exame realizado em pessoas com sintomas;
- Renovação de medicamentos, desde que cumpridos os critérios estabelecidos no protocolo;
- Solicitação de exames de acompanhamento de pessoas que já possuem diagnóstico de DM, sendo descrito o exame, a periodicidade e valores de referência tais como: HBA1C, Colesterol Total, Colesterol

HDL/LDL, triglicerídeos, creatinina sérica, potássio, exame sumário de urina e microalbuminúria;

- Avaliação geral da pessoa com DM, incluindo avaliação dos pés, através da consulta de enfermagem;
- Reforça a necessidade de orientações quanto ao tratamento medicamentoso, incluindo dose, uso, interações medicamentosas e com alimentos, como também possíveis efeitos colaterais (FLORIANÓPOLIS, 2015).

A coleta de dados se deu entre junho a agosto de 2017. Os sujeitos do estudo foram 22 profissionais, sendo 19 enfermeiros e três médicos dos quatro distritos sanitários do município de Florianópolis. Na escolha dos enfermeiros foram observados os seguintes critérios de inclusão: (i) ter vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e atuação nos CSs do município ou distrito sanitário; (ii) estar realizando atenção em saúde às pessoas com DM (iii) estar utilizando o Protocolo de Enfermagem em Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares Volume I no cuidado às pessoas com DM. Os critérios de inclusão dos médicos foram: (i) ter vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Florianópolis e atuação nos Centros de Saúde do município; (ii) estar realizando o compartilhamento do cuidado da pessoa com DM com o enfermeiro. Não houve critério de exclusão para médicos e enfermeiros.

Posteriormente ao aceite, foram agendadas as entrevistas, conforme disponibilidade dos entrevistados. As entrevistas foram realizadas nos CS, em local privativo, de acordo com a escolha dos entrevistados. Foi utilizado um roteiro semiestruturado e as entrevistas duraram, em média, 35 minutos e foram gravadas, com consentimento dos entrevistados, em equipamento de captação de áudio digital. As entrevistas tiveram como questões básicas: Conte-me um pouco sobre sua trajetória na enfermagem ou medicina e a escolha por trabalhar na atenção primária? Como é a atenção às pessoas com diabetes mellitus neste centro de saúde? Qual sua percepção sobre o uso dos protocolos de enfermagem na atenção primária? Fale sobre como teve conhecimento e foi preparada para o uso do Protocolo de Enfermagem - Vol1 da SMS de Florianópolis. Que fatores dificultam ou favorecem a utilização do protocolo de enfermagem na sua prática cotidiana?

As gravações das entrevistas foram transcritas pela pesquisadora principal e por duas pessoas capacitadas para tal atividade. A análise dos dados se deu por meio da análise qualitativa de conteúdo convencional, conforme proposto por Hsieh e Shannon (2005). A análise de conteúdo proporciona a interpretação dos dados coletados de forma subjetiva

realizando a classificação sistemática, codificação, identificação de temas e categorias (HSIEH; SHANNON, 2005).

O processo de análise iniciou com a imersão nos dados por meio de leitura profunda das transcrições com a intenção de obter uma noção do conteúdo das entrevistas e já assinalando alguns temas que se destacavam. Posteriormente foi efetuada a codificação dos dados. O processo e codificação permitiu a criação de 230 códigos, que foram agrupados por semelhanças, na intencionalidade de construção das categorias e subcategorias que mostrassem a percepção dos profissionais de saúde acerca da contribuição do protocolo na atenção à saúde de pessoas com DM. Para responder ao objetivo proposto neste manuscrito, foram selecionados 106 códigos, que agrupados, constituíram três categorias.

O estudo respeitou, em todo o seu processo, os aspectos éticos e legais da Resolução 466/12 e Resolução 510/16, que aprovam as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo os seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, ficando uma via com o participante e a outra com a entrevistadora. No intuito de preservar o anonimato dos participantes os enfermeiros foram identificados através de um sistema numérico (E1 à E19 e os médicos de Em1 a Em3).

RESULTADOS

Em relação à caracterização dos entrevistados, dos vinte e dois profissionais entrevistados, dezessete eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Quando analisada a idade apresentada dos entrevistados, 11 pessoas tinham entre 26 e 36 anos, 10 entre 37 e 47 anos e uma com mais de 48 anos. Em relação ao seu tempo de formação, 14 tinham entre quatro e 14 anos, sete entre 15 e 25 anos e um entre 26 e 36 anos. Já na questão relacionada ao tempo de atuação na APS variou com quatorze pessoas entre dois e 12 anos e oito entre 13 e 23 anos.

O protocolo de enfermagem, de maneira geral, foi avaliado pelos participantes do estudo de forma positiva como trazendo uma contribuição para a melhoria do cuidado às pessoas com DM no município de Florianópolis. Consideraram que o mesmo facilita o dia-a-dia do enfermeiro, trazendo uma renovação e qualificação no atendimento a pessoas com DM, oferecendo respaldo e resolutividade e considerado também uma boa fonte de informações para o cuidado. Essa avaliação está sustentada por três categorias: Preparo para a implantação do

protocolo; Ampliação do cuidado de enfermagem e Segurança da atuação do enfermeiro no cuidado às pessoas com Diabetes Mellitus.

Preparo para a implantação do protocolo

Um dos elementos de destaque dos enfermeiros foi em relação ao preparo que tiveram para a implantação do Protocolo. Consideraram que esse preparo foi responsável por parte do sucesso da implantação do mesmo. Poder conversar com os profissionais que elaboraram o protocolo, permitiu que compreendessem o processo de elaboração, a consistência teórica do mesmo e o compromisso com a qualificação da atenção às pessoas com doenças crônicas. O acolhimento que tiveram de suas críticas e sugestões levou-os a se perceberem também como parte do processo de construção do Protocolo. Além disso, a equipe que elaborou o protocolo é composta por enfermeiros assistenciais, em sua grande maioria. Portanto, a criação do protocolo, bem como suas revisões e validações foram realizadas por pessoas que conheciam a realidade em saúde do município.

Existiram algumas pessoas que encabeçaram, que tinham um domínio maior com relação ao assunto [...] e depois a comissão inteira sentou [...]. Todo mundo viu o que foi escrito, todo mundo deu sugestão, e toda essa comissão tem pessoas da atenção básica, tem pessoas da emergência, da UPA, tem pessoas do CAPS. Então, todo mundo pode dar sugestão, várias sugestões, várias realidades diferentes, e depois que foi refeita alguma sugestão que foram revistas algumas coisas que estavam faltando. (E01)

O preparo para a implantação iniciou com a participação da apresentação do protocolo para os enfermeiros da rede municipal por meio de uma oficina, realizada em dois dias. Inicialmente foi realizada uma conversa com todos os enfermeiros e depois uma divisão em cinco grupos, correspondentes aos temas contidos no Volume I deste primeiro protocolo. A metodologia utilizada foi de apresentação de casos práticos que ocorriam nos CS, na assistência às pessoas com DM. A intenção era de que compreendessem a aplicação do protocolo em situações realísticas. A partir disso, foram debatidas dúvidas e incorporadas sugestões. Após esse momento inicial, alguns distritos discutiram novamente em reunião de enfermeiros, bem como alguns CS se organizaram para discussões

entre os próprios enfermeiros da unidade, debatendo dúvidas e dificuldades.

Esse processo de implantação foi considerado essencial para que os enfermeiros tivessem amplo conhecimento do conteúdo do Protocolo e que pudessem esclarecer dúvidas geradas. Houve uma preocupação dos enfermeiros sobre a necessidade da organização da equipe para a utilização do protocolo, alinhamento da equipe e do processo de trabalho para o cuidado das pessoas com DM. Uma atenção especial foi dada à discussão com o médico da equipe sobre as novas possibilidades de ações do enfermeiro e como seria estruturado o atendimento com novas definições de atividades.

Mas eu acho assim, a questão preparatória que se teve o melhor treinamento que se teve, acho que foi o primeiro. Inclusive, foi aquele que a gente fez justamente o volume um, foi uma novidade, foi uma questão, um treinamento... que a gente cansou bastante, mas acho que foi um dos melhores. (E13)

A gente precisa ter uma equipe atuante, uma equipe alinhada sabe, para conseguir efetuar muitos trabalhos assim, conseguir organizar o trabalho. (E08)

Assim, o processo de implantação foi apresentado como parte relevante na utilização do protocolo pelos enfermeiros.

Ampliação do Cuidado de Enfermagem

O protocolo de enfermagem elaborado e implantado na APS de Florianópolis possibilitou ao enfermeiro condutas mais abrangentes, como a solicitação de exames para investigação clínica e rastreamento do DM, bem como renovações de receitas prescritas por médicos do município, o que foi considerado como promovendo mais agilidade na atuação do enfermeiro. O enfermeiro, após a implantação do protocolo de enfermagem, tornou-se mais autônomo em sua prática, permitindo que ele conseguisse atuar nas demandas de saúde mais comuns na prática do seu dia-a-dia, de forma mais independente.

Hoje, atuando aqui na prefeitura de Florianópolis eu percebo que o enfermeiro tem muito mais autonomia, muito mais respaldo, para atuar em

coisas que eu não tinha, não tinha na época da minha formação e nem quando eu comecei a trabalhar na saúde pública. Então assim, ficava muito limitado, claro tinha como fazer um exame físico e estar acompanhando aquele paciente, mas esbarrava muito na questão médica, o atendimento na época era muito centrado no médico, o paciente não vinha para ti ele era muito do médico, e aqui não, aqui eu vejo de uma forma bem diferente. (E11)

Eu acho que eles vieram auxiliar, e muito, a nossa prática! Eles nos deram mais autonomia, principalmente frente às demandas mais recorrentes, que a gente vê quase todo dia. (E03)

Eu acho que ele traz, ele permite uma autonomia ao enfermeiro e tu vai conseguir ampliar esse acesso, ampliar o cuidado, na verdade do paciente. O enfermeiro, ele integra realmente uma equipe, ele não é só auxiliar. Pelo menos eu vi em outros municípios que a atuação do enfermeiro é muito restrita, e aí todo esse acompanhamento do paciente, a longitudinalidade, tudo isso se perde quando o enfermeiro não está inserido mesmo no cuidado. Então o protocolo, sim ele traz esse respaldo, esse aporte teórico e faz com que o enfermeiro consiga mesmo atuar de uma forma bem mais autônoma, desvinculada, muitas vezes, do médico naquele momento de consulta, começa e finaliza o atendimento sozinho. (E06)

O protocolo também trouxe o fortalecimento de atribuições que já eram do enfermeiro, como a educação em saúde, a prevenção do pé diabético, os cuidados com administração de insulina, bem como a prevenção de complicações. A avaliação mais sistemática do pé das pessoas com DM foi considerada um avanço importante no cuidado de enfermagem, uma vez que anteriormente essas avaliações eram eventuais ou mesmo, não realizadas.

Porque o protocolo municipal ele vem muito numa questão prática, o enfermeiro já tem o conhecimento sobre o diabetes, já sabe o que é, sabe as situações de risco, o tratamento. Então,

vem uma complementação, aquilo que a minha formação me trouxe, a minha formação acadêmica, a minha formação de pós-graduação e a nossa formação continuada que a gente tem, porque a gente sempre tem que estudar. Então, ele veio complementar uma atuação do enfermeiro que já estava pré-estabelecida. (E08)

Mas eu percebo que é uma oportunidade sim, principalmente para exames. Por quê? Porque os médicos não fazem exame dos pés, não têm tempo, não têm tempo, é corrido demais para fazerem. Então, foi aonde a gente conseguiu pegar esses pacientes que talvez, a grande maioria talvez nunca tenha feito. A gente sabe a importância do que é isso, que um exame tão simples, barato, rápido, porque ele é rápido. Na verdade, depois que pega prática, ele pode evitar complicação na vida de uma pessoa, desde questão financeira, autoestima, perda de trabalho, complicação na família, bom um baita problemão, um custo para o SUS, que é uma amputação, hospital, internação, centro cirúrgico, com uma coisa tão simples e com orientação, e que eu acho que é muito da enfermagem isso. Então eu senti que deu para pegar essas pessoas, que talvez não passassem por mim, porque não são casos mais complicados digamos assim, e que também não é visto na consulta médica. Então, eu acho que isso foi bem positivo. (E01)

Ás vezes, eu tenho um pouco mais de tempo para estar orientando outras coisas que outro profissional não tem tempo, tem algumas coisas diferentes no exame físico, por exemplo, uma orientação nutricional, uma orientação mais detalhada, até mesmo se for iniciar a insulina. O médico sempre pede para a gente orientar o uso, o controle, manda retornar, não precisa vir só com o médico, faz o controle retorna com a gente, a gente faz a avaliação está sempre trocando informação. (E07)

Dentro dessa prática de uso do protocolo de enfermagem, houve uma ampliação do acesso do enfermeiro às pessoas com DM, pela

possibilidade de mais um profissional estar atuando de maneira mais completa, bem como pelo reconhecimento da resolutividade desse enfermeiro pelas pessoas com DM. Nesse sentido houve um fortalecimento de alguns atributos da APS, na visão dos enfermeiros e médicos entrevistados.

Depois do uso do protocolo, quando eu comecei a usar o protocolo, digamos que aumentou o número de pacientes que eu posso atender. Não que eu possa atender, mas aumentou o número de pacientes que procuram pelo atendimento de enfermagem porque sabem que não tem mais essa barreira, na questão da prescrição: “Eu vou consultar com o enfermeiro, mas ele só não vai poder renovar minha receita”. Hoje já não tem isso, “Eu vou consultar com o enfermeiro e ele ainda vai renovar a minha receita”. (E08)

Eu acho que, principalmente, na questão do acesso, se tu amplias o cuidado de enfermagem, se tu dá mais respaldo para o enfermeiro atuar dentro da saúde da família, o acesso ele é gritante, tu vê que tu facilita o acesso. Porque se a gente não tivesse isso, a gente não conseguiria atender na demanda espontânea como a gente atende aqui, principalmente na nossa unidade que tem uma grande procura, aumentaria as filas de pacientes, não teria espaço na agenda. (...) Desde que eu comecei a trabalhar aqui que a gente começou a trabalhar dessa forma, porque antes a gente não tinha protocolos. Também antes dos protocolos, eu vejo que tinha muita dificuldade nessa questão do acesso, claro que a gente acabava fazendo, mas tendo que sempre ter a interconsulta, tendo que ter o respaldo do médico em todas as situações. Hoje não, hoje a gente já tem várias situações que a gente pode ter uma independência para atuar, e isso no acesso abre bastante. (E11)

Por sua vez, os médicos que trabalham com esses enfermeiros que incorporaram o protocolo de enfermagem em sua prática reconhecem que este favorece o acompanhamento de pessoas com DM, percebendo também um fortalecimento do compartilhamento de ações com o enfermeiro.

Agora o papel do protocolo é essencial, porque primeiro aquela demanda de muitas coisas que não precisam ser necessariamente médico-centristas, e outras coisas que até a enfermagem tem um potencial maior do que a gente, tipo uma orientação quanto à ferida, uma orientação quanto ao pé diabético, uma orientação alimentar de cuidado diário, às vezes, orientar como tomar a medicação de forma correta. (Em1)

Olha, o que eu sei é que aumentou a resolutividade da enfermagem. Antes várias coisas que o enfermeiro não poderia fazer, tipo solicitação de exames, renovação de receita, agora ele pode fazer. Então melhorou o trabalho em equipe, o compartilhamento de funções e também aumentou a resolutividade da enfermagem. (Em3)

Eu posso te dizer que a gente tem modificado muito a nossa dinâmica de trabalho porque o protocolo veio. Em parte, a gente tem utilizado não só o de diabetes, para outras coisas também, tem muitas coisas que, às vezes, no próprio atendimento para acolher a demanda espontânea, a enfermagem vem discute um caso e quando se enquadra no que está no protocolo. Às vezes, elas discutem alguma dúvida conosco, elas vão lá e prescrevem aquela situação. (Em2)

Apesar dessa preponderância no reconhecimento dos aspectos positivos do protocolo de enfermagem para a atenção às pessoas com DM, também foram identificadas algumas potenciais fragilidades. O início da implantação do protocolo foi favorecido pelo envolvimento das equipes que estavam sensibilizadas para seu uso. No entanto, com o passar do tempo, algumas dificuldades foram identificadas por alguns profissionais durante a utilização do protocolo, como uma demanda excessiva e com um número de atendimentos elevados por profissional.

Eu acho que uma dificuldade é o fato das pessoas estarem sobrecarregadas, com uma pressão de demanda imensa, e daí você tende a fazer aquilo que você já sabe fazer bem, que se sente segura, tende a não investir o tempo, tanto em estudar, em inovar, em fazer coisas mais difíceis mais

complexas, a usar os instrumentos. Aí você não vai tirar um tempo da tua consulta, para pegar um protocolo consultar e elaborar melhor uma conduta, você vai fazer aquela conduta mais simples que você já sabe fazer, que você já está segura. Para você fazer uma consulta mais elaborada, experimentar novas condutas, fazer uso de instrumentos você precisa ter um pouco de calma, se você está na correria, na pressão, com um monte de gente batendo na tua porta e tal, você larga o protocolo para lá, você larga o PACK para lá, você não vai ter tempo assim, para respirar, se concentrar, pensar e dar esse passo. (E02)

Dificuldade seria a demanda, a demanda que tem aqui é uma coisa absurda de grande e talvez o tempo para se dedicar mais aquele paciente. (E07)

Outro aspecto que tem trazido dificuldades é o fato da rede privada de farmácias não aceitar a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro. Essa situação ocorre quando não há o medicamento disponível no CS e a pessoa precisa adquiri-lo em farmácias particulares, caso não haja alternativa terapêutica.

Apesar de algumas dificuldades, foi apresentada pelos enfermeiros a valorização às ações possibilitadas a eles pelo uso do protocolo, na perspectiva da ampliação da clínica e qualificação do cuidado às pessoas com DM.

Segurança no cuidado às pessoas com Diabetes Mellitus

Os enfermeiros, após a implementação do Protocolo de enfermagem para o cuidado da pessoa com DM, sentem-se empoderados para assumir práticas que, anteriormente, eram realizadas somente pelo profissional médico. O protocolo lhes dá confiança, por manter uma dinâmica de atualização e de possibilidade de revisão a partir de novas evidências. Além disso, consideram que poder desenvolver atividades como a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames é o reconhecimento da boa formação do enfermeiro para tais atividades clínicas.

Os enfermeiros identificaram o Protocolo, desde o início de sua implantação, como sendo um documento claro e explicativo, enxuto e objetivo, estando *online* e em formato PDF, facilitando seu uso em sua

prática diária. A forma objetiva como o Protocolo está apresentado viabiliza seu uso durante os atendimentos.

Porque ele é um protocolo ótimo, porque a gente tem conhecimento dos cadernos de atenção do Ministério, mas é difícil tu parar e ler tudo, que ele é grande. Então eu acho que o protocolo do município veio para nos respaldar, veio ampliando a nossa assistência, fazendo com que a gente seja mais resolutivo em alguns casos, e ele veio bem enxuto. (E01)

Eu acho isso muito prático, útil e facilita bastante e eu acho que é importante a gente ter um documento assim e utilizá-lo. Para mim, tranquilo, eu utilizo porque faz parte, eu inseri dentro do meu trabalho assim como os outros protocolos e utilizo. (E05)

Mesmo que inicialmente tenham se sentido um pouco inseguros com o uso do protocolo, especialmente a renovação de receitas de medicamentos, com o seu uso mais rotineiro, passaram a reconhecer as facilidades que ele traz na atenção às pessoas com DM. Porém, reconhecem e sugerem que a educação continuada deva ser institucionalizada no município, contribuindo ainda mais com a formação do profissional. A padronização das condutas que o protocolo estabelece, dá a certeza de que estão incluindo todos os cuidados básicos necessários, mas ainda mantém sua autonomia nas decisões relacionadas a cada situação específica.

(...) é legal até como estímulo para o colega e até para valorizar nossa profissão sabe? Porque acho que o protocolo, ele veio muito para valorizar o saber do enfermeiro, os treinamentos que a gente já teve, a formação que a gente teve e isso é muito nosso, porque vem muita gente para tirar esse saber de nós. Então, é da nossa classe, da nossa categoria de firmar isso, de dizer sim, a universidade nos capacitou, sim eu me sinto segura para isso, eu acho muito importante a gente ter essa noção. (E08)

(...) Pelo fato de a gente conseguir ter mais conhecimento e ter aquele empoderamento, de

saber “eu posso fazer”, não é uma coisa de só o médico pode porque ele não é aquela coisa assim onipresente. É claro que a gente precisa trabalhar em equipe e o enfermeiro tem essa visão desde que nasceu, a gente começa a ser enfermeiro, a gente já começa aprendendo que a gente é uma equipe. (E14)

Mas eu acho que foi a melhor coisa que eu tive que fazer, que eu tive que presenciar na nossa rede nos últimos dez anos. Era algo que eu brigava por dez anos e a gente conseguiu conquistar desde 2015. Mas eu acho que foi a melhor coisa que a gente conseguiu fazer dentro da enfermagem, aqui na secretaria, foi a gente conseguir implantar os protocolos. (E13)

No entanto, o uso do protocolo ainda é um desafio que gera também algumas inseguranças, pois é uma atividade que não ocorre em outros municípios de Santa Catarina, gerando dificuldade em trocar experiências com outros colegas sobre diferentes experiências.

E aí a sugestão é de pensar na atuação do enfermeiro em outros países, por exemplo, em outros locais onde a gente sabe que a atuação do enfermeiro ela é mais ampla do que a aqui no Brasil. Então a gente sabe que no Brasil, Florianópolis tem sido pioneiro nisso, então se a gente procura muito perto de nós, a gente não acha, e aí tu conversa com um colega que mora em outro estado, mas a gente não acha um enfermeiro fazendo o que a gente faz aqui em Florianópolis. Então isso eu entendo que gera mesmo uma insegurança, nessa coisa do pioneirismo. Nós somos os primeiros. Mas tem outros lugares do mundo em que o enfermeiro tem uma atuação muito maior, acho que isso. (E8)

Além desses aspectos mais relacionados ao papel do profissional enfermeiro, também reconhecem, após a implementação do protocolo, outro atributo da APS, que foi uma melhoria da longitudinalidade, promovendo nas pessoas com DM uma maior adesão ao tratamento. Um exemplo foi em relação às renovações de receitas, que atualmente possuem um fluxo estabelecido, passando também pelo profissional

enfermeiro, fortalecendo ainda mais o vínculo com esse profissional, pois as renovações além de poderem ser realizadas pelo enfermeiro, através da consulta de enfermagem, possibilitam a detecção de algumas inadequações e, então, a realização de interconsulta com o profissional médico, caso seja necessário. Além disso, as solicitações de exames também permitem uma melhor coordenação do cuidado dessa pessoa, pois com o enfermeiro atuante nas renovações e solicitações de exames há um reforço na coordenação do cuidado das pessoas com DM, permitindo ao profissional e equipe um melhor acompanhamento e avaliação da adesão dessa pessoa ao tratamento, bem como a necessidade de intervenções de outros profissionais.

Posso imaginar que ele possa ajudar sim, naquilo que eu te falei antes, numa dificuldade de adesão ou de coordenação ou de vigilância, dessas pessoas estarem presentes na unidade porque é uma forma da gente facilitar, ampliar o acesso à consulta, à renovação de receita, à manutenção do tratamento medicamentoso, à avaliação desse tratamento, que antes era uma atribuição exclusiva do médico e agora pode ser compartilhada em alguns casos, pelo enfermeiro. Então, o fato de a gente ter esse fluxo estabelecido, de que ele pode passar pelo enfermeiro, e aí vai se acostumando de que o enfermeiro tem essa resolutividade, que ele pode renovar receita e tal. Então, isso cria um novo vínculo com a equipe, facilita uma adesão do paciente ao acompanhamento na unidade, ao tratamento. (E02)

Nossa, está ajudando muito em tudo! Na consulta programática, espontânea, renovação de medicação, só fica de fora mesmo da renovação o paciente insulinizado. Ajuda muito! Já renovei várias receitas, ajuda muito a facilitar a adesão do paciente. Olha, vamos deixar seus exames em dia, o paciente já tem vínculo, já traz exames, já mostra para a gente saber se tem que fazer a interconsulta ou não, facilita assim agiliza muito, muito mesmo o atendimento. (E16)

Então, sem dúvida, acho que ele [o protocolo] vem para reforçar os atributos da atenção primária, no que se fala, em relação ao acesso há trabalho em

equipe, há coordenação do cuidado. Porque a gente deixa de focar só no médico, no acompanhamento realizado pelo médico e deixa o paciente livre, com acesso maior para procurar a equipe, então acho que nesse sentido assim, primeiro falando da relação do acesso, ele tem mais um profissional, antes era só o médico agora ele tem o médico e o enfermeiro, que podem fazer esse tipo de atendimento para ele e no trabalho em equipe. (E08)

Os médicos também reconheceram a qualificação dos enfermeiros na APS de Florianópolis, identificando suas potencialidades. Porém, indicam que alguns enfermeiros ainda não se sentem seguros em relação a algumas ações previstas no protocolo, como a renovação de receitas. A aceitação dos médicos desse protocolo parece estar vinculada à sua inserção na atenção primária, compreendendo a importância do mesmo e percebendo-o como um avanço na ampliação e qualificação da atenção às pessoas com DM.

Olha, eu acho que o protocolo em si é uma coisa que pode vir a contribuir muito! Eu acho que em Florianópolis a gente tem comparado, não vou dizer como Brasil todo, porque tem muitas realidades diferentes, mas eu tenho tido a oportunidade, às vezes, de acompanhar o trabalho de outros municípios na atenção primária, o trabalho que faço junto ao Ministério. O que eu vejo, assim, a enfermagem de Florianópolis tem um grupo de profissionais muito bem qualificados, já antes até de existir o protocolo. Por isso, talvez, a gente tenha saído nessa quase que iniciativa, não vou dizer que em outros lugares não tenham, mas tentar criar esse protocolo, sistematizar melhor o trabalho da enfermagem, até que ponto a enfermagem consegue ter autonomia para fazer algumas coisas, eu acho que eles vêm muito bem assim. (Em3)

Um ponto que consideraram que poderia fragilizar a utilização do protocolo é a rotatividade de profissionais, devido à diminuição de vínculo entre os profissionais da equipe e a capacitação para o uso do protocolo. Alguns enfermeiros indicaram que percebem que alguns

colegas ainda têm resistência com o uso do protocolo, argumentado que os mesmos não se sentem preparados em termos de conhecimento clínico. No entanto, nenhum dos entrevistados se percebeu dessa maneira.

Os profissionais sugerem que se mantenha a educação permanente com temas relacionados aos protocolos e ações de ampliação da clínica, identificam que o melhor modelo de educação permanente é o que foi utilizado para o treinamento para utilização do protocolo, sendo a discussão de casos clínicos mais efetivas no aprimoramento de conhecimentos.

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados do estudo, a criação do protocolo trouxe uma maior autonomia para o enfermeiro, com a ampliação de sua prática. Os enfermeiros relatam um pioneirismo relacionado às ações ampliadas com a introdução do protocolo de enfermagem, desconhecendo essas práticas na atenção primária no Brasil. Apesar, de já existirem protocolos para o cuidado às pessoas com DM no Brasil, em sua maioria são protocolos multidisciplinares. Os que são específicos para o enfermeiro, apenas alguns permitem a renovação de receitas como no protocolo do município de Florianópolis.

De acordo com a PNAB (BRASIL, 2017) o uso de tecnologia de cuidado individual juntamente com a ampliação da clínica, melhora a resolutividade do serviço de saúde, sendo esta uma de suas diretrizes. No município de Florianópolis, podemos destacar os Protocolos de Enfermagem como uma dessas tecnologias, portanto auxiliando no fortalecimento e possivelmente viabilizando a resolutividade do enfermeiro.

Evidências demonstram que a utilização de protocolos de enfermagem melhora a saúde de pessoas com DM, hipertensão arterial e hiperlipidemia, com efeitos positivos no cuidado ambulatorial, com melhoria nos níveis de hemoglobina glicada, pressão arterial, colesterol, sendo o enfermeiro um profissional adequado para essa melhoria de cuidados a esse grupo de pessoas (SHAW et al., 2014). Nesse sentido, mesmo o presente estudo não tendo avaliado os resultados clínicos nas pessoas com DM, pode-se observar uma avaliação favorável dos profissionais, acreditando que o protocolo poderá trazer essas mudanças clínicas pela maior adesão ao tratamento.

Nos Estados Unidos, o Departamento de Correções de Oregon que trabalha com a segurança pública, adotou alguns protocolos de enfermagem para a avaliação dos infratores detidos. A utilização daqueles

protocolos, assim como em Florianópolis, possui o intuito do melhoramento do cuidado com a pessoa e não substituição de cuidados médicos, entendendo que o cuidar da enfermagem promove essa melhoria na saúde das pessoas. Foi identificado através de revisão de atendimentos que 80% das demandas de saúde dos presos foram resolvidos pelo profissional enfermeiro através da utilização do protocolo de enfermagem (OREGON DEPARTMENT OF CORRECTIONS, 2017).

A criação de protocolos pode ser, segundo Alves et al. (2014), precedida de dificuldades no processo de trabalho dos profissionais. Uma forma de superação dessas dificuldades pode ser a criação de um protocolo que contribua para organizar e sistematizar melhor esse trabalho. A superação das dificuldades pela implantação de protocolos pode fortalecer o trabalho do enfermeiro, além de trazer maior visibilidade do trabalho científico que realizam, levando mais qualidade a população, como foi observado no estudo aqui relatado (ALVES et al., 2014).

A forma de apresentação do Protocolo, também responde as necessidades de sua utilização na prática, uma vez que o modelo com *link online* pode ser acessado de qualquer computador com internet. Vale ressaltar que no município de Florianópolis, todos os CS possuem seus computadores com acesso à internet, viabilizando o fácil acesso do Protocolo pelos diferentes profissionais e nos diferentes espaços dos CS. A objetividade do material que pode ser acessado durante um atendimento possui uma relevância importante para que seu uso seja viável e incorporado na prática. A facilidade de uso do protocolo e seu fácil acesso é considerada um ponto positivo encontrado em outros estudos de avaliação de protocolos, em outros níveis de atenção, contribuindo para a sua inserção na prática dos enfermeiros (BOHN et al., 2015).

A metodologia de discussão de casos clínicos, aplicada durante o treinamento do protocolo foi muito bem avaliada entre os enfermeiros. Nesse sentido, a utilização de metodologias que utilizam a discussão de casos clínicos, como aprendizado baseado em problemas e aprendizagem baseada em equipes, tem reconhecimento de sua eficácia na formação na área da saúde. Essa estratégia contribui para minimizar queixas relacionadas às dificuldades no início do exercício profissional, estando relacionada a uma maior segurança para o exercício de atribuições e maior facilidade na tomada de decisões (PINTO; MISTRO; UEMURA, 2016; ANJOS et al., 2017).

A confiança no grupo que realizou a construção do protocolo e a forma participativa, com representatividade dos enfermeiros que atuam na assistência do município, pode ser identificada como uma causa da

viabilidade e incorporação do protocolo na prática do enfermeiro na APS. Essa participação ativa dos enfermeiros na elaboração de protocolos fortalece também o trabalho em equipe e o entendimento da importância do coletivo (CAMPOS, 2017).

A utilização do protocolo de enfermagem não traz mudanças apenas para as condutas práticas do enfermeiro, e sim para a organização da equipe de saúde em geral. Há uma importância destacada em organizar o processo de trabalho da equipe para a implementação do protocolo, discutindo com todos os membros o conteúdo do documento e quais ações podem ser realizadas pelos membros da equipe para um melhor cuidado à população. Isso reforça a importância de todos estarem sensibilizados sobre a importância da utilização do protocolo, bem como das possibilidades legais dadas ao enfermeiro com sua implementação, para uma melhor qualificação do cuidado à comunidade. A reorganização do processo de trabalho trazida pelos protocolos também é vista em outro estudo, mostrando também como uma consequência da melhor organização da equipe e uma melhoria do cuidado prestado (MORAES et al., 2014).

A ampliação das condutas do enfermeiro trazida pelo protocolo de enfermagem teve impacto significativo na atuação do enfermeiro na APS de Florianópolis. O protocolo possibilitou o exercício de ações já estabelecidas na legislação brasileira, porém ainda não muito difundidas no Brasil em relação ao cuidado de pessoas com DM. Na lei do exercício profissional dos enfermeiros, aprovada em 1986, Lei 7.498/86, já está estabelecido que este pode realizar a prescrição de medicamentos, quando constantes em programas de saúde pública e rotinas aprovadas pela instituição (BRASIL, 1986). Em relação à solicitação de exames, está previsto na Resolução 195/1997, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), que diz que “o enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais”. Portanto essas ações são respaldadas legalmente e pertencem ao escopo de atribuições do enfermeiro.

A ampliação das ações dos enfermeiros possibilita uma complementação dos saberes inerentes à profissão, bem como dá agilidade e mais eficiência ao atendimento das pessoas com DM e população em geral, possibilitando ainda o rastreamento do DM, que constitui um problema, uma vez que há indicação de que há um número muito maior de pessoas com DM que desconhecem seu diagnóstico, podendo chegar até 50% dos acometidos pela doença (PEREIRA et al., 2016; TORTORELLA et al., 2017).

A atenção à saúde realizada pelos enfermeiros tornou-se mais autônoma, possibilitando a esse profissional o atendimento integral à pessoa. Apesar dos atendimentos às pessoas com DM já estarem estabelecidos em programas nacionais há algum tempo, ainda eram encontradas barreiras nesse acompanhamento, especialmente pela falta de autonomia do enfermeiro para a solicitação de exames e renovações de receitas. Com o protocolo o enfermeiro pode realizar a consulta de enfermagem com todas as orientações e cuidados necessários à pessoa, não necessitando de mais uma consulta com o médico para a solicitação de exames e renovações de receitas. Nessa situação está o reconhecimento dos protocolos como ferramentas que proporcionam uma maior resolutividade e autonomia à prática do enfermeiro (BRUM et al., 2015; CAMPOS, 2017). Há também uma autonomia encontrada na prática do enfermeiro ao acolhimento à demanda espontânea, podendo este responder de forma resolutiva e autônoma a queixas e sintomas de DM. Estudos mostram que ao assumir também o cuidado clínico destas pessoas os enfermeiros têm se percebido com uma maior autonomia profissional (SUTHERLAND, 2009).

As ações de educação permanente realizadas nas consultas de enfermagem como uma atribuição inata da profissão, são fortalecidas pelo protocolo (ALVES et al., 2014; MORAES et al., 2014). Os enfermeiros participantes do presente estudo afirmaram que após a implantação e utilização do protocolo foi possível captar pessoas que antes, pela centralização nos cuidados médicos, as pessoas com DM nem sempre passavam pelo enfermeiro para o atendimento de rotina. Com o protocolo, foi aberto um leque de possibilidades que fez com que o enfermeiro reforçasse as condutas que trazem benefícios à saúde das pessoas com DM, como a educação em saúde e prevenção de complicações, promovendo assim a promoção da saúde em seus atendimentos.

O cuidado com os pés de pessoas com DM, administração de medicamentos e prevenção de complicações sempre fizeram parte dos cuidados de enfermagem prestados a esses pacientes. Porém, a cultura estabelecida de cuidados médicos, muitas vezes, prejudicava o cuidado de enfermagem a essa população. O protocolo possibilitou uma reorganização do processo de trabalho nessas equipes, sistematizando o atendimento de enfermagem a essa população. A ampliação do acesso possibilitada pelo Protocolo que promove a atuação mais resolutiva do profissional enfermeiro ajuda a cumprir um dos atributos da atenção primária à saúde, como descrito por Bárbara Starfield e normatizada na Política Municipal de Atenção Primária à Saúde de Florianópolis (STARFIELD, 2002; FLORIANÓPOLIS, 2016b). Nesse sentido, o

Protocolo de Enfermagem em Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares Volume I, contribui para o fortalecimento do princípio da universalidade, contribuindo no acesso as pessoas com DM ao serviço de saúde preferencial de porta de entrada, bem como na diretriz de resolutividade, com a ampliação da clínica do enfermeiro possibilitando a implementação da PNAB (BRASIL, 2017a). A maior resolutividade do enfermeiro vem sendo reconhecida pelas pessoas com DM, e resultando numa maior procura pelo atendimento desse profissional.

Na perspectiva dos médicos, o protocolo de enfermagem contribuiu para autonomia do enfermeiro, para o fortalecimento do vínculo, do acesso, da resolutividade e da coordenação do cuidado, sendo essencial no cuidado às pessoas com DM. A introdução do protocolo na dinâmica de trabalho possibilitou um fortalecimento das interconsultas, bem como da relação entre médico e enfermeiro, com o aumento das discussões de caso realizadas. O apoio do profissional médico da equipe, relacionado aos protocolos de enfermagem, fortalece a interdisciplinaridade, que traz resultados positivos no cuidado da saúde da população (OLIVEIRA et al., 2015).

Uma demanda excessiva foi identificada como fator negativo nos atendimentos dos enfermeiros. Isso passa a ser um problema, uma vez que não houve um aumento do número de profissionais enfermeiros para a implementação do Protocolo. O uso de protocolo, bem como melhores condutas, podem ser prejudicadas quando há um excesso de demanda de atendimento para esse profissional. No que diz respeito ao aumento de cargas de trabalho na atenção primária, o excesso de demanda é o ponto mais levantado como responsável entre os profissionais, tendo diversos fatores associados, e levando à insatisfação no trabalho (TRINDADE; PIRES, 2013; LIMA et al., 2014; MENDES, 2016)

A dificuldade em aceitação das prescrições do enfermeiro em instituições privadas e farmácias populares também foi identificada em outros estudos (CAMPOS, 2017). Essa dificuldade é um fator limitante, especialmente nos casos de falta provisória de medicamentos na rede pública, necessitando neste momento da participação do profissional médico no atendimento para prescrição médica. Portanto é necessário um avanço em âmbito nacional relacionado à aceitação da prescrição de enfermagem nas farmácias em geral. O empoderamento do enfermeiro diante das condutas descritas no protocolo foi outro fator que emergiu na pesquisa. Expressaram a certeza de que o profissional está preparado para atuar de acordo com os protocolos estabelecidos, sempre mantendo a compreensão de que o enfermeiro faz parte de uma equipe. A capacidade

do enfermeiro para ampliação de suas ações está alicerçada numa formação em nível de graduação e também de pós-graduação de qualidade e que está voltada para a implementação das políticas de saúde no Brasil (WINTERS; PRADO; HEIDEMANN, 2016).

A prescrição de medicamentos é uma prática consolidada em países como Suécia, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, África do Sul, Irlanda e Reino Unido (COURTENAY; CAREY; STENNER, 2012). Entretanto, mesmo com existência de outros protocolos que permitam a renovação de receitas pelo enfermeiro no Brasil ao cuidado com o paciente com DM, os enfermeiros não sentem que essa prática é comum em conversas com enfermeiros de outros municípios, mostrando uma prática no país ainda incipiente.

A confiança no conteúdo do Protocolo, e sua consequente padronização de conduta entre os enfermeiros, mostram também reconhecimento e confiança na equipe em que o elaborou. Essa confiança é fortalecida também pela certeza da atualização das informações contidas no documento. O protocolo foi ao encontro do nosso referencial, que afirma que um protocolo deve realizar a padronização de condutas, sempre baseada em evidências, aperfeiçoando a assistência, dando respaldo ao profissional (PIMENTA et al., 2015). O respaldo legal pode contribuir na assistência à população, em Florianópolis esse respaldo foi dado através do protocolo de enfermagem (LOWEN, 2017).

O protocolo de enfermagem fortalece a segurança do paciente, visto que os enfermeiros relataram uma maior segurança nas suas consultas com a contribuição do protocolo na consulta de enfermagem, lembrando todos os sinais de risco e situações que devem ser avaliadas, favorecendo uma melhor conduta em cada situação apresentada no dia-a-dia do enfermeiro. A padronização da assistência é outro fator de segurança apontado, possibilitando uma conduta homogeneia entre a categoria, bem como entre o próprio binômio médico-enfermeiro, entendendo que o protocolo está de acordo com o guia prático para médicos e enfermeiros utilizados no município – PACK (CORREA et al., 2012; GUBERT et al., 2015; ALMEIDA et al., 2016; VIEIRA et al., 2016). Sendo assim, a não utilização de protocolos assistenciais compromete a qualidade da atenção prestada à população, por não ter condutas padronizadas e não se utilizar de práticas baseadas em evidências (DUARTE; MAMEDE, 2013).

Os enfermeiros reconhecem que estão promovendo maior adesão ao tratamento das pessoas com DM. Isso pode estar relacionado à consolidação da longitudinalidade, outro atributo da atenção primária descrito por Starfield (2002), bem como a Política Nacional de Atenção

Básica. O vínculo estabelecido com essa população através do reconhecimento do trabalho do enfermeiro na APS parece ser um elemento propulsor dessa situação, sendo assim percebe-se mais um fundamento da Política de Atenção Básica. O estudo de Brunello et al. (2010) reconhece que as relações de vínculo longitudinal contribuem para a adesão da pessoa ao tratamento, como uma consequência da confiança depositada pela população no profissional que lhe fornece orientações. Assim, passam a seguir as orientações de forma mais adequada com o decorrer do tempo e aumento de vínculo (BRUNELLO et al., 2010).

Há uma preocupação com a fixação dos profissionais em seus locais de trabalho, pois a rotatividade entre os profissionais fragiliza o vínculo entre as equipes, sendo um ponto negativo na utilização do protocolo de enfermagem. A rotatividade de profissionais também pode contribuir com o aumento de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), trazendo um potencial negativo para uma atenção primária de qualidade que contribui para a saúde da população (REHEM et al., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado desta pesquisa desvela novo conhecimento sobre a temática, avaliando na perspectiva de enfermeiros e médicos a efetiva contribuição do Protocolo de Enfermagem – Volume I, no cuidado à saúde de pessoas com Diabetes Mellitus, na perspectiva da implementação da execução de princípios e diretrizes na Política Nacional de Atenção Básica. Os resultados indicam que o protocolo está contribuindo para a qualificação do cuidado de enfermagem e essa avaliação favorável está sustentada por argumentos que mostram que o mesmo tem seu reconhecimento e confiança da categoria em relação à qualidade do conteúdo, pertinência e aplicabilidade.

A autonomia do enfermeiro foi fortalecida, tendo como resultado uma maior procura da população pelos atendimentos desse profissional, podendo assim, consolidar o cuidado de enfermagem na prevenção do pé diabético e demais complicações. Junto a isso, a ampliação do acesso foi viabilizada, com a implantação do protocolo, podendo assim mais um profissional realizar o atendimento de forma resolutiva a esta população. Outro atributo identificado foi o fortalecimento da longitudinalidade e coordenação do cuidado, com o profissional enfermeiro mais atuante nesse cuidado.

A padronização de condutas trouxe segurança aos enfermeiros e consequente segurança às pessoas com DM, a partir de condutas mais

homogêneas entre os enfermeiros e médicos. Apesar da insegurança inicial e alguns enfermeiros terem relatado que uma demanda excessiva pode atrapalhar o uso do protocolo, este foi avaliado positivamente por todos os enfermeiros entrevistados. Assim, pode-se considerar que os protocolos contribuem na melhoria da qualidade do cuidado às pessoas com DM. Da mesma forma que a prática da enfermagem no cuidado à pessoas com DM foi modificada e melhorada após a introdução do protocolo, as demais práticas com outros protocolos podem ampliar a qualidade do cuidado à população em geral, necessitando, no entanto, outros estudos que mostrem de maneira mais evidente o impacto na saúde das pessoas.

Portanto, o protocolo além de cumprir com seu papel de padronizador de condutas, guiado pelas evidências científicas, contribuindo com a atuação do enfermeiro, demonstra estar possibilitando a execução de princípios e diretrizes na Política Nacional de Atenção Básica, tais como o fortalecimento do vínculo, a longitudinalidade, coordenação do cuidado, resolutividade e melhoria da acessibilidade, através da ampliação da clínica. Reconhecemos que ainda precisam avançar na maior participação das pessoas com DM na definição do cuidado à saúde, especialmente na sua co-responsabilização, uma vez que isso não foi trazido pelos enfermeiros.

Acreditamos que o estudo apresenta a contribuição do protocolo de enfermagem para o cuidado às pessoas com DM, no entanto há outros protocolos de enfermagem publicados no município e recomendam-se novas pesquisas com esses protocolos para ampliação dos avanços identificados nesta pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.R. et al. Relato sobre a construção de um protocolo de enfermagem em puericultura na Atenção Primária. **Rev enferm UFPE online.**, Recife, v. 10, n. 2, p. 683-691, fev. 2016.

ALVES, K.Y.A. et al. Análise do conceito “protocolos de enfermagem” a partir da visão evolucionária de Rodgers. **Rev enferm UFPE online.**, Recife, v. 8, n. 1, p. 177-182, jan. 2014.

ANJOS, R.M.P. et al. Aprendizagem baseada em equipe: uma estratégia de ensino aplicada na área da imagiologia. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, [S.l.], p. 90, out. 2016. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/29849>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

BELO HORIZONTE. **Protocolo de Diabetes Mellitus e atendimento em angiologia e cirurgia vascular**, Belo Horizonte, 2011.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 07 nov. 2017.

_____. _____. **Portaria nº 2.510 de 19 de Dezembro de 2005**. Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde – CPGT, 2005.

_____. _____. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2016.

_____. _____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. _____. **Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações

identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

Disponível em:

<<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>.

Acesso em: 12 dez. 2016.

_____. **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). Acesso em 14 de dezembro de 2017. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>.

_____. _____. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017a.** 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). Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** 2. ed. Fortaleza: Vozes, 2007.

BOHN, M.L.S. et al. Percepção de enfermeiros sobre utilização do protocolo do sistema de classificação de risco Manchester. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 14, n. 2, 2015

BRUM, M.L.B. et al. Protocolo de assistência de enfermagem a pessoas com feridas como instrumento para autonomia profissional. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 1p. 50-57, jan/mar. 2015.

BRUNELLO, M.E.F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Dez. 2017.

CAMPOS, E.C. **Protocolo de assistência de enfermagem:** visão do enfermeiro na estratégia saúde da família. UNESP. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução 195/1997.** Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e

complementares por enfermeiro. Disponível em:

<http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1951997_4252.html>. Acesso em: 07 nov. 2017.

CORREA, A. D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 67-74, Fev. 2012.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Dez. 2017.

COURTENAY, M.; CAREY, N.; STENNER, K. An overview of non medical prescribing across one strategic health authority: a questionnaire survey. **BMC Health Serv Res**. v. 12, n. 138, p. 1-13, 2012.

DUARTE, S.J.H.; MAMEDE, M.V. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá. **Rev Ciencia y Enfermería**, v. XIX, n. 1, p. 117-129, 2013.

FLORIANÓPOLIS. **Atenção Primária**: a base para uma vida com saúde. Disponível em:

<<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/?pagina=notpagina&menu=¬i=17574>>. Acesso em: 04 out. 2016.

_____. **Portaria nº 22/2016**. Aprova a Política Municipal de Atenção Primária à Saúde para organização dos serviços e gestão e direcionamento das ações de educação permanente no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis. 2016b.

Disponível em:

<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/29_11_2016_16.17.33.73c009e15b1538cd39469d1b7ec80eb2.pdf>. Acesso em: 06 out. 2017.

_____. **Protocolo de Enfermagem Volume 1 hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares**. Florianópolis. 2015. Disponível em:

<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/23_05_2016_14.58.50.77f5b57fd66e3d44f2a8a8cd80bc176e.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2016.

GOIÂNIA. **Protocolo de enfermagem na atenção Primária à Saúde no estado de Goiás**. Goiania, 2014. Disponível em:

<<http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2015/02/Protocolo-de-Enfermagem-2015.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016.

GUBERT, F.A. et al. Protocolo de Enfermagem para Consulta em Puericultura. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 16, n. 1, p. 81-99, jan./fev. 2015.

HSIEH, H.F.; SHANNON, S.E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qualitative health research**. v. 15, n. 9, p. 1277-1288, 2005.

LIMA, L.L. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 17-24, 2014.

LONDRINA. **Hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia:**

protocolo. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. 1. ed. Londrina, PR: [s.n], 2006. Disponível em:

<http://www.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/prot_adulto.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

LOWEN, I. M.V. et al. Inovação na prática assistencial do enfermeiro: ampliação do acesso na atenção primária. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 898-903, Out. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000500898&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Dez. 2017.

MEGA, T.P. et al. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas no SUS: histórico, desafios e perspectivas. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 6, supl. 4, p. 3275-85, out. 2015.

MENDES, E.V. **O acesso à atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2016.

MORAES, RZC et al. Morbimortalidade antes e após implantação de protocolo de atendimento ao queimado. **Rev Bras Queimaduras**, v. 13, n. 3, 2014.

NURSE PRACTITIONER. **Advanced Practice Nurse: definition and characteristics**. Nursing Matters, 2009. Disponível em:

<https://acnp.org.au/sites/default/files/33/definition_of_apn-np.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2017.

OLIVEIRA, B.N. et al. Saúde do homem na atenção primária à saúde: reflexões acerca da multiplicidade de olhares na avaliação corporal. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 751-759, 2015.

OREGON DEPARTMENT OF CORRECTIONS. Nursing Treatment Protocols. Disponível em: <<http://www.oregon.gov/doc/OPS/HESVC/pages/protocol.aspx>>. Acesso em 20 Out. 2017.

PEREIRA, R.M. et al. A Importância da Educação do Paciente Diabético no Cuidado com os Pés. **Revista Estima**, v. 5, n. 4, 2016.

PIMENTA, C.A.M. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2015.

PINTO, M.L.; MISTRO, F.Z.; UEMURA, S.T. Ensino baseado em problemas como prática pedagógica aplicada a alunos ingressantes no curso de Odontologia . **Revista da ABENO**, v. 16, n. 3, p. 28-35, 2016.

REHEM, T.C.M.S.B. et al. Quais aspectos contribuem para a ocorrência de internações por condições sensíveis à atenção primária?. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, p. 138-147, 2017.

RIO BRANCO. **Protocolo de enfermagem**. Rio Branco, 2016. Disponível em:

<<http://www.pmrbr.ac.gov.br/images/stories/2016/PROTOCOLO%20DE%20ENFERMAGEM.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2017.

RIO de JANEIRO. **Protocolo de enfermagem na Atenção Primária**.

Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:

<<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111921/enfermagem.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2017.

ROLAND, M.; GUTHRIE, B.; THOMÉ, C.D. Primary Medical Care in the United Kingdom. **JABFM** , v. 25, Suppl, mar./apr. 2012.

ROSENFELD, R.M.; SHIFFMAN, R.N.; ROBERTSON, P. Clinical Practice Guideline Development Manual. Third edition: a quality – driven approach for translating evidence into action. **Otolaryngol. Head neck surg.**, Rochester, v. 148, n.1, p 1-55, jan. 2013.

SHAW et al. Effects of nurse-managed protocols in the outpatient management of adults with chronic conditions: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.*, v.161, n.2, p.113-21, jul., 2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SUTHERLAND, D.; HAYTER, M. Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. *J Clin Nursing*, v. 18, n. 1, p. 2978-29 92, 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2009.02900.x/abstract>>. Acesso em: 28 maio 2017.

TORTORELLA, C.C.S et al. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre adultos cadastrados no Sistema Único de Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2004-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 26, n. 3, p. 469-480, Set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300469&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Dec. 2017.

TOSO, B.R.G.O. Práticas avançadas de enfermagem em atenção primária: estratégias para implantação no Brasil. *Enferm. Foco*, Brasília, v. 7, n. 3/4, p. 36-40, 2016.

TOSO, B.R.G.O.; FILIPPON, J.; GIOVANELLA, L. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 69, n. 1, p. 169-77, 2016.

TRINDADE, L.L.; PIRES, D.E.P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. *Texto & contexto enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 36-42, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2017.

VENANCIO, S.I.; ROSA, T.E.C.; BERSUSA, A.A.S. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo,

Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 113-135, mar. 2016.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000100113&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Dec. 2017.

VIEIRA, A. C. et al . Percepção dos enfermeiros de emergência na utilização de um protocolo para avaliação da dor torácica. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e1830014, 2016.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100326&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Dec. 2017.

WINTERS, J.R.F.; PRADO, M.L.; HEIDEMANN, I.T.S.B. A formação em enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde: percepção dos formandos. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2016.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Resgatando o objetivo do estudo de identificar os elementos de qualificação da assistência à saúde de pessoas com DM realizada pelos enfermeiros na atenção primária à saúde, no município de Florianópolis/SC, conclui-se que há sim um conjunto de elementos que qualificam esse enfermeiro da APS do município de Florianópolis, produzindo e contribuindo com os resultados positivos eleitos nacionalmente sobre a APS do município.

Os resultados mostraram que a qualificação do enfermeiro parte de sua formação acadêmica, iniciando na graduação. Quase que a totalidade dos enfermeiros é egressa de instituições públicas. Os enfermeiros identificaram que currículos com a aproximação precoce do estudante na APS, contribui para uma formação adequada e de qualidade para sua atuação nessa área. A formação em pós-graduação também foi observada como um elemento que qualifica seu trabalho como profissional. Portanto, os inúmeros investimentos do Ministério da Saúde com o oferecimento de cursos de especialização em parcerias com universidades federais têm constituído uma política de incentivo à qualificação e já mostrando reconhecimento pelos profissionais em sua prática assistencial. Reconhecemos que também há um importante esforço dos enfermeiros em fazerem esses cursos e outros em nível mais avançado, como de mestrado e doutorado.

No âmbito da organização do serviço, a criação de uma Comissão de Sistematização da Assistência foi essencial para a organização da categoria e aperfeiçoamento de sua prática, gerando também produtos como protocolos de enfermagem que estão sendo de extrema relevância para o município.

A atuação do enfermeiro no acolhimento a demanda espontânea, viabilizou uma melhor abertura do acesso à população, juntamente com a ampliação clínica trouxe mais reconhecimento e procura por atendimentos do enfermeiro, devido sua comprovada resolutividade. Essa resolutividade se viabiliza não só pela ampliação de sua clínica, mas também devido ao compartilhamento do cuidado, especialmente com o profissional médico, bem como a adoção como rotina de interconsultas para discussão e tomada de decisões em conjunto quando necessário.

A autonomia trazida pela ampliação da clínica traz um reconhecimento da profissão e um empoderamento do enfermeiro que acredita estar capacitado para as novas ações propostas por essa ampliação, porém o pioneirismo identificado pelos participantes traz

inseguranças, por não terem experiência similar para serem trocadas nacionalmente, tendo que recorrerem a exemplos internacionais.

Em relação ao protocolo estudado, foi demonstrado que este trouxe resultados positivos no cuidado às pessoas com DM, na perspectiva dos profissionais da saúde, sendo identificado como um protocolo objetivo, de qualidade e que facilita sua utilização no dia-a-dia. O protocolo foi ao encontro do nosso referencial, no sentido de padronizar as condutas, sempre baseadas em evidências, aperfeiçoando a assistência e dando respaldo ao profissional.

Esse resultado também está ligado à confiança no grupo que os elaborou, bem como a participação representativa de enfermeiros de diversos setores do município. Houve uma organização do processo de trabalho após a implantação do protocolo, isso gera uma qualificação no cuidado à população.

Nesse sentido, um dos benefícios identificados foi o fortalecimento de atribuições do enfermeiro, consolidando ações de cuidado inerentes à profissão, como a prevenção do pé diabético, prevenção de complicações crônicas, avaliação e acompanhamento de adesão ao tratamento, realização da educação em saúde, e conseqüentemente promoção da saúde nesses espaços. A utilização do protocolo possibilitou condutas padronizadas e mais seguras, gerando uma melhoria do processo de trabalho e melhoria do cuidado à pessoa com DM.

O estudo mostra-se relevante devido à contribuição da pesquisa avaliativa ao valorizar a subjetividade do processo de avaliar, possibilitando um desvelar de informações, não somente ligado a dados numéricos.

O Protocolo de Enfermagem em Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares Volume I, bem como as ações de qualificação do cuidado encontradas nos enfermeiros do município reforçam princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica trazendo o fortalecimento do acesso, vínculo, longitudinalidade, coordenação do cuidado, resolutividade e autonomia dos usuários.

Algumas dificuldades foram identificadas no estudo, como o aumento de demanda proveniente de diferentes causas, entre elas a abertura do acesso, muitas vezes sendo mencionada como obstáculo na utilização do protocolo de maneira apropriada. Outra dificuldade encontrada refere-se ao não aceite dos receituários fornecidos pelos enfermeiros em redes privadas de farmácia.

O estudo traz contribuições para a prática assistencial dos enfermeiros, por desvelar a contribuição do protocolo de enfermagem no

cuidado a pessoas com DM e assim auxiliar no entendimento e utilização desta prática, bem como identificar quais caminhos foram percorridos e desafios em sua implantação. Outra contribuição foi a identificação dos elementos de qualificação da assistência à saúde de pessoas com DM realizada pelos enfermeiros na atenção primária à saúde, demonstrando como é realizado este cuidado no município, podendo assim atores internos e externos ao serviço entenderem quais cuidados são prestados a saúde destas pessoas.

Os profissionais enfatizaram a necessidade de se manter a educação permanente sobre os temas relacionados à ampliação da clínica, elegendo o estudo de caso clínico como a maneira mais eficaz de atualização dos conteúdos.

Por fim, reconhecemos os avanços dos enfermeiros do município de Florianópolis relacionado ao cuidado às pessoas com DM, identificando um cuidado estruturado e compartilhado, fazendo uso de tecnologias inovadoras como o protocolo de enfermagem permitindo assim uma ampliação da clínica do enfermeiro resultando numa maior autonomia e resolutividade deste profissional.

Compreende-se que uma limitação deste estudo, foi a impossibilidade de avaliação dos efeitos clínicos, após a implantação do protocolo, nas pessoas com DM devido ao seu pouco tempo de implementação. Portanto, sugerimos trabalhos futuros que investiguem as modificações clínicas ocorridas nas pessoas com DM, após a implantação do protocolo, através de acompanhamento de resultados de exames e avaliação de complicações do DM nos usuários.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, New York, v.38, Suppl 1, p. S8-S16, 2015. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/38/Supplement_1/S8>. Acesso em: 15 maio 2016.

_____. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, New York, v. 39, Suppl.1, p. S13-S22, jan. 2016. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/39/Supplement_1/S13>. Acesso em: 26 maio 2016.

ALMEIDA, E.R. et al. Relato sobre a construção de um protocolo de enfermagem em puericultura na Atenção Primária. **Rev enferm UFPE online.**, Recife, v. 10, n. 2, p. 683-691, fev. 2016.

ALMEIDA, R.A. et al. Avaliação da utilização de protocolos na prevenção de úlceras por pressão. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 125-131, jul./dez. 2012.

ALVES, K.Y.A. et al. Análise do conceito “protocolos de enfermagem” a partir da visão evolucionária de Rodgers. **Rev enferm UFPE online.**, Recife, v. 8, n. 1, p. 177-182, jan. 2014.

ALVES, M.G.M. et al. Fatores condicionantes para o acesso as equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Saúde Debate**, v. 38, n. esp., p. 34-51, 2014a.

ANDRADE, S.R. et al. Vigilância e a Rede de Atenção à Saúde: suporte para o planejamento e organização das práticas de cuidado. In: SOUZA, G.M.; BACKES, D. (Orgs.). **Cuidado em Enfermagem e Saúde: diversidades e complexidades**. Editora, 2015.

ARRUDA, C.; SILVA, D.M.G.V. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 758-766, Out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2016.

BOHN, M.L.S. et al. Percepção de enfermeiros sobre utilização do protocolo do sistema de classificação de risco Manchester. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 14, n. 2, 2015.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Fortaleza: Vozes, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. **Florianópolis atinge 100% de cobertura da Atenção Básica com a Estratégia de Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=1998>. Acesso em: 05 out. 2016c.

_____. **Lei nº 12. 401 de 28 de abril de 2011**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, p. 1, 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm>. Acesso em: 22 ago. 2016.

_____. _____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. _____. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. _____. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. _____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. _____. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.1. ed. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. _____. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. _____. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017a**. 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). Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

_____. _____. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), 2017b**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/indicadores-de-saude/vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protacao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico-vigitel>.

_____. _____. **Portaria nº 2.510 de 19 de Dezembro de 2005**. Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde – CPGT, 2005.

_____. _____. **Portaria nº 2583 de 10 de Outubro de 2007**. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus, 2007.

_____. _____. **Portaria nº 958 de 10 de Maio de 2016**. Altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das Equipes de atenção básica, 2016b.

_____. _____. **Portaria Nº 2.681, de 7 de Novembro de 2013**. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2013b.

_____. _____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010b.

_____. _____. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ)**. 2015. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php?conteudo=resultado_avaliacaoFORM>. Acesso em: 14 dez. 2017.

_____. _____. Secretaria de políticas de saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. **Revista Saúde Pública**, v. 36, n. 4, 2002a.

_____. _____. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. _____. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**.

Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. 2012. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2016.

_____. _____. **Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016a**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

Disponível em:

<<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

_____. _____. **Portaria nº 761, de 21 de junho de 2016**. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL, V.P.; COSTA, J.S.D. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina - estudo ecológico de 2001 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 75-84, mar. 2016.

CAMPOS, E.C. **Protocolo de assistência de enfermagem**: visão do enfermeiro na estratégia saúde da família. UNESP. 2017.

CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2011.

CESTARI, V.R.F. et al. Tecnologias do cuidado utilizadas pela enfermagem na assistência ao paciente politraumatizado: revisão

integrativa. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 20, p. 701-710, out/dez. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN).

Enfermagem pactua implementação de Práticas Avançadas no Brasil. 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-pactua-implementacao-de-praticas-avancadas-no-brasil_40163.html>. Acesso em: 13out. 2016.

_____. **Resolução n. 423, de 09 de abril de 2012.** Normatiza no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de classificação de riscos. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html>. Acesso em: 15 set. 2016.

_____. **Resolução 195/1997.** Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997_4252.html>. Acesso em: 07 nov. 2017.

_____. **Resolução COFEN 358/2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. 2009.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN/BA). Parecer n. 025/2013. **Prescrições de enfermagem estabelecidas no manual do ministério.** Disponível em:

<http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0252013_8121.html>. Acesso em: 28 set. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM

(COREN/SC). **Florianópolis cria protocolos de Enfermagem, aumentando a autonomia clínica dos profissionais.** 2015. Disponível em: <<http://www.corensc.gov.br/2015/05/13/florianopolis-cria-protocolos-de-enfermagem-aumentando-a-autonomia-clinica-dos-profissionais/>>. Acesso em: 20 Dez. 2017.

COSTA, R.H.S.; COUTO, C.R.O.; SILVA, R.A.R. Prática clínica do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Saúde**, Santa Maria, v. 41, n. 2, p.09-18, Jul./Dez, 2015.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde Notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Fortaleza: Vozes, 2007.

DUARTE, S.J.H.; MAMEDE, M.V. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá. **Rev Ciencia y Enfermería**, v. XIX, n. 1, p. 117-129, 2013.

DUNCAN, B.B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 126-134, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio 2016.

DUKE, N. Exploring advanced nursing practice: past, present and future. **British Journal of Nursing**, v. 21, n. 17, 2012.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA (FIOCRUZ). **Atenção primária perde professora Barbara Starfield**. 2011. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/26066>>. Acesso em: 10 set. 2017.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA (FIOCRUZ). **Desafio é a média complexidade**. Disponível em <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/florianopolis>>. Acesso em: 01 out. 2016.

EVANS, K.J. et al. The implementation and evaluation of an evidence-based protocol to treat diabetic ketoacidosis: a quality improvement study. **Adv Emerg Nurs J.**, v. 36, n. 2, p. 189-198, apr./jun. 2014.

FLOR, L.S. et al. Carga de diabetes no Brasil: fração atribuível ao sobrepeso, obesidade e excesso de peso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 29, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100219&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2017.

FLORIANÓPOLIS. **Atenção Primária: começa projeto Pack Brasil** Guia promete melhorar atendimento nos centros de saúde, com respaldo do BMJ Brasil (British Medical Journal). 2016. Disponível em:

<<http://portal.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=17245>>. Acesso em: 13 maio 2017.

_____. **Lei n. 8042, de 12 de novembro de 2009.** Dispõe, legislando para o interesse de seus municípios, adequando a lei federal nº 9.294 de 1996, sobre a preservação da qualidade do ar, a proteção à saúde e à segurança dos trabalhadores e pela redução da exposição à fumaça ambiental do tabaco. 2009.

_____. **Lei n. 9143, de 11 de dezembro de 2012a.** Acrescenta dispositivos na lei nº 8042, de 2009. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/sc/f/florianopolis/lei-ordinaria/2012/914/9143/lei-ordinaria-n-9143-2012-acrescenta-dispositivos-na-lei-n-8042-de-2009>>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. **Memória Institucional 2005 a 2012.** Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2012b.

_____. **PACK Brasil Adulto - Practical Approach to care Kit – Kit de Cuidados em Atenção Primária,** Florianópolis, 2016c.

_____. **Portaria Número 283, de 06 de Agosto de 2007.** Aprova a Política Municipal de Atenção a Saúde, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica baseada na Estratégia de Saúde da Família. 2007.

_____. **Portaria nº 79 de 29 de Julho de 2015.** Institui a Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem CSAE, 2015b.

_____. **Portaria nº 80, de 29 de julho de 2015.** Aprova o Protocolo de Enfermagem. v. 1. 2015c.

_____. **Protocolo de Enfermagem Volume 1 hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares.** Florianópolis. 2015a. Disponível em:

<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/23_05_2016_14.58.50.77f5b57fd66e3d44f2a8a8cd80bc176e.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2016.

GUBERT, F.A. et al. Protocolo de Enfermagem para Consulta em Puericultura. **Rev Rene.** Fortaleza, v. 16, n. 1, p. 81-99, jan./fev. 2015.

HARTZ, Z. M. A. (org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HIGUCH, K.S. et al. Implementation of clinical guidelines for adults with asthma and diabetes: a three-year follow-up evaluation of nursing care. **Journal of Clinical Nursing**, v. 20, p. 1329-1338, 2011.

HONORATO, D.Z.S. et al. O uso de tecnologias em saúde na consulta: uma análise reflexiva. **Rev. Interdisciplinar**. v. 8, n. 1, p. 234-239, jan/fev/mar. 2015.

HSIEH, H.F.; SHANNON, S.E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qualitative health research**. v. 15, n. 9, p. 1277-1288, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2015.**

Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=420540>>. Acesso em: 28 maio 2016.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Diabetes Atlas [Internet]**. Online version: International Diabetes Federation, 2014.

Disponível em: <<http://www.diabetesatlas.org/>>. Acesso em: 23 maio 2016.

IDF. INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes Atlas [Internet]**. Online version: International Diabetes Federation, 2015.

Disponível em: <<http://www.diabetesatlas.org/>>. Acesso em: 23 maio 2016.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Observatório da política nacional de controle do tabaco.** Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/status_politica/a_politica_nacional>. Acesso em: 25 out. 2016.

JESUS, R.L.; ENGSTROM, E.; BRANDÃO, A.L. A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de

caso numa área da cidade. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 37, p. 1-11, out./dez. 2015.

KAASALAINEN et al. The evaluation of an interdisciplinary pain protocol in long term care. **J Am Med Dir Assoc**. v. 13, n. 7, p. 664, sep. 2012.

KRAUZER, I. M. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Básica: o que dizem os enfermeiros? **Ciencia y Enfermeria**, v. XXI, n. 2, p. 31-38, 2015.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 maio 2016.

LERMEN JUNIOR, N.L. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 32, p.300-303, ago. 2014.

LUTUFO, P.A. Um desafio para 2025: reduzir a mortalidade precoce por doenças crônicas em todo o mundo. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 51-52, 2015.

MACINKO, J. Brazil's family health strategy – delivering community-based primary care in a universal health system. **The New England Journal of Medicine**, v. 372, n. 23, p.2177, 2015.

MANGUEIRA, S.O et al. Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 1, 2015.

MERHY, E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOKO, R. (organizadores). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 113-150.

MEGA, T.P. et al. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas no SUS: histórico, desafios e perspectivas. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 6, supl. 4, p. 3275-85, out. 2015.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: OPAS, 2012. 512 p.

MORAES, RZC et al. Morbimortalidade antes e após implantação de protocolo de atendimento ao queimado. **Rev Bras Queimaduras**, v. 13, n. 3, 2014.

NDC ALLIANCE. **NCD Countdown 2025: accountability for the 25x 25 NCD mortality reduction target: July 7, 2014.** Disponível em: <https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/NCD%20Countdown%20Comment.pdf>. Acesso em: 25 out. 2016.

NURSE PRACTITIONER. **Advanced Practice Nurse: definition and characteristics.** Nursing Matters, 2009. Disponível em: <https://acnp.org.au/sites/default/files/33/definition_of_apn-np.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2017.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 set. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata.** Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. et al. Evaluation of innovative strategies in the organization of Primary Health Care. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2016.

PAES, G.O. **Gerenciando o cuidado de enfermagem com protocolos assistenciais: a práxis em enfermagem e sua interface com a tecnologia em saúde.** Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2011.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, London, p. 11-31, maio 2011. Disponível em: <<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2016.

PAULA, F.A. et al. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 802-814, Set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300802&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Dez. 2017.

PETERMANN, X.B. et al. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. **Rev saúde Santa Maria**. Santa Maria, v. 41, n. 1, p. 49-56, jan./jul. 2015.

PIMENTA, C.A.M. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2015.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Diabetes 2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/programa-nacional-para-a-diabetes.aspx>. Acesso em 22 de fev. De 2018.

POLIT, D.F; BECK, C.T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RONSONI, R.M. et al. Avaliação de oito Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde por meio do instrumento AGREE II: um estudo piloto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1157-1162, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601157&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Dez. 2017.

ROSENFELD, R.M.; SHIFFMAN, R.N.; ROBERTSON, P. Clinical Practice Guideline Development Manual. Third edition: a quality – driven approach for translating evidence into action. **Otolaryngol. Head neck surg.**, Rochester, v. 148, n.1, p 1-55, jan. 2013.

SA, G.B.A.R. et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1849-1860, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601849&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Dez. 2017.

SALCI, M.A. **Atenção primária à saúde e a prevenção das complicações crônicas às pessoas com diabetes mellitus à luz da complexidade**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

SANTOS, E.C.B. et al. Usuários dos serviços de saúde com diabetes mellitus: do conhecimento à utilização dos direitos à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 285-292, abr. 2011a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio 2016.

SANTOS, E.C.B. et al. Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com diabetes mellitus. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 952-957, out. 2011b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio 2016.

SANTOS, F.O.F.; MONTEZELI, H.; PERES, A.M. Autonomia profissional e sistematização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros. **Rev Min Enferm**. Minas Gerais, v. 16, n. 2, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

SILVA, K.L. et al. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 76-85, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100076&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio 2016.

SMITH, R. Richard Smith: Being creative in developing primary care. **British Medical Journal**. Disponível em: <<http://blogs.bmj.com/bmj/2016/09/26/richard-smith-being-creative-in-developing-primary-care/>>. Setembro, 2016.

SOLANO, G. et al. Efectos de un protocolo aplicado por enfermeras en el control metabólico a personas con diabetes tipo 2. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 19, n. 1, p. 83-93, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000100008&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STACEY, D. et al. Development and evaluation of evidence-informed clinical nursing protocols for remote assessment, triage and support of cancer treatment-induced symptoms. **Nursing Research and Practice**. v. 2013, Article ID 171872, 2013.

STEVENS, A.; SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B. Desigualdades de gênero na mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2627-2634, out. 2012. Disponível em:
<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2016.

TADDEO, P.S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Cien Saude Colet.**, v.17, n. 11, p. 2923-2930, 2012.

TOSO, B.R.G.O. Práticas avançadas de enfermagem em atenção primária: estratégias para implantação no Brasil. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 7, n. 3/4, p. 36-40, 2016.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde: resgatando a subjetividade. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Fortaleza: Vozes, p. 75-98, 2007.

VIEIRA, A. C. et al. Percepção dos enfermeiros de emergência na utilização de um protocolo para avaliação da dor torácica. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e1830014, 2016.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100326&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Dec. 2017.

VIEIRA, V.C.L. et al. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Rev Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 17, n. 1, p. 119-125, jan./mar. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Status Report on non communicable diseases 2014.** Geneva, 2016a.

_____. **World health statistics 2015.** World Health Organization, 2015.

_____. **World health statistics 2016.** World Health Organization, 2016.

ZUG, Keri Elizabeth et al. Enfermagem de prática avançada na América Latina e no Caribe: regulação, educação e prática. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 2807, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO– ENFERMEIRO

I – Dados de caracterização:

Sexo:

Idade:

Tempo de formação:

Formação pós-graduada:

() especialização (indicar qual ou quais): _____

() mestrado

() doutorado

Tempo de atuação na atenção primária:

II Roteiro de entrevista

1. Conte-me um pouco sobre sua trajetória na enfermagem e a escolha por trabalhar na atenção primária?
2. Como é a atenção às pessoas com diabetes mellitus neste centro de saúde? (explorar desde que a pessoa tem o diagnóstico, até o acompanhamento em longo prazo – acesso, vínculo, promoção da autonomia e a prevenção de complicações)
3. Quando você está com uma pessoa com diabetes que referencia você utiliza para cuidar dela? Ou Qual a referência (da literatura) que usa para realizar essa atenção?
4. Qual sua percepção sobre o uso dos protocolos de enfermagem na atenção primária?
5. Fale sobre como teve conhecimento do uso do Protocolo de Enfermagem Vol1 da SMS de Florianópolis.
6. Como foi preparada para o do uso do Protocolo de Enfermagem Vol1 da SMS de Florianópolis.
7. Sua formação acadêmica lhe deu subsídios para a aplicação do protocolo?
8. O que levou a usar o protocolo?
9. Como você o tem aplicado?
10. Que mudanças o uso do protocolo tem trazido para a atenção às pessoas com diabetes?
11. Qual sua percepção sobre o conteúdo desse Protocolo? E sobre a forma que ele está apresentado?

12. Que fatores dificultam a utilização do protocolo? -quais desafios e limites da utilização do protocolo de enfermagem na sua prática cotidiana?

13. Que fatores favorecem a utilização do protocolo de enfermagem na sua prática cotidiana?

14. Considerando sua prática assistencial, como você percebe a contribuição do protocolo para a implementação dos fundamentos e diretrizes da política da atenção primária. Como por exemplo: O acesso? E o vínculo? E a longitudinalidade? E a Coordenação do cuidado?

15. Considerando o Protocolo que vem sendo implementado, que modificações você sugere (inclusões, ampliação, exclusões)? Tanto da forma e conteúdo como do processo de implementação e acompanhamento do seu uso.

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO- MÉDICO

I – Dados de caracterização:

Sexo:

Idade:

Tempo de formação:

Formação pós-graduada:

() especialização (indicar qual ou quais): _____

() mestrado

() doutorado)

Tempo de atuação na atenção primária:

II – Roteiro de Entrevista:

1. Conte-me um pouco sobre sua trajetória na medicina e a escolha por trabalhar na atenção primária?
2. Como é a atenção às pessoas com diabetes mellitus neste centro de saúde? (explorar desde que a pessoa tem o diagnóstico, até o acompanhamento em longo prazo – acesso, vínculo, promoção da autonomia e a prevenção de complicações)
3. Qual sua percepção sobre o uso dos protocolos de enfermagem na atenção primária?
4. Fale sobre como teve conhecimento sobre o Protocolo de Enfermagem Vol1 da SMS de Florianópolis para a atenção às pessoas com diabetes.
5. Que mudanças o uso do protocolo tem trazido para a atenção às pessoas com diabetes?
6. Que fatores dificultam a utilização do protocolo? - quais desafios e limites da utilização do protocolo de enfermagem na sua prática cotidiana?
7. Que fatores favorecem a utilização do protocolo de enfermagem na sua prática cotidiana?
8. Considerando sua prática assistencial, como você percebe a contribuição do protocolo para a implementação dos fundamentos e diretrizes da política da atenção primária. Como por exemplo o acesso? E o vínculo? E a longitudinalidade? E a Coordenação do cuidado?
9. Considerando o Protocolo que vem sendo implementado, que modificações você sugere (inclusões, ampliação, exclusões)?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Priscylla Lauterte, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da Professora Dr^a Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, desenvolverei a pesquisa intitulada: “AVALIAÇÃO DE PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO DA SAÚDE DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS”, como dissertação de mestrado.

Venho por meio deste documento, convidá-lo a participar do estudo e solicitar sua autorização para realização do mesmo. A pesquisa tem como objetivo avaliar, na perspectiva dos enfermeiros e médicos a contribuição do Protocolo de Enfermagem – Volume I no cuidado à saúde de pessoas com Diabetes Mellitus na atenção primária à saúde de Florianópolis. Durante sua participação será realizado uma entrevista em local de sua preferência e solicitamos sua colaboração respondendo algumas perguntas que lhe serão feitas sobre seu conhecimento e sua prática na atuação profissional às pessoas com diabetes mellitus. Esta entrevista será gravada em áudio.

Durante as entrevistas aspectos desagradáveis de suas experiências poderão se evocados, porém o(a) senhor(a) terá o acompanhamento do pesquisador durante todo o tempo de entrevista que lhe prestará a assistência necessária. O(A) senhor(a) poderá interromper a entrevista a qualquer momento, se achar pertinente. Os benefícios que terá com sua participação serão indiretos, no sentido dos resultados poderem melhorar a atenção à saúde de pessoas com diabetes atendidas na atenção primária. As informações após analisadas serão divulgadas em eventos e publicações científicas, sempre com a garantia de que as pessoas que participaram do estudo não serão identificadas. Sua identidade será mantida em anonimato e quando não mais desejar participar do trabalho, o(a) senhor(a) terá liberdade de interromper sua participação sem qualquer justificativa, não causando qualquer prejuízo para o(a) senhor(a). Em caso de dúvida sinta-se à vontade para perguntar. Não haverá qualquer despesa para o(a) senhor(a), caso exista gastos adicionais pela sua participação na pesquisa, os mesmos serão ressarcidos pela pesquisadora.

O(a) senhor(a) terá o direito a indenização caso ocorra dano material ou imaterial de acordo com a legislação vigente. A coleta de dados será realizada pela própria pesquisadora, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Denise M. Guerreiro Vieira da Silva e o pesquisador se compromete

a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466 de 2012 e a Resolução 510 de 2016 que tratam dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Para que aceite participar do estudo, você deverá ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinar em duas vias, permanecendo uma delas com o(a) senhor(a) e outra com a pesquisadora. Caso precise de maiores informações ou tenha alguma dúvida o(a) Senhor(a) pode entrar em contato a qualquer momento com:

- Priscylla Lauterte: Telefone: (48)91339526. E-mail: pry.enfermeira@gmail.com.

- Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva: Telefone: (48) 3721- 2207. E-mail: denise.guerreiro@ufsc.br.

- Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC: Telefone: (48) 3721-6094. E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br. Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina - Pró-Reitoria de Pesquisa - Prédio Reitoria II. R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400.

Pelo presente consentimento, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada dos objetivos, da justificativa e maneira como será desenvolvido este estudo. Igualmente fui informado(a):

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa;
- da liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;
- da segurança de que terei minha identidade preservada e que se manterá caráter confidencial das informações;
- do consentimento para divulgação do estudo para a comunidade.

Eu, _____,

li este documento recebendo todas as informações necessárias para me sentir esclarecido e aceito participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DE PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO DA SAÚDE DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS”. Estou ciente de que minha identidade permanecerá em anonimato.

RG: _____ Data: ___/___/_____

Participante

Pesquisador

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DE PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

Pesquisador: DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64531517.3.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.064.389

Apresentação do Projeto:

Dissertação de mestrado de Priscyla Lauterte sob orientação de Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, do programa de pós-graduação em Enfermagem. Estudo prospectivo, com 30 participantes. Critérios de inclusão: Os critérios de inclusão dos enfermeiros serão: Ter vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Florianópolis e atuação nos Centros de Saúde do município. Estar utilizando o Protocolo de Enfermagem Volume I no cuidado às pessoas com DM. Os critérios de inclusão dos médicos serão: Ter vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Florianópolis e atuação nos Centros de Saúde do município. Estar realizando o compartilhamento do cuidado da pessoa com DM com o enfermeiro. Critérios de exclusão: Os Critérios de exclusão para enfermeiros e médicos serão: Estar em afastamento por licença saúde, licença sem vencimento, licença prêmio ou férias no período da coleta de dados. Intervenções: entrevistas semi-estruturadas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar, na perspectiva de enfermeiros e médicos que atuam na atenção primária de saúde de Florianópolis, a contribuição do Protocolo de Enfermagem – Volume I no cuidado à saúde de pessoas com Diabetes Mellitus. **Objetivo Secundário:** Identificar como os

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.064.389

enfermeiros percebem as mudanças ocorridas no cuidado de enfermagem às pessoas com Diabetes Mellitus na atenção primária à saúde em Florianópolis, a partir da implantação do protocolo. Identificar como os médicos percebem as mudanças ocorridas na assistência às pessoas com Diabetes Mellitus na atenção primária à saúde em Florianópolis, a partir da implantação do protocolo de enfermagem

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Durante as entrevistas aspectos desagradáveis das experiências dos profissionais de saúde poderão ser evocados, porém terá o acompanhamento do pesquisador durante todo o tempo de entrevista que prestará a assistência necessária.

Benefícios: Os benefícios são indiretos, no sentido dos resultados poderem melhorar a atenção à saúde de pessoas com diabetes atendidas na atenção primária.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada pelo pesquisador responsável e pelo coordenador do programa de pós-graduação ao qual o pesquisador responsável está vinculado. Declaração(ões) do(s) responsável(is) legal(is) pela(s) instituição(ões) onde a pesquisa será realizada, autorizando-a nos termos da resolução 466/12. TCLE foi ajustado e atende a resolução 466/12. Cronograma, informando que a coleta de dados se dará a partir de 27/03/2017. Orçamento, informando que as despesas serão custeadas pelos pesquisadores. Roteiro(s) da(s) entrevista(s) a ser(em) feita(s) com os participantes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pesquisadoras atenderam as exigências da Resolução 466/12, conforme parecer emitido na análise da primeira versão submetida a este comitê.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	03/04/2017		Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.064.389

Básicas do Projeto	ETO_863028.pdf	11:12:51		Aceito
Outros	resposta.doc	31/03/2017 16:51:10	DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/03/2017 16:49:17	DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	08/02/2017 10:21:08	DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	07/02/2017 11:52:02	DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	instituicao.pdf	07/02/2017 11:38:19	DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 15 de Maio de 2017

Assinado por:
Yimar Correa Neto
(Coordenador)

**ANEXO B - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM EM HIPERTENSÃO,
DIABETES E OUTROS FATORES ASSOCIADOS A DOENÇAS
CARDIOVASCULARES VOLUME I**



**PREFEITURA DE
FLORIANÓPOLIS**
SAÚDE

**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM
VOLUME 1**

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

HIPERTENSÃO, DIABETES

**E OUTROS FATORES ASSOCIADOS A DOENÇAS
CARDIOVASCULARES**

Florianópolis, setembro de 2016

Versão 1.4



PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 1

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

HIPERTENSÃO, DIABETES

**E OUTROS FATORES ASSOCIADOS A DOENÇAS
CARDIOVASCULARES**



**Prefeito**

César Souza Júnior

Vice-Prefeito

João Amim

Secretário de Saúde

Carlos Daniel Magalhães da Silva Moutinho Júnior

Secretário Adjunto

Núlvio Lermen Júnior

Diretor de Atenção Primária

Jorge Ernesto Sérgio Zepeda

Gerente de Atenção Primária

Matheus Pacheco de Andrade

Responsável Técnica de Enfermagem e Coordenadora da Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE)

Elizimara Ferreira Siqueira

Coordenação de Projeto

Lucas Alexandre Pedebos

Colaboradores

Alessandra De Quadra Esmeraldino
 Ana Carolina Severino Da Silva
 Anna Carolina Ribeiro Lopes Rodrigues
 Carmen Ruggi Bonfim Santoro
 Caroline Neth
 Cilene Fernandes Soares
 EdlaZwiener González
 Fernanda De Conto
 Fernanda Paese
 Jadson Jovaert Mota Kreis
 João Marcos Emerenciano
 Julia Maria De Souza
 Juliana Cipriano Braga Silva

Juliana Valentim
 Karina Mendes
 Lucilene Maria Schmitz
 Marcelo Stuart Barreto
 Maria Francisca De Santos Daussy
 Milena Pereira
 Missouri Helena Bizarro Komatu Paixão
 Priscilla Cibele Tramontina
 Renata Da Rosa Turatti Fetzner
 Stella Maria Pfitzenreuter
 Tatiana Vieira Fraga
 Vinicius Paim Brasil



Este documento está licenciado sob a licença Creative Commons – Atribuição Não-Comercial 4.0 Internacional. Ele pode ser replicado ou adaptado, no todo ou em parte, contanto que a fonte seja citada e o uso não seja com propósitos comerciais.

APRESENTAÇÃO

Continuando com o processo de melhoria da qualidade da assistência à saúde da população de Florianópolis, ampliação do acesso aos serviços de saúde e valorização dos profissionais, estamos ampliando as atribuições do enfermeiro na rede municipal de saúde.

Tal ampliação visa dinamizar o atendimento do usuário nas unidades de saúde, favorecer o trabalho em equipe e racionalizar/valorizar as competências técnicas de cada profissional.

Este documento é o primeiro produto escrito pela Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE) com condutas para a prática de enfermagem no município, mas outros tantos serão publicados tratando sobre diversos temas pertinentes ao exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Os temas abordados neste documento foram escolhidos pela magnitude e relevância na prática da enfermagem em atenção primária, e temos certeza que contribuirá em muito para o aumento da resolutividade da consulta de enfermagem. Além disso, atribui ao enfermeiro funções que são exercidas internacionalmente na atenção primária, a saber: cuidado integral de portadores das doenças crônicas não complicadas mais frequentes e rastreamento das doenças mais prevalentes na população.

Nosso intuito com esta publicação foi de validar a prática de enfermagem sobre os temas aqui abordados através de um guia simples e prático, para consulta do profissional de enfermagem no tocante a prescrição de medicamentos e solicitação de exames referentes às condições descritas. Para um detalhamento sobre o assunto, indicamos a referência de livros texto ou os Cadernos de Atenção Básica (publicação do Ministério da Saúde), que descrevem de maneira mais aprofundada essas questões.

Para efeitos legais, este documento está em acordo com a Lei Federal nº 7.498/1986 (regulamentação do exercício da enfermagem) e com a Resolução COFEN 195/1997 (solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro), sendo válido como protocolo institucional.

Carlos Daniel Magalhães da Silva Moutinho Júnior
Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis

A Sistematização da Assistência de Enfermagem na Secretaria Municipal de Saúde Florianópolis.

A Enfermagem

A Enfermagem no âmbito nacional é uma profissão regulamentada a partir da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Suas normas e princípios fundamentam-se pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007.

A Enfermagem desempenha papel preponderante na efetivação do Sistema Único de Saúde nos diversos espaços: da assistência, do ensino e da pesquisa.

Inserida na Rede Municipal de Saúde de Florianópolis, a Enfermagem, de maneira significativa, manifesta sua essência e especificidade no cuidado ao ser humano, seja no aspecto individual ou coletivo.

Especificamente na Atenção Primária a Saúde, por meio da ampliação do acesso e da prática clínica, as atribuições dos profissionais de Enfermagem estão voltadas à promoção de saúde, prevenção e tratamento de agravos, e reabilitação da saúde dos indivíduos e comunidade, realizados de maneira interdisciplinar e multiprofissional.

Visando à integralidade do cuidado à pessoa e à família e o fortalecimento da rede de atenção, a Enfermagem também atua na área da Média Complexidade Municipal, na prestação do atendimento a população por especialidades, seja por uma situação crônica de saúde ou de urgência ambulatorial.

Na área de Urgências e Emergências do município, estruturas de complexidade intermediária entre os Centros de Saúde e as portas de urgência e emergência hospitalares, a Enfermagem confere o seu papel no atendimento aos agravos agudos, a partir de uma abordagem integral com a mudança de foco da doença para a pessoa e família.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem

Primando pela melhoria do atendimento à população no campo da saúde pública, o enfermeiro, enquanto agente de transformação social, busca a organização e operacionalização do seu processo de trabalho a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), determinada pela resolução COFEN 358/2009.

A SAE, a partir de métodos, diretrizes, normativas, instrumentos orientativos, torna possível a operacionalização do Processo de Enfermagem. Este é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional e a documentação necessária da prática, tornando evidente a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população.

O Processo de Enfermagem se organiza em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

PROCESSO DE ENFERMAGEM	
I - Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem)	Processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.
II - Diagnóstico de Enfermagem	Processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.
III – Planejamento de Enfermagem	Determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.
IV – Implementação	Realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.
V - Avaliação de Enfermagem	Processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

FONTE: COFEN/2009

Conforme o arcabouço legal que fundamenta a profissão, o Processo de Enfermagem é executado por todos os profissionais de Enfermagem, cabendo ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação deste processo, de modo a alcançar os resultados esperados. É privativo ao enfermeiro o diagnóstico de enfermagem, sendo este acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, em face dessas respostas. O Técnico e Auxiliar de Enfermagem participam da execução deste processo, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro (COFEN, 2009).

A Enfermagem originalmente se diferencia na abordagem integral centrada na pessoa e na atenção à resposta humana. Assim o Processo de Enfermagem é aplicado no encontro entre o profissional de Enfermagem e os indivíduos. A prática clínica do enfermeiro se dá nesse encontro e mediante a operacionalização do Processo de Enfermagem na Consulta de Enfermagem.

A Consulta de Enfermagem é uma atividade independente e privativa do enfermeiro, cujo objetivo propicia condições para melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa, e está respaldada por uma série de dispositivos legais que orientam uma prática ética e segura.

A solicitação de exames complementares, a prescrição de medicamentos e encaminhamentos de usuários a outros serviços, em conformidade com protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal e observadas as disposições legais da profissão, configuram-se como atribuição específica do enfermeiro na Política Nacional da Atenção Básica, além da realização de procedimentos e atividades em grupo (BRASIL, 2011).

A Consulta de Enfermagem deve ocorrer no atendimento à demanda programada ou espontânea, na unidade de saúde, no domicílio ou em outros espaços do território. A mesma está prevista na Carteira de Serviços da Atenção Primária em Saúde de Florianópolis entre as atribuições mínimas do Enfermeiro, sendo ofertada a pessoas de todas as faixas etárias.

O Registro da Consulta de Enfermagem

A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo: um resumo dos dados coletados sobre a pessoa; os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa; as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados; e os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas. Tais registros podem ser também da família ou coletividade humana.

Para registro no prontuário eletrônico, a Carteira de Serviços da Atenção Primária de Florianópolis recomenda o uso do SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano), a construção/atualização da Lista de Problemas e a utilização das classificações CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária) e CIPE (Classificação Internacional para Prática de Enfermagem) como forma de facilitar a comunicação entre profissionais e a obtenção de dados clínicos.

Notas de evolução claras e bem organizadas fazem parte da elaboração de uma boa história clínica ou de vida, continuada ao longo do tempo de ocorrência de um problema ou necessidades de saúde. A estrutura das notas de evolução é formada por quatro partes detalhadas conhecidas por “SOAP”, que corresponde à sigla (originalmente em inglês) para “Subjetivo”, “Objetivo”, “Avaliação” e “Plano”.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE

A necessidade e a vontade de utilizar um vocabulário próprio e objetivo para o registro da prática dos profissionais da enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis nos levaram a buscar uma terminologia de enfermagem que contemplasse esses requisitos. Além disso, que fosse capaz de favorecer a qualidade da assistência e o reconhecimento da Enfermagem enquanto profissão

que produz cuidado, conhecimento e ciência. A partir de algumas análises internas, optou-se por estudar melhor a CIPE por se acreditar que esta classificação seria adequada a essas necessidades.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) é um instrumento de informação que descreve e proporciona dados à representação da prática de enfermagem nos Sistemas de Informação em Saúde. No âmbito mundial, consolida-se como um sistema unificado da linguagem de enfermagem, capaz de comunicar e comparar dados entre diversos contextos, países e idiomas. Contém termos distribuídos em seus eixos para a composição de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, conforme a área de atuação do enfermeiro.

No 19º Congresso Quadrienal do Conselho Internacional de Enfermagem em Seul, na Coreia, ocorrido em 1989, foi aprovada a resolução para estabelecer uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem com objetivo precípuo de demonstrar de forma concreta a importante contribuição da enfermagem para a saúde, criando uma linguagem universal apta a envolver a Enfermagem do mundo inteiro em torno de uma causa comum.

No ano de 1996, o Conselho Internacional de Enfermeiros publicou a CIPE® versão Alfa, tornando-se o marco histórico dessa classificação, seguida das publicações CIPE® Versão Beta em 1999 e Versão Beta 2 em 2001. No entanto, ela ainda não estava satisfazendo as necessidades dos enfermeiros na prática profissional e, para assegurar que a próxima versão da CIPE® fosse compatível com vocabulários e normas já existentes, foi lançada a CIPE® Versão 1.0 no ano de 2005, Versão 1.1 em 2008 e Versão 2.0 em 2009, sendo que a cada dois anos atualizações menores são lançadas.

A CIPE® Versão 1.0 trouxe uma nova estruturação, diferenciada da CIPE® Versão Beta 2, simplificando a estrutura de oito eixos para uma de sete eixos (Figura 1). O novo agrupamento de eixos surge com a intenção de proporcionar um acesso agradável e de fácil compreensão ao usuário dos termos.

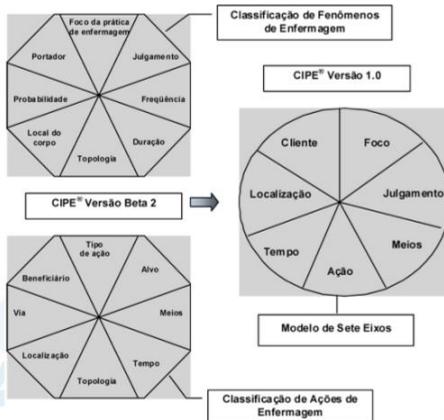


Figura 1. Da CIPE® Beta 2 para o Modelo de 7 Eixos da CIPE®

Fonte: ICN, 2011.

A partir das modificações, o modelo passou a apresentar uma única estrutura de classificação organizada em sete eixos. Para a construção dos diagnósticos e resultados de enfermagem, são recomendadas as seguintes diretrizes: (1) deve incluir um termo do Eixo do Foco, (2) deve incluir um termo do Eixo do Julgamento, (3) pode incluir termos adicionais, conforme o necessário, dos eixos do Foco, Julgamento ou de outros eixos. No desenvolvimento de enunciados de intervenções de enfermagem, são aconselhadas as seguintes diretrizes: (1) deve incluir um termo do Eixo da Ação, (2) deve incluir pelo menos um termo Alvo – um termo alvo pode ser um termo de qualquer eixo exceto do Eixo do Julgamento, (3) pode incluir termos adicionais, conforme necessário, do eixo da Ação ou de qualquer outro eixo.

A CIPE® Versão 2.0 traz, para cada um dos seus sete eixos, as seguintes definições:

- ✓ **Foco:** Área de atenção que é relevante para a enfermagem (exemplos: dor, eliminação, expectativa de vida, conhecimento);
- ✓ **Julgamento:** Opinião clínica ou determinação relativa ao foco da prática de enfermagem (exemplos: nível decrescente, risco, melhorado, interrompido, presente);
- ✓ **Cliente:** Sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção (exemplos: recém-nascido, cuidador, família ou comunidade).
- ✓ **Meios:** Forma ou método de concretizar uma intervenção (exemplos: atadura, caderneta de vacinação);

- ✓ **Ação:** Processo intencional aplicado a um cliente (exemplos: educar, mudar, administrar ou monitorar);
- ✓ **Tempo:** O ponto, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência (exemplos: administração, nascimento ou crônico);
- ✓ **Localização:** Orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção (exemplos: posterior, abdômen, escola ou centro de saúde na comunidade);

Nesta perspectiva a CIPE® tem por objetivo:

- ✓ Estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de Enfermagem, de forma a melhorar a comunicação entre os enfermeiros e a equipe multidisciplinar;
- ✓ Representar os conceitos utilizados nas práticas locais, independente dos idiomas e áreas de especialidade;
- ✓ Descrever os cuidados de Enfermagem prestados às pessoas (indivíduos, famílias e comunidades) a nível mundial;
- ✓ Permitir comparações de dados de Enfermagem entre populações de pacientes, contextos, áreas geográficas e tempo;
- ✓ Estimular a investigação em Enfermagem através da relação como os dados disponíveis nos sistemas de informação em Enfermagem e da saúde;
- ✓ Fornecer dados sobre a prática de Enfermagem de forma a influenciar a formação de enfermeiros e a política de saúde e;
- ✓ Projetar tendências sobre as necessidades dos pacientes, prestação do cuidado de Enfermagem, utilização de recursos e resultados do cuidado de Enfermagem.

Através dos objetivos, a CIPE® é capaz de proporcionar a comunicação entre os pares, comparar os dados de enfermagem entre os diferentes contextos, auxiliar na tomada de decisão do profissional, no raciocínio clínico do enfermeiro, no desenvolvimento de políticas públicas de saúde, na geração de novos conhecimentos, na promoção de um cuidado qualificado e na garantia de mais instrumentos para a segurança do paciente.

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis orienta a integração dos sistemas de registro com o Processo de Enfermagem, conforme o quadro abaixo:

COMPARATIVO - SOAP/ ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM/CIPE

Etapa	SOAP	Processo de enfermagem	CIPE
S – Subjetivo	Informações colhidas na entrevista sobre o motivo da consulta/problema/necessidade	Histórico de enfermagem (entrevista)	
O –Objetivo	Dados do exame físico, exames complementares laboratoriais	Histórico de enfermagem (exame físico)	
A – Avaliação	Avaliação dos problemas – utilização de um sistema de classificação	Diagnóstico de enfermagem Planejamento de enfermagem Avaliação de enfermagem	Diagnóstico de enfermagem Resultado de enfermagem
P – Plano	Plano de cuidados/ condutas	Implementação	Intervenções de enfermagem

Oficina de Sistematização da Assistência de Enfermagem – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

A instituição de protocolos clínicos, sistemas de registro, manuais e procedimentos operacionais padrão, integram a Sistematização da Assistência de Enfermagem, viabilizando o cuidado profissional de Enfermagem com a operacionalização do processo de enfermagem. Assim, a Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem apresenta este primeiro volume da série de Protocolos de Enfermagem, uma construção coletiva dos Enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

SUMÁRIO

1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)	11
1.1 EXAMES DIAGNÓSTICOS	11
1.1.1 Rastreamento (exame em pessoa sem sintomas)	11
1.1.2 Investigação clínica (exame em pessoa com sintomas)	11
1.2 MEDICAMENTOS PASSÍVEIS DE RENOVAÇÃO DA PRESCRIÇÃO PELO ENFERMEIRO	11
1.2.1 Condições gerais	12
1.2.2 Lista de medicamentos anti-hipertensivos	14
1.2.3 Outros medicamentos que agem no sistema cardiovascular	14
1.3 EXAMES COMPLEMENTARES PARA ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	15
1.3.1 Condições Gerais	15
1.3.2 Lista de exames complementares	16
2 DIABETES MELLITUS (DM) TIPO II	18
2.1 EXAMES DIAGNÓSTICOS	18
2.1.1 Rastreamento (exame em pessoa sem sintomas)	18
2.1.2 Investigação clínica (exame em pessoa com sintomas)	18
2.1.3 Seguimento	19
2.2 MEDICAMENTOS PASSÍVEIS DE RENOVAÇÃO DA PRESCRIÇÃO PELO ENFERMEIRO	20
2.2.1 Condições gerais	20
2.2.2 Lista de medicamentos hipoglicemiantes	22
2.3 EXAMES COMPLEMENTARES PARA ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS	22
2.3.1 Condições gerais	22
2.3.2 Lista de exames complementares	22
3 TABAGISMO	25
3.1 DIAGNÓSTICO	25
3.2 TRATAMENTO	24
3.2.1 Abordagem psicossocial	24
3.2.1 Abordagem farmacológica	25
4 ABORDAGEM AO CONSUMO DE ÁLCOOL	28
4.1 DIAGNÓSTICO	28
4.1.1 AUDIT	28
4.1.2 CAGE	29
4.2 TRATAMENTO	29
4.2.1 Abordagem Psicossocial	29
4.2.2 Abordagem Familiar	30
4.2.3 Manejo clínico e medicamentosos da Síndrome de Abstinência do Alcool (SAA)	30
5 RASTREAMENTO DE PROBLEMAS ASSOCIADOS A DOENÇAS CARDIOVASCULARES	31



5.1 RISCO CARDIOVASCULAR	31
5.2 DISLIPIDEMIA	Erro! Indicador não definido.
5.3 ABUSO DE ÁLCOOL	32
5.4 OBESIDADE	33
REFERÊNCIAS PRINCIPAIS	36
ANEXO I - TABELAS PARA O CÁLCULO DO RISCO CARDIOVASCULAR - ESCORE DE FRAMINGHAM	38
ANEXO II – ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT)	41
CONTROLE DE ALTERAÇÕES	42

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

2 DIABETES MELLITUS (DM) TIPO II

2.1 EXAMES DIAGNÓSTICOS

O diagnóstico de diabetes mellitus (DM) é normalmente realizado a partir da dosagem alterada da glicemia de jejum. O enfermeiro poderá solicitar esse exame em pacientes que não possuam o diagnóstico da doença em duas situações:

2.1.1 Rastreamento (exame em pessoa sem sintomas²)

Solicitar glicemia de jejum quando o IMC for ≥ 25 e a pessoa tiver pelo menos mais um dos seguintes fatores:

- Idade entre 40-70 anos, hipertensão, doença cardiovascular (DCV), sedentarismo, histórico familiar de diabetes em pais ou irmãos, etnia de alto risco (Asiática, Hispânica ou Africana), história prévia de diabetes gestacional ou bebê grande ($> 4,5$ Kg), história prévia de tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada, síndrome do ovário policístico ou HIV.

Se valor da glicemia de jejum for < 110 mg/dL, repetir rastreio a cada 3 anos. Ou se DCV, hipertensão ou HIV, repetir rastreamento anualmente.

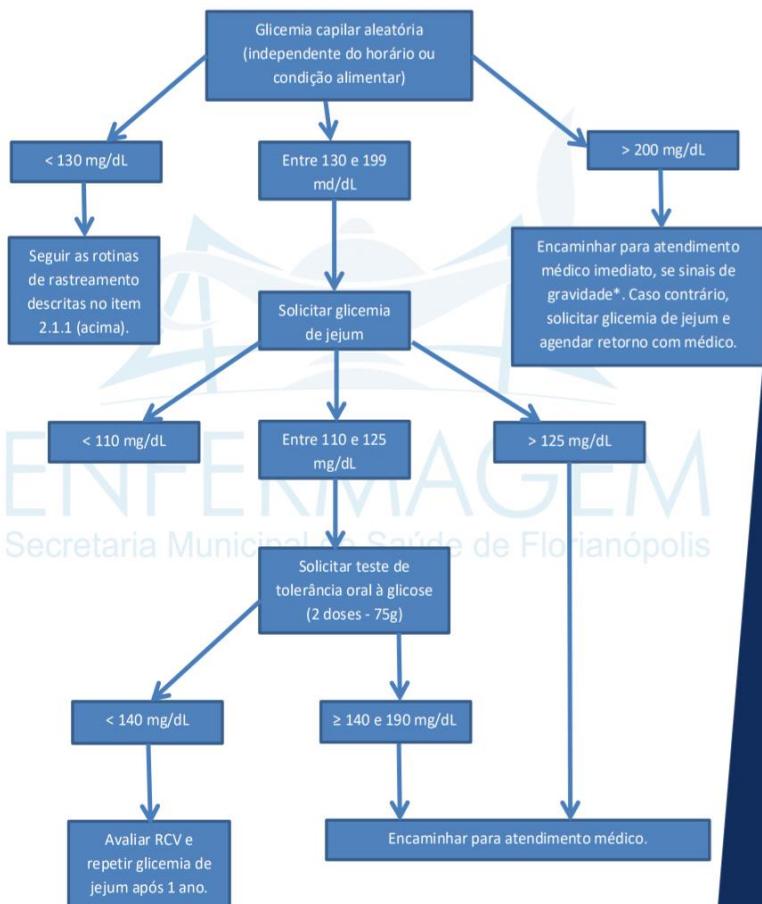
Se valor da glicemia de jejum entre ≥ 110 verifique Fluxograma 2.1 Diagnóstico de Diabetes

Caso o paciente não se enquadre no descrito acima não há necessidade de rastrear.

2.1.2 Investigação clínica (exame em pessoa com sintomas)

Realizar **glicemia capilar** nos pacientes com sintomatologia característica (poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso, alterações visuais de aumento súbito, dificuldade de cicatrização, neuropatia diabética) e que não se enquadrem nos critérios descritos no rastreamento. A partir do resultado, seguir a conduta descrita no fluxo a seguir.

² Para maiores detalhes sobre o exame em pessoas assintomáticas (rastreamento), ler o capítulo 4 deste mesmo documento - Rastreamento de Problemas Associados a Doenças Cardiovasculares.

FLUXOGRAMA 2.1 – DIAGNÓSTICO DE DIABETES


* Sinais importantes de gravidade incluem: náusea e/ou vômitos, dor abdominal, respiração rápida e profunda, temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$, sonolência, confusão, perda de consciência, dor no peito, desidratação (mucosas secas, turgor da pele diminuído, olhos encovados, PA < 90/60, FC > 100).

2.2 MEDICAMENTOS E INSUMOS PASSÍVEIS DE RENOVAÇÃO DA PRESCRIÇÃO PELO ENFERMEIRO

Esta seção traz uma lista de medicamentos hipoglicemiantes passíveis de terem receita renovada pelo **enfermeiro que atua em Centros de Saúde do município (unidades de atenção primária)**, contanto que as condições expressas neste documento (gerais e específicas para cada grupo/medicamento) sejam cumpridas.

O enfermeiro poderá renovar as receitas de medicamentos por um período de até 6 (seis) meses, quer seja através de uma única receita com duração deste tempo, ou através de múltiplas receitas com durações menores (contanto que a soma não ultrapasse os seis meses). Esta estratégia pode ser particularmente útil caso o enfermeiro queira que o paciente volte para reavaliação (por ele ou qualquer outro profissional) antes de seis meses.

O enfermeiro não deve remover da receita uma medicação de uso contínuo prescrita por profissional médico ou alterar a dose/posologia das medicações contínuas prescritas. Havendo questionamentos quando à necessidade de uso, reações adversas ou qualquer outro problema relacionado ao medicamento, o enfermeiro deverá discutir o caso com o médico da equipe (na ausência desse, outro médico da unidade/município deverá ser acionado).

2.2.1 Condições gerais

O enfermeiro poderá renovar a receita de medicamentos hipoglicemiantes contanto que:

- O paciente possua receita prévia emitida por **médico da atenção primária do município** devidamente credenciado no respectivo conselho (ou registros especiais, no caso de programas nacionais);
- Os critérios específicos para cada conjunto de medicamentos sejam observados e cumpridos;
- O paciente não apresente sinais/sintomas ou demandas que exijam avaliação médica **imediate** (sinais/sintomas que indiquem algum problema de saúde grave);
- Se o paciente for portador de qualquer das seguintes comorbidades ou complicações, tenha sido avaliado por médico pelo menos nos últimos 6 meses: insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) prévio, doença arterial periférica, neuropatias, insuficiência renal crônica;
- O paciente não tenha recebido atendimento de urgência por quadro relacionado a HAS/DM, desde a última avaliação médica na APS;
- O enfermeiro, durante a consulta de enfermagem, conjuntamente à renovação da receita de medicamentos, realize avaliação da pessoa (incluindo exame dos pés), de maneira pertinente ao quadro, através de consulta de enfermagem e, caso seja necessário, encaminhe para consulta médica;

- O enfermeiro, no momento da consulta, solicite os exames complementares (de rastreio ou acompanhamento) indicados para a situação clínica da pessoa atendida (consultar a seção de exames de acompanhamento para diabetes e rastreamento, neste mesmo documento);
- O enfermeiro, no momento da consulta, cheque a adesão e os conhecimentos do usuário sobre o uso dos medicamentos prescritos e reforce as orientações de uso correto dos mesmos, incluindo orientações sobre dose, frequência de uso, interações medicamentosas e com alimentos, e possíveis efeitos colaterais;
- O paciente deve ter função renal preservada, comprovada através de registro no prontuário de resultado de exame laboratorial com Clearance de creatinina maior ou igual a 90 ml/min (calculada a partir da equação de Cockcroft & Gault, detalhada na seção de exames deste capítulo);
- O enfermeiro, no momento da consulta ou outra atividade relacionada, oriente e incentive medidas não medicamentosas (exercício, dieta, etc.) para o controle da doença de base, quando pertinente;
- O paciente esteja presente à consulta;
- O paciente seja maior de 18 anos;
- O paciente esteja com valores de pressão arterial* iguais ou menores aos estipulados abaixo (independentemente da idade):
 - Pacientes com retinopatia: 130/80 mmHg;
 - Pacientes sem retinopatia: 140/80 mmHg.
- O paciente não esteja em insulinoterapia (uso de insulina para controle do DM);
- A última dosagem de **HbA1C seja menor que 7,5%** e tenha sido realizada em um intervalo igual ou inferior a sete meses (seis meses recomendados mais 30 dias de tolerância) à data consulta.

* Para os efeitos deste documento, será considerada a média de três aferições de pressão arterial realizadas em dias e horários diferentes nos 30 dias que antecedem a consulta, podendo ser considerada a do dia da consulta como uma destas (registros realizados pelo próprio paciente a partir de aferições em outros locais, que não as unidades de saúde do município, podem ser considerados). Caso, no momento da consulta, a PA esteja com diferença igual ou superior a 20 mmHg às demais medidas (sistólica ou diastólica, separadamente), realizar nova medida 15 minutos após a primeira. Permanecendo essa diferença ou caso o paciente não possua medidas em número suficiente, renovar a receita por 15 dias e orientar o retorno com as medidas de PA. Caso, no retorno, essa diferença persistir, encaminhar para avaliação terapêutica pelo médico.

2.2.2 Lista de medicamentos hipoglicemiantes e outros insumos

MEDICAMENTO	DOSE MÁXIMA
METFORMINA, CLORIDRATO	2550 mg/dia
GLIBENCLAMIDA	20 mg/dia
TIRAS REAGENTES A GLICOSE	Conforme normativa municipal

2.3 EXAMES COMPLEMENTARES PARA ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS

2.3.1 Condições gerais

O enfermeiro poderá solicitar os exames listados abaixo para acompanhamento do portador de diabetes mellitus desde que:

- Haja comprovação, através de documento por escrito ou registro eletrônico no prontuário do usuário, de que o mesmo possui a condição/morbidade que justifique a solicitação dos exames, conforme este documento;
- O enfermeiro encaminhe para atendimento médico usuários cujos resultados dos exames complementares solicitados estejam fora dos padrões de normalidade;
- O enfermeiro obedeça a periodicidade estipulada para cada um dos exames neste documento, não solicitando os mesmos em frequência superior ao estabelecido;
- O enfermeiro realize avaliação clínica do usuário pertinente ao quadro do mesmo e conforme as evidências mais recentes, encaminhando para atendimento médico quando necessário.

2.3.2 Lista de exames complementares

EXAME COMPLEMENTAR	PERIODICIDADE	VALORES DE REFERÊNCIA PARA DIABÉTICOS (TIPO II)
HBA1C (HEMOGLOBINA GLICADA)	TRIMESTRAL se fora da meta estabelecida pela equipe SEMESTRAL se paciente dentro da meta estabelecida	- Desejável <7% - Tolerável de 7% e 7,9% (para renovação de receitas pelo enfermeiro deve estar até 7,5%)
COLESTEROL TOTAL	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas	- Desejável <200 mg/dL - Tolerável de 200 a 239 mg/dL (limítrofe alto) - Se valor > 300mg/dL, repita o exame. Se mantiver > 300mg/dL, solicite avaliação médica para confirmar e

		considerar diagnóstico de hipercolesterolemia familiar
COLESTEROL HDL	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas	≥ 40 mg/dL - Se paciente usa estatinas (ex. sinvastatina) a meta é que em 3 meses após o início o paciente atinja uma redução de > 40% do colesterol não-HDL (colesterol total menos HDL). Se paciente não atingir a meta, repita o exame de colesterol total e HDL. Se confirmar redução \leq 40% solicite avaliação médica para confirmar e discutir manejo.
LDL* (ATRAVÉS DE FÓRMULA)	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas	- Desejável <100 mg/dL - Acima do ideal de 100 a 129 mg/dL - Tolerável de 130 a 159 mg/dL (limitrofe alto)
TRIGLICERÍDEOS	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas	- Desejável <150 mg/dL - Tolerável de 150 a 199 mg/dL (limitrofe alto) - Se valor \geq 500mg/dL, repita o exame. Se mantiver \geq 500mg/dL, solicite avaliação médica para confirmar e considerar opções de manejo.
CREATININA SÉRICA**	ANUAL ou após 2 semanas do início/aumento da dose de captopril/losartan	Clearance de creatinina \geq 90 ml/min - Se clearance estimado de creatinina (ou taxa de filtração glomerular estimada - TFGe) < 60 mL/min, solicite avaliação médica para confirmar e considerar opções de manejo. - Se diminuição > 25%, repita o exame em 2 semanas e solicite avaliação médica.
POTÁSSIO (para pacientes que fazem uso de diuréticos – hidroclorotiazida, furosemida, espironolactona – e/ou inibidor do sistema RAA – captopril, enalapril, losartan)	ANUAL ou após 2 semanas do início/aumento da dose de captopril/losartan	$\geq 3,5$ mmol/L e <5,0 mmol/L (mEq/L) - Se 5,0 mmol/L, repita imediatamente e solicite avaliação médica imediata para considerar redução de dose de enalapril ou losartan ou espironolactona.
EXAME SUMÁRIO DE URINA (EAS, EQU)	ANUAL	Sem glicose e sem proteinúria (se proteinúria, solicitar microalbuminúria antes de encaminhar para atendimento médico).
MICROALBUMINÚRIA	SE PROTEINÚRIA NO EXAME DE URINA	Encaminhar para avaliação médica.

Obs.: Glicemia de jejum não deve ser solicitado como exame para acompanhamento de DM. Este exame serve, apenas, para rastreamento e diagnóstico de tal doença. Para acompanhamento, os parâmetros observados são os da HbA1C (hemoglobina glicada).

Evite determinar metas numéricas em relação aos valores de colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos. O resultado deve ser analisado através do cálculo do RCV.

*Almeje uma meta maior de HBA1C se > 65 anos, expectativa de vida limitada, DCV confirmada, episódios de hipoglicemia, controle glicêmico difícil.

**LDL não deve ser solicitado como exame laboratorial, uma vez que os valores podem ser calculados a partir da equação de Friedewald, da seguinte maneira:

$$LDL \text{ Colesterol } mg/dL = \text{Colesterol Total} - HDL \text{ Colesterol} - (\text{Triglicerídeos}/5)$$

Contudo, nos casos em que o nível de triglicerídeos estiver acima de 400 mg/dl, a dosagem real (sérica) de LDL deverá ser solicitada uma vez que esta fórmula perde a precisão para estes valores.

**O valor de creatinina sérica (creatinina plasmática) deve ser utilizado para calcular o Clearance de creatinina, através da equação de Cockcroft & Gault, da seguinte maneira:

Para homens:

$$\text{Clearance de Creatinina mL/min} = \frac{(140 - \text{idade}) \times \text{Peso(Kg)}}{\text{Creatinina sérica(mg/dL)} \times 72}$$

Para mulheres:

$$\text{Clearance de Creatinina mL/min} = \frac{(140 - \text{idade}) \times \text{Peso(Kg)}}{\text{Creatinina sérica(mg/dL)} \times 72} \times 0,85$$

