

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**FELIPE RODRIGUES GARCIA DE SOUZA**

**ESTRATÉGIAS EMPREENDIDAS NA FORMAÇÃO DE VÍNCULOS POR  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA USUÁRIOS PORTADORES DE DOENÇAS  
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS RESIDENTES NA REGIÃO RURAL**

**Porto Alegre**

**2018**

**FELIPE RODRIGUES GARCIA DE SOUZA**

**ESTRATÉGIAS EMPREENDIDAS NA FORMAÇÃO DE VÍNCULOS POR  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA USUÁRIOS PORTADORES DE DOENÇAS  
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS RESIDENTES NA REGIÃO RURAL**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Adriana Roeser Ramos

**Porto Alegre**

**2018**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha avó, Antonia Ibaneza Rodrigues Garcia, pela oportunidade, apoio, carinho e dedicação, pois sem essa pessoa não estaria concluindo minha graduação em Enfermagem.

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela oportunidade de estar realizando o tão almejado ensino superior.

A minha orientadora, professora Adriana Roese Ramos pela oportunidade e apoio na realização deste trabalho.

A minha namorada, que me acompanhou durante toda trajetória e ainda me acompanha, dando força e me auxiliando sempre que pode.

A todos meus amigos, companheiros e colegas que estiveram junto nessa caminhada e que, direta ou indiretamente, me deram apoio.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

## RESUMO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis são consideradas um grave problema de saúde pública no mundo. No Brasil, as doenças cardiovasculares e respiratórias, neoplasias e diabetes foram responsáveis por 68,3% do total de óbitos. Essas doenças demandam tratamento contínuo e forte vínculo, o que é realizado, frequentemente, na Atenção Primária, que em zonas rurais, regularmente, é o local mais próximo para atendimento dos usuários. O estudo teve como objetivo avaliar as estratégias empreendidas na formação de vínculos de profissionais de unidades básicas de saúde com usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis residentes na Região Rural Metropolitana de Porto Alegre/RS. Estudo do tipo transversal, descritivo, exploratório, de caráter qualitativo. Os dados foram coletados por entrevistas com coordenadores de unidades básicas de saúde de zonas rurais das cidades de Gravataí e Viamão e analisados por meio do referencial da análise de conteúdo. Os resultados obtidos referem que o principal meio para realizar o vínculo com os usuários é o Agente Comunitário de Saúde e o acolhimento, tendo como barreiras dificultadoras a estrutura física da unidade, falhas na comunicação e de conhecimentos, tanto da população quanto dos profissionais, o que culmina na não adesão ao tratamento dos usuários. Concluiu-se que os profissionais necessitam de maior tempo e foco na realização de estratégias para formação de vínculo e, muitas vezes, não compreendendo a questão cultural da região rural, fazendo com que o Agente comunitário seja o único responsável pela formação de vínculo.

**Palavras-chave:** Doença crônica, População Rural.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>2 OBJETIVO .....</b>	<b>8</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>9</b>
<b>3.1 Atenção primária em saúde .....</b>	<b>9</b>
<b>3.2 Doenças crônicas não transmissíveis .....</b>	<b>10</b>
<b>3.3 Vínculo profissional/usuário .....</b>	<b>11</b>
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>13</b>
<b>4.1 Pressupostos metodológicos .....</b>	<b>13</b>
<b>4.2 Contexto do estudo .....</b>	<b>13</b>
<b>4.3 População e amostra .....</b>	<b>15</b>
<b>4.4 Geração de dados .....</b>	<b>15</b>
<b>4.5 Análise dos dados .....</b>	<b>16</b>
<b>4.6 Aspectos éticos.....</b>	<b>17</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>5.1 O vínculo dos profissionais da unidade de saúde com os usuários .....</b>	<b>18</b>
<b>5.2 A realidade familiar e o meio social .....</b>	<b>21</b>
<b>5.3 Adesão de usuários portadores de DCNT .....</b>	<b>23</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>25</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>26</b>
<b>ANEXO A – Roteiro para entrevistas dos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde .....</b>	<b>31</b>
<b>ANEXO B – Aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXO C- Aprovação pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre Estado do Rio Grande do Sul .....</b>	<b>35</b>
<b>ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXO E – Autorização para Uso Dados da Pesquisa.....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO F – Aprovação pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul .....</b>	<b>42</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são consideradas um grave problema de saúde pública no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que 68% dos óbitos no mundo no ano de 2012 foram consequências das DCNT. Já em países de baixa e média renda, essa porcentagem se aproxima dos 75%, em que 40% são consideradas mortes prematuras, aquelas que ocorrem antes dos 70 anos de idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A OMS define como doenças crônicas as doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus. São também incluídas nesse rol aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas (BRASIL, 2008).

No Brasil, no ano de 2011, as DCNT foram responsáveis por 68,3% do total de mortes, com destaque para doenças cardiovasculares (30,4%), neoplasias (16,4%), doenças respiratórias (6%) e diabetes (5,3%) (MALTA et al., 2014). No ano de 2013, esse percentual subiu para 72,6% das mortes, segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (BRASIL, 2015). Isso caracteriza uma nova configuração na prevalência e incidência de doenças, apresentando um grande desafio para a saúde no Brasil. Pode ser vista a repercussão negativa das DCNT na taxa de morbimortalidade da população afetada e na qualidade de vida. Além dos efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral.

No Rio Grande do Sul, verifica-se que as doenças do aparelho circulatório se mostram como a principal causa de mortalidade, com a prevalência de 31,9%. A Região Sul do país lidera as maiores proporções de hipertensos, sendo que em Porto Alegre, a capital com maiores prevalências, a hipertensão arterial sistêmica, em 2010, atingiu 25,5% da população com 18 anos ou mais (BRASIL, 2011b).

Podemos observar uma mudança no perfil demográfico e epidemiológico por conta das DCNT, no país a valorização da Atenção Primária em Saúde é indispensável para a nova organização dos serviços de saúde, já que a efetuação de

cuidados primários é uma das mais importantes reformas sistêmicas e ideológicas dos modelos assistenciais na atualidade (CAREY et al., 2013).

O tratamento de doenças crônicas tem como característica a longa duração, percorrendo, muitas vezes, até o final da vida do indivíduo portador e não se remete somente ao tratamento farmacológico, mudanças no estilo de vida, como hábito alimentar e prática de exercícios físicos são fundamentais.

A prevenção, o tratamento e o acompanhamento das DCNT em usuários portadores podem ser realizados nas unidades básicas de saúde e, para isso, um bom vínculo profissional/usuário é imprescindível. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em consenso com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como base desenvolver o vínculo entre os profissionais e a população do território, visando o seguimento das ações de saúde e continuidade do cuidado (BRASIL, 2010a).

Muito trabalhado nas ESF, o acolhimento tornou-se uma ferramenta essencial para o atendimento populacional com base na humanização, gerando um atendimento focado as demandas dos usuários.

A diretriz do Acolhimento foi implantada na atenção primária em saúde em meados da década de 90, visando ampliação do acesso e possibilitando modificação no desenvolvimento do trabalho em saúde, ao remodelar as relações profissionais/usuários, promovendo vínculos e resolubilidade (FRANCO; BUENO; MEHRY, 1999).

Analisando a diretriz do Acolhimento e tentando abarcar o meio rural, é questionável se somente esse modo é suficiente para que haja o acesso do usuário aos serviços de saúde de atenção primária. Um estudo realizado na zona rural do Oeste de Santa Catarina demonstrou que a grande parte dos moradores da região rural não procura por informações e serviços de saúde de atenção primária, anualmente (KESSLER et al., 2016).

Acredita-se que haja, na população residente em zonas rurais, uma potencial vulnerabilidade devido à existência de problemas de saúde relacionados a residências mais precárias, escassez de transporte público, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, baixo índice de escolaridade, entre outras. A reestruturação do modelo de atenção e a interiorização dos serviços de saúde, em especial nas áreas rurais, são temas que transpassam a atual política pública do país (BARBIANI et al., 2014; DUNCAN; TARGA, 2014).

Considerando a importância dos cenários das políticas públicas de saúde na defrontação do adoecer crônico, a problemática trazida pelo presente estudo, vincula-se aos desafios que se colocam para o estabelecimento de vínculos entre usuários e profissionais na atenção à saúde primária, visto que os residentes de municípios da Região Rural Metropolitana, nem sempre utilizam, como porta de entrada no sistema de saúde, os serviços de seu município de origem.

A população do meio rural possui grandes dificuldades de acesso aos serviços de saúde, seja por questões geográficas, pela distância de sua moradia ou local onde trabalha e os serviços de saúde, e pela falta de transporte público. Como residente da área rural tenho observado as dificuldades e peculiaridades, características da região rural, em relação ao acesso aos serviços primários de saúde. Grande parte de meus parentes que sofrem com as DCNT possuem dificuldades de acesso e vínculo com a atenção primária, fato esse que me motivou a estudar o tema proposto.

O estudo possui grande relevância para área da enfermagem, pois os profissionais de enfermagem atuantes na atenção básica, frequentemente, ocupam o cargo de coordenador da unidade e acabam se deparando com diversos obstáculos na criação de vínculo e acesso para os usuários. As áreas rurais, como citado acima, possuem características, hábitos e costumes peculiares que devem ser visados para que haja uma boa vinculação profissional/usuário.

Visando a continuidade no tratamento e cuidados com as DCNT, é imprescindível que as unidades básicas possuam estratégias para que o seguimento com o usuário seja contínuo e eficiente, evitando migrações para as capitais e, conseqüentemente, superlotação de serviços de emergências.

Dito isso, o presente estudo possui como questão norteadora: Quais são as estratégias empreendidas na formação de vínculos por profissionais de unidades básicas de saúde para usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis residentes na Região Rural Metropolitana de Porto Alegre/RS?

## **2 OBJETIVO**

Avaliar as estratégias empreendidas na formação de vínculos de profissionais de unidades básicas de saúde com usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis residentes na Região Rural Metropolitana de Porto Alegre/RS.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Atenção primária em saúde

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2004, p.7) define que:

[...] a Atenção Primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitadas, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, equidade e participação social. A atenção primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável.

A atenção primária em saúde é vista como o primeiro acesso da população nos sistemas de saúde e possui como objetivo a prevenção de doenças, solução de possíveis agravos de saúde e direcionamento dos usuários mais graves para os demais níveis de atendimento, secundários e terciários, superiores em complexidade. A atenção primária em saúde funciona como filtro organizacional de fluxos de serviços nas redes de saúde, dos mais básicos aos mais complexos (BRASIL, 200-).

A atenção primária tem como fundamentos e diretrizes a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011a):

- Possuir território adstrito sobre o mesmo, que permita o planejamento, programação descentralizada e desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais;
- Propiciar acesso universal e contínuo para população à serviços de saúde de qualidade e que possuam resolubilidade, identificados como porta de entrada preferencial da rede de atenção;

- Coordenar a integralidade em seus aspectos como a integração de ações programáticas e demanda espontânea da população, articular as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes;

- Incentivar a participação da população como forma de expandir sua autonomia e capacidade na estruturação do cuidado à sua saúde e dos usuários e coletividades do território.

No Brasil é possível observar diversas estratégias governamentais voltadas para a atenção primária, uma delas é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem como proposta a multidisciplinaridade e o acesso às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), ofertando consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos disponibilizados aos usuários nas UBS, como também a busca ativa de usuários pertencentes a região por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2017).

Em Porto Alegre o serviço de Atenção Primária à Saúde é formado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelas Unidades de Saúde para Populações Específicas, pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e pelos Núcleos de Apoio Matricial da Atenção Básica (NAMAB) (CASTRO et al., 2012).

### **3.2 Doenças crônicas não transmissíveis**

As DCNT estão, em geral, relacionadas a múltiplas causas e possuem como características um início gradual e prognóstico frequentemente indefinido, com longa ou indefinida duração. Necessitam de acompanhamento e cuidados contínuos que levam a mudanças no estilo de vida do portador e que nem sempre levam à cura. Apresentam curso clínico que se altera ao longo do tempo, com prováveis períodos de agudização da doença, podendo gerar incapacidades e restrições (DUNCAN et al., 2012)

A OMS define como doenças crônicas as doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus (BRASIL, 2008). Estas são responsáveis por cerca de 70% do total de mortes no mundo, perto dos

38 milhões de óbitos por ano. Dessas mortes, 16 milhões ocorrem antes dos 70 anos de idade (óbitos prematuros) e, em países de baixa e média renda, quase 28 milhões de óbitos (ABEGUNDE et al., 2007).

Há evidências que mostram um aumento das DCNT em razão do crescimento dos principais fatores de risco que são: tabagismo, sedentarismo, uso abusivo de bebidas alcoólicas e dietas não saudáveis (SCHMIDT et al., 2011).

Em 2013, o Brasil realizou a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de base populacional, tendo como temas as DCNT, acesso e uso de serviços. A pesquisa identificou que 45% da população adulta brasileira relatou possuir ao menos uma DCNT, aparecendo frequentemente a hipertensão, dor na coluna ou nas costas, diabetes, artrite ou reumatismo, depressão, e bronquite ou asma (MALTA et al. 2015).

Em Porto Alegre, no ano de 2015, as doenças do aparelho circulatório estavam no 1º lugar entre os óbitos no sexo feminino e em 2º lugar no sexo masculino, sendo as neoplasias a 1ª causa de morte entre homens. Entre 2006 a 2015, do terceiro lugar em diante, pode-se observar uma variação das proporções de óbitos de acordo com sexo. Para o sexo feminino, o terceiro lugar se deu pelas doenças do aparelho respiratório. Já no sexo masculino, as causas externas ocuparam o terceiro lugar (PORTO ALEGRE, 2014).

### **3.3 Vínculo profissional/usuário**

O vínculo perpassa pelas áreas das ciências sociais e da saúde e assume múltiplas características e abordagens, como dimensão, diretriz, estratégia, objetivo e relação. Apresenta também, uma conexão com outros conceitos na área da saúde pública, como a humanização, o acolhimento e responsabilização (GOMES; SÁ, 2009).

Para que haja um bom vínculo profissional-usuário é preciso que os profissionais obtenham conhecimento sobre a realidade de cada indivíduo e sua família. Entende-se que os profissionais de saúde precisam abandonar seus discursos prontos, seus preconceitos e saberes tradicionais (ILHA et al., 2014).

No mesmo estudo citado acima, foi relatado pelos usuários, no decorrer de suas entrevistas, que demonstrar interesse pelo outro é essencial para a formação do vínculo entre profissional-usuário (ILHA et al., 2014).

Uma estratégia para que haja a realização de vínculos é a inserção dos Agentes Comunitários de Saúde no contexto familiar. Isto tem sido visto como uma maneira de formação de vínculos na relação serviço e população, permitindo que um mediador possa aproximar e articular as necessidades da população com o serviço oferecido (GALAVOTE et al., 2011).

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Pressupostos metodológicos**

O estudo é integrante do projeto matriz intitulado “DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E O PLANEJAMENTO EM SAÚDE: os desafios da região metropolitana de Porto Alegre/RS”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) do Brasil e a Secretaria de Estado da Saúde do RS/SES-RS no âmbito do Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde, sob chamada FAPERGS/MS/CNPq/SESRS n. 002/2013.

A proposta do projeto matriz foi desenvolvida por meio de uma abordagem quantitativa e qualitativa, transversal e do tipo descritivo e exploratório, com perspectiva metodológica definida como híbrida.

Estudo do tipo transversal, descritivo, exploratório, de caráter qualitativo. A pesquisa qualitativa trabalha com uma área mais profunda das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidas à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2014). O estudo transversal informa sobre “a situação existente em um particular momento, o que é muito útil em planejamento de saúde” (PEREIRA, 1995, p. 298). Segundo Polit e Beck (2011), o estudo descritivo visa à observação, descrição e exploração de aspectos de uma situação. Trivinõs (2009) refere que o estudo exploratório permite ao investigador o aumento de sua experiência em torno de determinada problemática que está sendo trabalhada.

### **4.2 Contexto do estudo**

O projeto matriz abarcou três municípios da Região Metropolitana, incluindo áreas urbanas e rurais, que foram Cachoeirinha, Gravataí e Viamão. Foram então incluídas nove unidades básicas de saúde, duas em Cachoeirinha, quatro em

Gravataí e três em Viamão. Cabe ressaltar que as duas unidades básicas do município de Cachoeirinha fazem parte da área urbana e o restante das unidades, Gravataí e Viamão, fazem parte da área rural de cada município.

A área de estudo da presente proposta abarcou os dois municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, Gravataí e Viamão, as quais totalizaram sete unidades básicas de saúde que estavam localizadas na região rural de cada município, ambos pertencentes à Região de Saúde 10 do estado do Rio Grande do Sul. Salienta-se que o novo desenho das Regiões de Saúde do Estado, encontra-se descrito nas resoluções 555/12 da Comissão Intergestores Bipartite (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

O Quadro 1 aponta alguns dados socioeconômicos importantes para caracterizar brevemente os Municípios em estudo.

**Quadro 1** – Situação socioeconômica e demográfica dos dois municípios em estudo, 2010.

Município	População censo 2010	Extensão Territorial Km <sup>2</sup>	Densidade Demográfica (hab/Km <sup>2</sup> )	Distância de Porto Alegre (Km)	Porte populacional	PIB per capita R\$ (2014)	IDH-M (2010)	Estabelecimentos de Saúde SUS (2009)
Gravataí	255.762	463,499	551,59	23	grande	40.132,86	0,736	42
Viamão	239.234	1.497,017	159,91	10	grande	12.312,29	0,717	34

Fonte: BRASIL, 2017.

A breve análise dos dados demonstra que são municípios de grande porte. Salienta-se que possuem uma distinção em relação à área territorial. Os dados ainda permitem inferir que são municípios com bom Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), sendo ambos com índice acima de 0,700. Os municípios são circunvizinhos à Porto Alegre e têm fácil acesso pelas rodovias e avenidas que fazem a ligação entre estes municípios.

### **4.3 População e amostra**

Os participantes do estudo do projeto matriz foram profissionais de saúde das áreas urbanas e rurais, totalizando nove profissionais das unidades de atenção primária de saúde dos municípios em estudo entrevistados.

O critério de inclusão dos entrevistados foi que estivessem assumindo o posto de coordenador da unidade de atenção primária, independentemente de sua formação profissional. Para delimitar a suficiência dos dados foi utilizado o critério de saturação (POLIT; BECK, 2011). O critério de saturação é usado para designar a dimensão final de uma amostra, cessando a obtenção de novos dados, pois a amostra atualmente coletada de participantes é suficiente para o estudo. Novos dados passam a apresentar, na concepção do pesquisador, certa repetição, não sendo visto como produtivo continuar na coleta de dados (MATOS et al., 2016).

Para este estudo, foram incluídos somente os profissionais de saúde coordenadores de unidades das áreas rurais, dos municípios de Gravataí e Viamão, totalizando sete entrevistados. Cabe informar que os profissionais de saúde entrevistados eram todos enfermeiros e foram identificados pela letra “C” de coordenador, com número sequencial.

### **4.4 Geração de dados**

A coleta de dados do projeto matriz se deu por meio de roteiro de entrevista semiestruturado (ANEXO A). As entrevistas foram gravadas em equipamento de áudio (gravador digital) e, após transcritas.

Para esse estudo, foram utilizados os dados coletados para o projeto matriz. Para atender aos objetivos da presente proposta, selecionou-se, dentre as questões realizadas, as pertinentes ao tema abordado no estudo, ou seja, questões do Eixo 2 e do Eixo 3.

No Eixo 2 foram analisadas as respostas da questão 12 que trata das facilidades e dificuldades no dia-a-dia na atenção as DCNT. No Eixo 3 foi analisada a resposta da questão 1 que trata sobre as práticas adotadas pela equipe na

formação de vínculos com usuários e famílias; a da questão 2, que trata do olhar sobre a realidade familiar e meio social para proposição do cuidado; a resposta da questão 3, que trata da identificação de mecanismos de integração com redes sociais; e a questão 6 que aborda as facilidades e dificuldades na relação com usuários portadores de DCNT.

#### **4.5 Análise dos dados**

A análise de dados ocorreu por meio do referencial da análise de conteúdo (BARDIN, 2011). A identificação das categorias empíricas será realizada por meio da análise de conteúdo de Bardin, sendo utilizado o software NVIVO 9 para a construção das mesmas. Pensa-se que “fazer uma análise temática consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 2011, p. 135). O tema “é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (BARDIN, 2011, p. 135). A análise temática acontece em três fases (BARDIN, 2011, p. 125):

- pré-análise: sendo o período em que se organiza o material a ser analisado e criam-se indicadores que possam levar à análise final;

- exploração do material: é o momento em que se codifica o material; primeiro, faz-se um recorte do texto, após, escolhem-se regras de contagem e, por último, classificam-se e agregam-se os dados, organizando-os em categorias teóricas ou empíricas;

- tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nesta fase se trabalham os dados brutos, podendo-se, então, realizar inferências sobre os achados do estudo. Após a construção das categorias empíricas, partir-se-á para as categorias analíticas, conforme os temas que emergirão do campo. A análise dos itinerários terapêuticos será produzida pela montagem do vídeo etnográfico.

#### 4.6 Aspectos éticos

O projeto matriz foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o número 19178313.8.0000.5347 (ANEXO B) e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre Estado do Rio Grande do Sul sob o número 19178313.8.3001.5338 (ANEXO C).

Os sujeitos foram esclarecidos oralmente sobre os objetivos do estudo e, após, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO D) para confirmar o aceite de participação no projeto, por meio da assinatura do documento, sendo que foi garantida a privacidade e a confidencialidade das informações, além de lhes ser assegurada a possibilidade de desistência em qualquer momento do estudo, bem como sua recusa.

A coordenadora do projeto matriz, professora Dra. Adriana Roese Ramos, emitiu autorização para a utilização dos dados para a realização deste estudo (ANEXO E).

O projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/EEN/UFRGS) e foi iniciado após sua aprovação (ANEXO F).

As considerações bioéticas serão respeitadas quanto ao acesso e análise de dados, conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Os dados da pesquisa ficarão sob a guarda dos pesquisadores pelo período mínimo de cinco anos, sendo então inutilizados, de acordo com a Lei dos Direitos Autorais 9610/98 (BRASIL, 1998).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para compor os resultados e a análise do presente estudo, foram trabalhados os aspectos de vínculo e responsabilização, formação de vínculo com usuários e famílias, olhar sobre a realidade familiar e meio social para proposição do cuidado, identificação de mecanismos de integração com redes sociais e as facilidades e dificuldades na relação com usuários portadores de DCNT.

Essa análise proporcionou a construção das seguintes categorias temáticas: “O vínculo dos profissionais da unidade de saúde com os usuários”; “A realidade familiar e o meio social”; e, “Adesão de usuários portadores de DCNT”. Estas serão apresentadas ao longo dos resultados e discutidas com o referencial teórico da área.

### 5.1 O vínculo dos profissionais da unidade de saúde com os usuários

Com a transição de Unidades Básicas de Saúde para Estratégias de Saúde da Família e a incorporação dos ACS, ampliou-se a visão das Unidades quanto às necessidades e a realidade social da população adscrita em seu território e um dos principais métodos para formação de vínculo entre os profissionais e os usuários é a visita domiciliar.

*[...] O ACS está dentro da casa das pessoas, eles são muito bem recebidos, às vezes se por algum motivo naquele mês o agente não pode ir, o paciente já vem aqui” (C1).*

*[...] Os agentes são nossos olhos aí fora, a gente aqui dentro consegue ver o que está acontecendo lá...muitas vezes o pacientes não se abre na primeira, na segunda, na terceira vez que tu atende ele...e com o agente não, eles recebem nas casas, aí eles reparam bem o ambiente onde os usuários estão inseridos” (C3).*

O destaque se dá pela atuação diretamente na comunidade, na residência de cada usuário. Nesse momento de inserção no contexto em que a população

atendida se encontra, a vinculação ocorre de forma espontânea, dado que a realidade vivenciada é captada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e reportado à Unidade de Saúde (CARLI et al., 2014).

Nas entrevistas, os ACS foram citados, em grande parte dos relatos dos coordenadores, como os principais responsáveis pela formação de vínculo na unidade. Segundo os coordenadores entrevistados, o maior elo ativo na formação de vínculo usuários/profissionais se dá pelos ACS, sendo citado por cinco entrevistados.

Nas visitas domiciliares, o ACS, além da vinculação, tem o papel de informar sobre as rotinas da unidade, o que é ofertado no atendimento diário, como proceder para ser atendido e solicitar atendimento. Isso faz com que a população fique mais próxima de sua unidade e que o atendimento seja resolutivo.

*“O ACS, pelo menos aqui, é um elo entre a gente e o paciente, se precisar fazer uma busca ativa a gente passa pro ACS, alguém chegou novo na área eles relatam...Eles são basicamente um elo que fica entre a comunidade e o posto”*  
(C2)

*“É o agente comunitário que faz a propaganda da unidade, do serviço, do grupo, e acho que é por eles...”* (C4)

*“Primeira coisa é o ACS fazer o vínculo do paciente com a unidade de saúde, busca ativa, ações de promoção, prevenção no que for de...enfim...na alçada deles né...eles têm um papel essencial”* (C5)

A captação das necessidades da população pela unidade básica de saúde se torna mais objetiva e, muitas vezes, a detecção de problemas e agravos relacionados à saúde se estabelece por esses profissionais, transmitindo informações para que a equipe de saúde possa estar atuando de forma equitativa (ANDRADE; CARDOSO, 2017).

A comunicação entre profissionais atuantes na área da saúde é de suma importância, pois a transmissão de informações e a continuidade no cuidado de cada indivíduo se embasa no conhecimento de cada profissional acerca do caso. O

ACS se torna o elo informativo e de continuidade, visto que o mesmo faz a linha bilateral, levando informações da população até a unidade de saúde e o inverso.

Além dos ACS, outra forma citada pelos coordenadores foi a vinculação com o usuário quando o mesmo está presente na unidade, pelo acolhimento e escuta qualificada, dando a atenção necessária e dirigida às necessidades de cada indivíduo de forma humanizada.

*“Eu acho assim, quando o paciente vem para mim aqui na sala, eu procuro sempre conversar olhando no olho, depois eu sempre evoluo... depois que o paciente saiu, porque assim é muito ruim, tu conversar com alguém e a pessoa só está te vendo... eu sempre procuro olhar para as pessoas, conversar, tocar, têm pessoas que não gostam, mas eu tenho essa necessidade, de estar tocando na pessoa, de estar perto...”*  
(C3)

*“O acolhimento, a escuta, os agentes comunitários...”* (C6)

A atuação dos ACS, como exposto acima, é de extrema importância para o vínculo usuário/profissional, porém quando o usuário está presente na unidade o mesmo entra em contato com os demais profissionais que também exercerão o fortalecimento do vínculo, antes feito e mantido pelo ACS.

O acolhimento surge com a proposta do atendimento humanizado, como uma garantia de acesso para os usuários, com uma proposta de visão para seus problemas de saúde, de forma resolutiva e, quando não, disponibilizando um retorno que proporcione a resolução desse problema ou mesmo encaminhando o indivíduo para onde sua condição tenha uma possível solução. Com essa proposta, o acolhimento se torna portas abertas a criação de vínculo com os usuários, que terão escuta qualificada e possíveis encaminhamentos desde a chegada na sua unidade (LOPES et al., 2015).

Desta forma, o vínculo e o acolhimento são importantes ferramentas da gestão do cuidado à população e, nas áreas rurais, torna-se um desafio ainda maior visto as distâncias e as dificuldades impostas. Por outro lado, salienta-se que estas ferramentas facilitam o acesso, a escuta e a resolutividade na atenção primária em saúde.

## 5.2 A realidade familiar e o meio social

Para haver um atendimento humanizado, objetivo e resolutivo é necessário um vínculo com a população pertencente ao território da unidade e o conhecimento social e familiar desses indivíduos. Esses dois itens citados tornam-se a base para o atendimento e planejamento de estratégias de saúde de cada usuário e, conseqüentemente, acaba aproximando esses indivíduos, pois os mesmos observam que o conceito de saúde não se restringe ao atendimento físico e biológico.

A característica do meio rural torna a unidade básica mais próxima, muitas vezes, como a referência em saúde para aquela população e quando desacreditados ou mesmo desinformados sobre o trabalho realizado nesse local, acabam realizando viagens cansativas até os centros e capitais, frequentemente superlotados, procurando serviços e acompanhamentos hospitalares que poderiam ser realizados na unidade básica de referência

*“Como nossos usuários a maioria são autossuficientes, eles mesmo produzem a sua própria comida...e tem uma dependência muito grande do sistema único aqui, então a gente entende que a situação social deles é muito precária...”*

(C4)

. A população residente em áreas rurais possui características únicas que diferem de populações de grandes centros e capitais. Muitos residem longe das unidades básicas de saúde e geralmente possuem escolaridade inferior a população de zonas urbanas (TAVARES et al., 2015).

É de suma importância que a equipe atuante na região conheça a população e suas características, visto a importância do vínculo para o seguimento e tratamento, neste caso, das DCNT. Conhecer seus hábitos, costumes e modo de vida é fundamental para elaboração de estratégias e, quando não obtida tal informação, forma-se uma barreira invisível que impede em inúmeros casos o seguimento desse indivíduo.

*“É... é interior, é bastante humilde, a realidade é essa, são um pouco ignorantes, são resistentes as mudanças.”* (C6)

*[...] eu conheço toda nossa área aqui, a gente tem pessoas assim com menos conhecimento, às vezes com mais dificuldade de entender alguns termos, algumas coisas a gente tem que sentar e conversar, tentar passar pra pessoa da forma que ela entenda.” (C1)*

A comunicação objetiva, de forma que o usuário saia sem dúvidas e receios da unidade faz com que o mesmo se sinta empoderado sobre seu estado de saúde e confiante na equipe que presta o atendimento. O enfermeiro tem como um de seus pilares a educação em saúde e, para isso, deve-se utilizar de técnicas eficientes e humanizadas na comunicação com os atendidos (SILVA; BARROS, 2015).

A disposição estrutural da unidade, muitas vezes, obriga os profissionais ao improvisado para realização de atividades. Uma forma utilizada e relacionada a um bom vínculo com a população é a utilização de espaços físicos sociais, usados pelos usuários para atividades coletivas, assim, além de poder estar realizando as atividades propostas pela unidade, também estara incluso em estruturas sociais da comunidade.

*“Temos um CTG que é um centro de convivência aqui, bastante amplo, a associação comunitária da igreja né...cidade de interior que tem a igreja na praça... (C4)*

*“O grupo é feito no clube de mães, na escola...o grupo de saúde mental. O vínculo é muito bom.” (C5)*

Além da equipe como foco no cuidado e vínculo, o ambiente físico muitas vezes pode ser um obstáculo para o estabelecimento desses laços. Locais pequenos, pouco arejados e não acolhedores podem dificultar o atendimento e realizações de atividades. Nesse quesito, a unidade básica e a comunidade tomam como saída lugares fora da unidade para realização de atividades. (QUEIROGA et al., 2016)

Quando o profissional se dispõe a realização de atividades em locais físicos fora da unidade como igrejas e praças, acabam se inserindo no meio social em que a população vive, do mesmo modo que ocorre com os ACS e nas visitas domiciliares. É fundamental que a unidade básica de saúde tenha um elo mais próximo com sua população e na realização de atividades nesses locais acabam se inserindo em meios sociais aos quais, muitas vezes, são frequentados pelos usuários.

### 5.3 Adesão de usuários portadores de DCNT

A adesão é amplamente trabalhada na atenção primária, seja por tratamento de doenças quanto para consultas de rotina e atividades educativas. O vínculo é o grande pilar da adesão e quando não este não é estabelecido com a população, dificilmente teremos uma adesão satisfatória dos indivíduos ao que for proposto.

A comunicação e a falta de informação são citadas como um fator na dificuldade de adesão dos usuários para o tratamento das DCNT, visto que muitos não entendem seu estado de saúde, pois não conseguem observar a sintomatologia da doença ou não associam os sintomas a própria doença.

*“A primeira dificuldade é sempre adesão, tratamento...acho a mais difícil, o entendimento, comunicação...o não entendimento da gravidade do seu próprio problema, estamos tentando, mas é um problema.” (C4)*

*“Eu acho que o difícil é a informação, tanto na parte assim... que elas não gostam de se informar né!? Tanto os profissionais quanto os pacientes, e eu vejo essa dificuldade como a enfermeira, tu dá uma orientação e as pessoas te escutam, mas elas não tão nem aí...aí o médico fala a mesma coisa que tu e eles acreditam no que o médico falou. Por essa dificuldade que eu vejo das pessoas não se informarem.” (C6)*

A ausência de sintomatologia de algumas DCNT mascara a patologia na percepção do usuário que, muitas vezes, acaba por perceber seu estado de saúde somente na agudização dos sintomas. Como exposto anteriormente, a comunicação eficiente e o vínculo estabelecido com o indivíduo têm o objetivo de empoderar e tornar conhecido seu estado de saúde. (RAYMUNDO; PIERIN, 2014)

O estabelecimento de um vínculo com o usuário é o primeiro passo para se começar a estabelecer tratamentos contínuos com o mesmo, iniciando a introdução de assuntos relacionados a seu estado de saúde, sempre dando como exemplos questões vivenciadas pelo indivíduo e levando em considerações as características sociais, econômicas e familiares.

Questões estruturais das unidades também acabam se tornando barreiras dificultadoras no trabalho de adesão dos usuários, visto que a falta de local físico para realizações de atividades é comum nas unidades.

“Dificuldade é espaço para se fazer ações, promover...até no sentido de precisar do espaço da igreja, e assim...” (C2)

*[...] Se a gente tivesse melhor estruturado a gente daria condições também de estar com o serviço local mais estruturado.” (C7)*

O espaço físico também é referido pelos coordenadores como uma barreira para adesão, visto que estabelecer contatos e o deslocamento dos profissionais para outros locais demanda mais tempo, que poderia ser aproveitado se realizado na própria unidade. Isso entra em contraponto com a inserção dos profissionais nos meios sociais como estabelecimento de vínculo. (QUEIROGA et al., 2016)

As características da população e do ambiente que residem exigem um atendimento diferenciado pelos profissionais da atenção primária. Deve haver entendimento sobre a cultura desses indivíduos e, ao atendê-los, criar vínculos duradouros para que uma melhor adesão no tratamento e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida dessa população seja mantida.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A longevidade populacional, fatores ambientais e culturais têm impulsionado o surgimento em grande escala das DCNT. A atenção primária torna-se o grande foco na prevenção e tratamento dessas doenças que exigem um acompanhamento duradouro e forte vínculo usuário/profissional.

No estudo, pode-se observar a existência de diversas barreiras dificultadoras para o estabelecimento do vínculo, tanto estrutural como falhas na comunicação e entendimento, demandando maior tempo e foco na realização de estratégias para que isso não seja um impeditivo para formação de um elo entre população e equipe.

Percebeu-se que o grande pilar a sustentar a qualidade de vida dos usuários portadores dessas doenças é a ligação que os mesmos têm com suas unidades de saúde de referência e cabe a equipe de saúde, não somente os ACS, a conexão e manutenção desses laços.

Desta forma, a enfermagem em conjunto com a equipe de saúde deve sempre atentar a caracterização da população com que está se trabalhando, suas condições econômicas, familiares e culturais, principalmente atuando em regiões rurais, onde as especificidades são distintas das populações urbanas e não atribuindo a falta de adesão somente a características dos indivíduos a que estão prestando atendimento.

## REFERENCIAS

ABEGUNDE, Dele O et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, [s.l.], v. 370, n. 9603, p.1929-1938, Dec. 2007. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61696-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61696-1)>. Acesso em: 28 out. 2017.

ANDRADE, Viviane Milan Pupin; CARDOSO, Cármen Lúcia. Visitas Domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde: Concepções de Profissionais e Usuários. **Psico-USF**, Itatiba, v. 22, n. 1, p. 87-98, abr. 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712017000100087&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712017000100087&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 30 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712017220108>.

BARDIN, Laurence. Organização da Análise In:\_\_\_\_\_. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, p. 125-132, 2011.

BARBIANI, Rosângela et al. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 855-868, set. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0855.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2017.

BRASIL. Constituição (1998). Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. **Altera, Atualiza e Consolida A Legislação Sobre Direitos Autorais e Dá Outras Providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 fev. 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9610.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9610.htm)>. Acesso em: 30 out. 2017.

BRASIL. Constituição (2011). **Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 26 out. 2017.

BRASIL. Indicadores e dados básicos (IDB). Indicadores de fatores de risco e de proteção. 2011b. Disponível em:<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>>. Acesso em: 30 out. 2017.

BRASIL. Datasus. Ministério da Saúde. **Sistema de informações sobre mortalidade**. 2015. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**: aprova diretrizes e normas regulamentadoras de

pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF), 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 25 out. 2017.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. **Atenção básica**. 200-. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>>. Acesso em: 04 dez. 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2017. **Estatísticas vitais**. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 28 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_recomendacoes\\_cuidado\\_doe\\_ncas\\_cronicas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doe_ncas_cronicas.pdf)>. Acesso em: 28 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**: Formação e intervenção. 2010a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Atenção Primária. Seminário para a estruturação de consensos. **Caderno de informações técnicas e memória de Progestores**. Brasília: CONASS, 2004. (CONASS, Documenta, 2). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/conass\\_documenta2.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/conass_documenta2.pdf)>. Acesso em: 01 dez. 2017.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, Sept. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a15.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

CAREY, Timothy A. et al. What primary health care services should residents of rural and remote Australia be able to access? A systematic review of “core” primary health care services. **Bmc Health Services Research**, [s.l.], v. 13, n. 178, [8 telas], 17 May 2013. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-13-178?site=bmchealthservres.biomedcentral.com>>. Acesso em: 28 out. 2017.

CARLI, Rafaela De et al. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 626-632, Sept. 2014.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl., p. 126-134, nov. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/17.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2017.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-240, jan. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000100026](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100026)>. Acesso em: 26 nov. 2017.

GOMES, Anna Luiza Castro; SÁ, Lenilde Duarte de. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 43, n. 2, p. 365-372, jun. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000200016&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000200016&script=sci_arttext&lng=en)>. Acesso em: 24 nov. 2017.

ILHA, Silomar et al. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 13, n. 3, p. 556-562, maio 2014. Disponível em: <[http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19661/pdf\\_229](http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19661/pdf_229)>. Acesso em: 23 nov. 2017.

KESSLER, Marciane et al. Morbidades da população rural e a utilização de serviços de saúde. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 5, n. 3, p. 24-29, jul./set. 2016. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5421/pdf>>. Acesso em: 29 out. 2017.

LOPES, Adriana Santos et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 39, n. 104, p.114-123, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040563>

MALTA, Deborah Carvalho et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 3-16, dez. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415790X2015000600003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2015000600003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 29 out. 2017.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 599-608, out./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00599.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2017.

MATOS, Fátima Regina Ney et al. Estudo de Caso como Pesquisa Qualitativa em Gestão: Análise a partir da ISI Web of Science. **Congresso Ibero-americano em**

**Investigação Qualitativa: Investigação qualitativa em ciências sociais**, Porto Portugal, v. 3, p.113-123, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)**. 2014. Disponível em: <[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgvs/default.php?p\\_secao=240](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgvs/default.php?p_secao=240)>. Acesso em: 26 out. 2017.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Artmed, 2011.

QUEIROGA, Marcos Roberto et al. Caracterização do ambiente físico e prática de atividades físicas em unidades básicas de saúde de Guarapuava, Paraná, 2011-2012\*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 25, n. 4, p.827-836, out. 2016. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000400016>.

RAYMUNDO, Ana Carolina Nascimento; PIERIN, Angela Maria Geraldo. Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo , v. 48, n. 5, p. 811-819, Oct. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução nº 555/12 – CIB/RS**, de 19 de setembro de 2012: altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Porto Alegre (RS), 2012. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28155806-resolucao-cib-555-12.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2017.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, [s.l.], v. 377, n. 9781, p.1949-1961, June 2011. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60135-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60135-9)>. Acesso em: 27 out. 2017.

SILVA, Rodrigo Cardoso da; BARROS, Cleiciane Vieira de Lima. Comunicação terapêutica relacionada ao cuidado humanizado e a segurança do paciente em unidade hospitalar. **Saúde & Ciência em Ação: Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde**, [s.l.], v. 1, n. 1, p.13-25, jul. 2015.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos et al. Idosos octogenários nos contextos urbano e rural: comparação socioeconômica, morbidades e qualidade de vida. **Revista Enfermagem Uerj**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.159-163, 19 maio 2015. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.5961>

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia e o marxismo**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1)>. Acesso em: 31 de out. 2017.

## **ANEXO A – Roteiro para entrevistas dos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde**

**Data:** \_\_/\_\_/\_\_

**Início:** \_\_:\_\_

**Término:** \_\_:\_\_

**Local:** \_\_\_\_\_

### **1º Eixo - Organização e Gestão das DCNT na Atenção Básica**

1. Como está composta a equipe de saúde?
2. Há equipe de matriciamento? Como funciona?
3. Como é discutida a gestão do cuidado e do trabalho em equipe?
4. Tem alguma ação específica para o Hipertenso; Diabético e Obeso?
5. Como é feito o acompanhamento desta população?
6. Houve alguma mudança depois do término do HiperDia?
7. Que ações são implementadas a fim de evitar uma internação por DCNT?
8. Depois que uma pessoa sai do território do serviço, é possível saber do desfecho do atendimento que ele foi buscar?
9. Há a conformação de uma RAS no Município? Como isso se dá?
10. Na tua percepção, como a assistência prestada na UBS impacta na Atenção em Saúde oferecida no Município como um todo?
11. Existem processos avaliativos sobre as condições de trabalho? Esses processos produzem mudanças?
12. Fizestes alguma capacitação nos últimos 12 meses com ênfase em Planejamento; RAS; DCNT ou outro tema?
13. Quais as principais facilidades e dificuldades na Organização e Gestão das ações de DCNT na Atenção Básica?

### **2º Eixo - Processos de Trabalho de trabalho na AB**

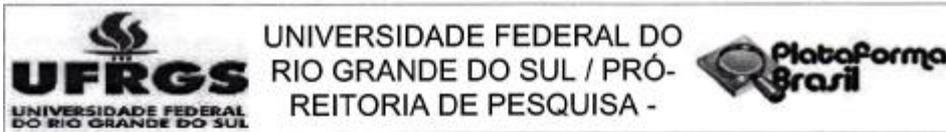
1. Qual a forma de atendimento realizado no encontro com o usuário (escuta qualificada, acolhimento a necessidade, capacidade de dar resposta)? Quem faz?
2. Existem critérios de priorização estabelecidos para o atendimento? (quais, quem definiu)
3. O usuário participa da decisão do fluxo mais adequado para a sua necessidade? (como isso é realizado);

4. São utilizadas práticas terapêuticas alternativas ou populares de cura na rede de serviços de saúde?
5. Quais fluxos e atitudes nos processos de trabalho favorecem o vínculo e a responsabilização? Há avaliação destas práticas?
6. Qual o papel dos ACS no processo de trabalho da equipe?
7. Consideras que há adequação de recursos físicos; materiais e humanos para a realização dos processos de trabalho?
8. Como os processos de trabalho incorporam a intersetorialidade?
9. Como é trabalhado o fluxo de pessoas entre os Municípios na região Metropolitana? (fluxo de trabalho/emprego, de vizinhança/parentesco)
10. Quais os mecanismos de gestão do sistema (regulação, protocolos do Ministério da Saúde, supervisão, pactuação, autonomia de agenda, etc.) interferem nos processos de trabalho aqui da equipe?
11. Tens autonomia para mobilizar/intervir decisões que são tomadas pela gestão?
12. Quais as principais facilidades e dificuldades que enfrenta no dia-a-dia na atenção as DCNT?

### **3º Eixo Relação entre necessidades dos usuários e a ação pública dos serviços**

1. Quais práticas a equipe realiza no sentido de facilitar a formação de vínculos com os usuários e famílias?
2. Como a realidade familiar e do meio social é capturada para a proposição de cuidado?
3. Existem mecanismos de integração com redes sociais?
4. Há conselho local e municipal de saúde?
5. De que forma estes dispositivos dos conselhos atuam no processo de atendimento aos usuários com DCNT?
6. Quais as principais facilidades e dificuldades que enfrenta na relação com os usuários portadores de DCNT?

## ANEXO B – Aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E O PLANEJAMENTO EM SAÚDE: OS DESAFIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE/RS

**Pesquisador:** Adriana Roese

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 19178313.8.0000.5347

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 708.357

**Data da Relatoria:** 22/05/2014

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa pela Professora Adriana Roese de Enfermagem e Saúde Coletiva - UFRGS que envolve uma equipe qualificada de professores e estudantes. O projeto é bem elaborado e trata de um tema relevante.

#### Objetivo da Pesquisa:

A proposta tem por objetivo geral analisar o planejamento regional na 10ª Região de Saúde do estado do Rio Grande do Sul quanto às potencialidades e fragilidades em atender às demandas impostas pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis a partir das especificidades da Região Metropolitana, bem como o acesso aos serviços de saúde de usuários com adoecimentos crônicos não transmissíveis, residentes na Região Metropolitana de Porto Alegre.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O TCLE foi reformulado.

Havia a seguinte menção "a pesquisa não oferece riscos". Entretanto, conforme resolução 466, toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. O pesquisador suprimiu essa frase do TCLE, e esta era a única pendência ainda existente no projeto.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem concebido, elaborado e apoiado em literatura relevante. O desenho

<b>Endereço:</b> Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro			
<b>Bairro:</b> Farroupilha		<b>CEP:</b> 90.040-060	
<b>UF:</b> RS	<b>Município:</b> PORTO ALEGRE		
<b>Telefone:</b> (51)3308-3738	<b>Fax:</b> (51)3308-4085	<b>E-mail:</b> etica@propesq.ufrgs.br	



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-  
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 708.357

metodológico é quantiquantitativo, desenvolvido junto a gestores, profissionais de saúde e usuários de seis municípios da 10ª Região de Saúde do estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados ocorrerá por meio de dados secundários no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), entrevistas, observação participante e roteiro de produção audiovisual. A análise dos dados será variada e, os dados qualitativos serão analisados por meio de categorização temática. Serão respeitados os preceitos éticos contidos na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos necessários estão presentes e, com a reformulação do TCLE, adequados.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Como houve reformulação do TCLE, sendo suprimida a frase que mencionava inexistência de riscos, o projeto encontra-se no momento em condições de aprovação.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

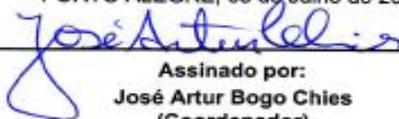
**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

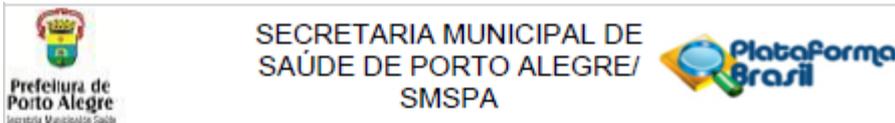
Aprovado.

PORTO ALEGRE, 03 de Julho de 2014

  
Assinado por:  
José Artur Bogo Chies  
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4065 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br

## ANEXO C- Aprovação pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre Estado do Rio Grande do Sul



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/  
SMSPA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E O PLANEJAMENTO EM SAÚDE: OS DESAFIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE/RS

**Pesquisador:** Adriana Roese

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 19178313.8.3001.5338

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 885.916

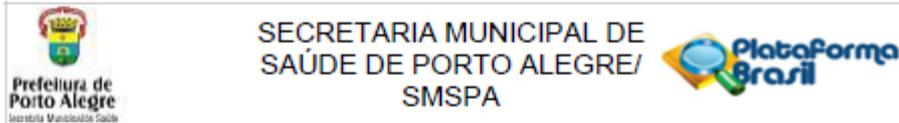
**Data da Relatoria:** 15/07/2014

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que objetiva analisar o planejamento regional na 10ª Região de Saúde do estado do Rio Grande do Sul quanto às potencialidades e fragilidades em atender às demandas impostas pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis a partir das especificidades da Região Metropolitana, bem como o acesso aos serviços de saúde de usuários com adoecimentos crônicos não transmissíveis, residentes na Região Metropolitana de Porto Alegre. O desenho metodológico é quanti-qualitativo, desenvolvido junto a gestores, profissionais de saúde e usuários de seis municípios da região supracitada. A coleta de dados ocorrerá por meio de dados secundários no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), entrevistas, observação participante e roteiro de produção audiovisual. A análise dos dados será univariada e, os dados qualitativos, por meio de categorização temática. A coleta dos dados ocorrerá em dois momentos: no primeiro, serão coletados os dados secundários provenientes do DATASUS e do IBGE, referentes aos anos da última década (Apêndice A). Esta etapa visa caracterizar a rede de serviços de saúde de cada município e o perfil de morbimortalidade por agravos crônicos não transmissíveis.

Na segunda etapa, qualitativa, a coleta de dados sobre a análise das estratégias institucionais no planejamento regional, a avaliação das estratégias de cuidado, a trajetória percorrida, a identificação das necessidades de saúde e a construção de itinerários terapêuticos audiovisuais de

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 885.916

usuários adoecidos por doenças crônicas não transmissíveis, será realizada seguindo roteiros de entrevista semiestruturada (Apêndice B, C e D), contendo questões que abordam os temas em estudo, sendo as mesmas gravadas e, após, transcritas. Para delimitar a suficiência dos dados será utilizado o critério de saturação.

**Objetivo da Pesquisa:**

A presente proposta tem por objetivo geral analisar o planejamento regional na 10ª Região de Saúde do estado do Rio Grande do Sul quanto às potencialidades e fragilidades em atender às demandas impostas pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis a partir das especificidades da Região Metropolitana, bem como o acesso aos serviços de saúde de usuários com adoecimentos crônicos não transmissíveis, residentes na Região Metropolitana de Porto Alegre.

**Objetivos específicos:**

- Caracterizar a rede de serviços de saúde de cada município e o perfil de morbimortalidade por agravos crônicos não transmissíveis, a partir de dados primários e secundários.
- Analisar as estratégias institucionais no planejamento regional, compreendido no espaço geográfico dos Municípios da 10ª Região de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul, sob a ótica dos atores sociais envolvidos.
- Avaliar as estratégias de cuidado empreendidas por profissionais de saúde para usuários residentes na Região Metropolitana. Conhecer a trajetória percorrida pelo usuário para utilização dos serviços de saúde de atenção básica, de média e de alta complexidade na Região Metropolitana.
- Conhecer e analisar itinerários terapêuticos de usuários adoecidos por doenças crônicas não transmissíveis por meio de uma produção audiovisual.
- Identificar as necessidades de saúde dos usuários dos serviços dos municípios estudados, a partir de suas demandas de saúde e de suas práticas.
- Identificar as potencialidades de trabalho na gestão regional.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com a pesquisadora, "a proposta não prevê riscos aos sujeitos de pesquisa".

**Benefícios:**

Cabe salientar que esta proposta vinculará outros projetos de pesquisa (Pós-Graduação Stricto Sensu e Trabalhos de Conclusão de Curso) que serão desenvolvidos a partir da temática. Bem como, agregará um Projeto de Extensão Universitária, em que os discentes e docentes acompanharão o planejamento regional na 10ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul. Um importante resultado/produto da presente proposta é a promoção de um diálogo regional, entre

Endereço:	Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar		
Bairro:	Centro Histórico	CEP:	90.010-040
UF:	RS	Município:	PORTO ALEGRE
Telefone:	(51)3289-5517	Fax:	(51)3289-2453
		E-mail:	cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/  
SMSPA



Continuação do Parecer: 885.916

os seis Municípios pertencentes à 10ª Região de Saúde, com a Capital do Estado e a Secretaria Estadual de Saúde do RS, por meio de sua Coordenadoria Regional de Saúde. Pensa-se que os resultados desse estudo possam apontar questões que auxiliem na elaboração de uma metodologia, instrumentos e ações para o planejamento municipal e regional de saúde. Salienta-se que esta construção possa ser implementada em outras regiões do Estado e do País (especialmente nas Regiões Metropolitanas), auxiliando no avanço da gestão regional em saúde. Por consequência, contribuindo na construção de políticas loco-regionais do Sistema Único de Saúde. A proposta tem potencial de inovação no momento em que envolve o planejamento regional em saúde e a busca por novas metodologias de gestão municipal e regional e seu esforço para dar conta da complexidade da utilização e acesso aos serviços de saúde em municípios de uma Região Metropolitana. Pretende-se construir a proposta metodológica de planejamento e gestão regional e divulgá-la na comunidade científica e junto aos gestores de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Instituição: UFRGS

Curso: Escola de Enfermagem / Grupo de Estudos em Saúde Coletiva

Pesquisadora principal: Adriana Roese

Local de realização do estudo: municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão.

Local de realização da pesquisa: não há menção às unidades onde será desenvolvida a pesquisa.

Orçamento para concorrer a editais ou financiado pelos próprios pesquisadores.

Roteiro de entrevista para usuários não está formatado com perguntas, os demais, sim.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos obrigatórios apresentados.

**Recomendações:**

Ver lista de pendências. Enviado e-mail em 21/10/2014. Respostas encaminhadas pelo pesquisador com documentos atualizados já incluídos na Plataforma Brasil.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Na avaliação do projeto de pesquisa foram identificadas as seguintes pendências:

1) No cronograma apresentado não há menção ao CEP SMSPA. É informado que a coleta iniciaria em fevereiro de 2014. Considerando que o projeto ainda se encontra em tramitação no sistema

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 885.916

CEP/CONEP, solicita-se adequação.

Resposta do pesquisador: Peço desculpas pelo equívoco no cronograma. Quanto ao início da coleta de dados, atrasou em relação ao que estávamos esperando quando encaminhamos o projeto, desconsiderando-se portanto o mês de fevereiro/14. A coleta de dados no município de Porto Alegre só será iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa SMSPA.

Análise: Pendência atendida.

2) Em relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

a) O TCLE não está redigido na forma de convite e direcionado ao participante da pesquisa. O TCLE deve informar claramente as atividades a que o participante será submetido, se haverá gravação de imagem e áudio e a duração e local da atividade.

b) No TCLE deverá ser incluída a informação de que houve a apreciação ética pelo CEP SMSPA além de indicado telefone e endereço para eventual contato do participante da pesquisa.

Resposta do pesquisador: Atualizados Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para entrevistas e observação participante, bem como de produção audiovisual, conforme sugestões do Comitê, em anexo.

Análise: Pendência atendida.

3) O projeto de pesquisa informa que "Cabe salientar que esta proposta vinculará outros projetos de pesquisa (Pós-Graduação Stricto Sensu e Trabalhos de Conclusão de Curso) que serão desenvolvidos a partir da temática. Bem como, agregará um Projeto de Extensão Universitária, em que os discentes e docentes acompanharão o planejamento regional na 10ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul." Caso novos projetos sejam desenvolvidos a partir do material já coletado no presente projeto de pesquisa, deverão ser submetidos ao sistema CEP/CONEP. Solicita-se incluir documento do pesquisador responsável com essa concordância.

Resposta do pesquisador: Temos mestrandas, doutorandas e acadêmicas desenvolvendo dissertações, tese e TCC., vinculados ao presente projeto e estamos cientes da necessidade de se passar os projetos individualmente no CEP, conforme a Resolução 466/2012 CNS. Documento de concordância, segue em anexo.

Análise: Pendência atendida.

Endereço:	Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar	CEP:	90.010-040
Bairro:	Centro Histórico		
UF:	RS	Município:	PORTO ALEGRE
Telefone:	(51)3289-5517	Fax:	(51)3289-2453
		E-mail:	cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 885.916

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Solicita-se apresentar o parecer de aprovação do CEP SMSPA nos locais de realização da pesquisa.

Deverão ser enviados relatórios semestrais e final, de acordo com a Norma Operacional 001/2013.

PORTO ALEGRE, 26 de Novembro de 2014

---

Assinado por:  
**MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com

## ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Declaro que, assinando esse documento, estou ciente de que dou o meu consentimento para participar da pesquisa coordenada pela Dra. Adriana Roese. O estudo desenvolvido é intitulado “Doenças crônicas não transmissíveis e o planejamento em saúde: os desafios da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS”, e tem por objetivo analisar o planejamento regional na 10ª Região de Saúde do estado do Rio Grande do Sul quanto às potencialidades e fragilidades em atender às demandas impostas pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis a partir das especificidades da Região Metropolitana, bem como o acesso aos serviços de saúde de usuários com adoecimentos crônicos não transmissíveis, residentes nessa Região.

Estou ciente de que a coleta de dados ocorrerá junto a atores sociais quanto à análise das estratégias institucionais no planejamento regional, a avaliação das estratégias de cuidado, a trajetória percorrida e a identificação das necessidades de saúde, sendo realizada seguindo roteiros de entrevista semiestruturada e de observação participante. As entrevistas serão gravadas e registradas, posteriormente, por escrito, sendo os mesmos descartados cinco anos após a conclusão da pesquisa. Na reunião, os pesquisadores farão anotações da observação realizada. O ator participante será identificado por um mesmo número durante as três técnicas de coleta de dados.

Fui informado(a) também de que, mesmo após o início da pesquisa, posso, a qualquer momento, recusar-me a responder a qualquer pergunta ou encerrá-la, sem que isso venha a meu prejuízo, pois trata-se de livre participação. Declaro que me foi assegurado o anonimato das informações, por mim fornecidas, bem como a garantia de que elas serão mantidas e utilizadas somente para fins de pesquisa. Também entendo que a pesquisa tem como benefício a discussão das estratégias de planejamento regional. Considerando-me esclarecido em relação à proposta da pesquisa, concordo em participar da mesma.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

Dra. Adriana Roese

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante ou

representante legal

Caso se faça necessário, contato: Rua São Manoel, 963 – Campus da Saúde – Porto Alegre/RS – Fones: (51) 3308 5096 / (51) 92629324 (Adriana) [adiroese@gmail.com](mailto:adiroese@gmail.com) Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: (51) 3308 3738 e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre: (51) 3289 5517.

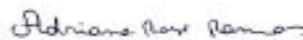
## ANEXO E – Autorização para Uso Dados da Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PESQUISA: DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E O  
PLANEJAMENTO EM SAÚDE: os desafios da região metropolitana de  
Porto Alegre/RS

### DECLARAÇÃO

Porto Alegre, 14 de outubro de 2017.

Declaro, para os devidos fins, que **Felipe Rodrigues Garcia de Souza**, acadêmico de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, está autorizado a utilizar parte dos dados coletados no projeto supracitado, para elaborar seu Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: "**Estratégias empreendidas na formação de vínculos por profissionais de saúde para usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis residentes na Região Rural Metropolitana de Porto Alegre/RS**", sob minha orientação. Ressalto que este trabalho de conclusão de curso agrega aos produtos oriundos da pesquisa e o acadêmico está ciente do compromisso de publicação dos resultados.

  
Profa. Dra. Adriana Roese Ramos  
Coordenadora Geral do Projeto

## ANEXO F – Aprovação pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

22/11/2018

Gmail - Projeto de Pesquisa na Comissão de Pesquisa de Enfermagem



Adri R &lt;adiroese@gmail.com&gt;

### Projeto de Pesquisa na Comissão de Pesquisa de Enfermagem

enf\_compesq@ufrgs.br <enf\_compesq@ufrgs.br>  
 Responder a: enf\_compesq@ufrgs.br  
 Para: adiroese@gmail.com

25 de abril de 2018 às 16:19

Prezado Pesquisador ADRIANA ROESE RAMOS,

Informamos que o projeto de pesquisa **ESTRATÉGIAS EMPREENDIDAS NA FORMAÇÃO DE VÍNCULOS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA USUÁRIOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS RESIDENTES NA REGIÃO RURAL METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE/RS** encaminhado para análise em 06/04/2018 foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem com o seguinte parecer:

#### Parecer 1

Projeto - 34782 - TCC

Título - ESTRATEGIAS EMPREENDIDAS NA FORMACAO DE VINCULOS POR PROFISSIONAIS DE SAUDE PARA USUARIOS PORTADORES DE DOENCAS CRONICAS NAO TRANSMISSIVEIS RESIDENTES NA REGIAO RURAL METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE/RS

Introdução -Apresenta o tema e a questão norteadora: ? Quais são as estratégias empreendidas na formação de vínculos por profissionais de unidades básicas de saúde para usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis residentes na Região Rural Metropolitana de Porto Alegre/RS? - Adequados.

Objetivo - Adequado ao tema proposto.

Método - O estudo faz parte do projeto matriz intitulado **DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E O PLANEJAMENTO EM SAÚDE: os desafios da região metropolitana de Porto Alegre/RS**, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS) / Ministério da Saúde (MS) / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ)/ Secretaria de Estado da Saúde do RS/SES-RS no âmbito do Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde, sob chamada FAPERGS/MS/CNPq/SESRS n. 002/2013.

Esta parte do estudo será transversal, descritiva, exploratória, de caráter qualitativo.

A área de estudo desta proposta será os municípios Gravataí e Viamão, da Região Metropolitana de Porto Alegre. A população do estudo serão apenas 7 entrevistados incluindo somente os profissionais de saúde das áreas rurais, dos municípios de Gravataí e Viamão. Para análise dos dados utilizará Bardin.

Cronograma e Orçamento - Apresentados. Adequados

Aspectos éticos apresentados ? Foram apresentados e esclarecidos conforme o seguimento da pesquisa original.

Referências - atualizadas e adequadas

Instrumento de coleta de dados - apresentado

Aprovações dos comitês de ética do projeto original apresentadas.

Projeto aprovado.

#### Parecer 2

Projeto nº: 34782

Título: **ESTRATEGIAS EMPREENDIDAS NA FORMAÇÃO DE VÍNCULOS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA USUÁRIOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS RESIDENTES NA REGIÃO RURAL METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE/RS**

**INTRODUÇÃO** - Contextualiza definição e cenário das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) com literatura pertinente e atualizada e as especificidades do meio rural. Justifica o estudo contemplando a transição epidemiológica e as ações da Enfermagem no espaço rural e na continuidade de cuidados. Apresenta questão norteadora adequada.

**OBJETIVO** - Adequado. Avaliar as estratégias empreendidas na formação de vínculos de profissionais de unidades básicas de saúde com usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis residentes na Região Rural Metropolitana de Porto Alegre/RS.

**REVISÃO DE LITERATURA** - Estruturada em três tópicos: 3.1 Atenção primária em saúde. 3.2 Doenças crônicas não transmissíveis - 3.3 Vínculo profissional/usuário. Mostra-se adequada ao objetivo do estudo.

**MÉTODO** - O estudo é integrante do projeto matriz intitulado "DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E O PLANEJAMENTO EM SAÚDE: os desafios da região metropolitana de Porto Alegre/RS", possuindo fomento para pesquisa.

Contempla adequadamente os itens de: 4.1 Pressupostos metodológicos, 4.2 Contexto do estudo, 4.3 População e amostra, 4.4 Geração de dados, 4.5 Análise dos dados, 4.6 Aspectos éticos.

Ressalta-se o detalhamento a etapa que propõem o estudo submetido a COMPESQ.

Possui aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o número

19178313.8.0000.5347 e do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre Estado do Rio

22/11/2018

Gmail - Projeto de Pesquisa na Comissão de Pesquisa de Enfermagem

Grande do Sul sob o número 19178313.8.3001.5338.

CRONOGRAMA - Adequado

ORÇAMENTO - Adequado

REFERÊNCIAS - Adequadas e atendem a normatização

ANEXO A - Roteiro para entrevistas dos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde

ANEXO B - Aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ANEXO C- Aprovação pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre Estado do Rio Grande do Sul

ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO E - Autorização para Uso Dados da Pesquisa

Comentários gerais: Projeto apresenta relevância. Destaca-se a abordagem teórica e metodológica do estudo com rigor científico.

Parecer: Aprovado.

Atenciosamente, Comissão de Pesquisa de Enfermagem