

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Francine Ziegler Leal

**GESTÃO DO CUIDADO EM REDE DE SAÚDE: ITINERÁRIO
TERAPÊUTICO DE USUÁRIOS COM ALTERAÇÃO VASCULAR DO
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA, RS.**

Santa Maria, RS

2019

Francine Ziegler Leal

**GESTÃO DO CUIDADO EM REDE DE SAÚDE: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE
USUÁRIOS COM ALTERAÇÃO VASCULAR DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA,
RS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências da Saúde**.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Liane Beatriz Righi

Santa Maria, RS

2019

LEAL, FRANCINE ZIEGLER

GESTÃO DO CUIDADO EM REDE DE SAÚDE: ITINERÁRIO
TERAPÊUTICO DE USUÁRIOS COM ALTERAÇÃO VASCULAR DO
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA, RS. / FRANCINE ZIEGLER LEAL.-
2019.

60 p.; 30 cm

Orientadora: Prof.^a Dr^a Liane Beatriz Righi
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Ciências da Saúde, RS, 2019

1. Assistência à Saúde 2. Rede de Saúde 3. Usuários
com alterações vasculares 4. Comorbidades/alterações
vasculares 5. Regionalização I. Righi, Prof.^a Dr^a Liane
Beatriz II. Título.

Francine Ziegler Leal

**GESTÃO DO CUIDADO EM REDE DE SAÚDE: ITINERÁRIO
TERAPÊUTICO DE USUÁRIOS COM ALTERAÇÃO VASCULAR DO
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA, RS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências da Saúde**.

Aprovado em 30 de agosto de 2019:



Prof.^a Dr.^a Liane Beatriz Righi
(Presidente/Orientador)



Rosângela M. da Silva
Enfa. Profa. Dra.
COREN 136718

Prof.^a Dr.^a Rosângela Marion da Silva (UFSM)



Prof. Dr. Silomar Ilha (UFN)



Prof.^a Dr.^a Maria Denise Schimith (UFSM)

Santa Maria, RS

2019

Dedico esse trabalho:

Ao meu esposo, Rodrigo

A minha filha, Maria Eduarda

Aos meus pais, Lenir e Alceu (“In Memoriam”)

A minha família...

Com todo o meu amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

Ao final desta caminhada, tão importante na minha vida, muitas pessoas fizeram parte deste processo, contribuindo para que este sonho de qualificação, crescimento profissional e pessoal fosse alcançado. O caminho foi longo e, às vezes, difícil de ser percorrido, o medo do desconhecido, que aos poucos, foi sendo vencido pelas palavras de carinho da minha família e de colegas do mestrado que sempre estiveram ao meu lado.

Agradeço a Deus, o que seria de mim sem a fé que eu tenho nele.

Agradeço muito à minha família: minha filha Maria Eduarda, meu esposo Rodrigo, minha mãe Lenir, meu pai Alceu (“In Memoriam”), minha sobrinha Thaine e a minha irmã Cristiane, que sempre me ajudaram/apoiaram no que precisei. E a todos, pelas palavras de carinho, de incentivo para que eu seguisse firme nesta caminhada.

Agradeço a Prof.^a Dr.^a Rosângela Marion da Silva, a grande incentivadora para que entrasse no mestrado. Agradeço por ter acreditado em mim quando eu menos acreditei. Rô, meu “muito obrigado” por participar deste momento tão importante da minha vida e, ao mesmo tempo, tão desafiador.

E como não agradecer a minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Liane Beatriz Righi, que me acompanhou, me guiando neste processo de busca pelo conhecimento, das descobertas que a pesquisa proporciona. Muito obrigada.

A Banca examinadora Prof.^a Dr.^a Maria Denise Schimith, Prof Dr. Silomar Ilha e Prof.^a Dr.^a Rosângela Marion da Silva pelo generoso aceite em contribuir com essa pesquisa.

Mais uma vez, meu carinho especial à minha família que, com seu amor incondicional, fez este sonho se tornar realidade!

Amo vocês!

“Tenho o desejo de realizar uma tarefa importante na vida. Mas meu primeiro dever está em realizar humildes coisas como se fossem grandes e nobres.”

Helen Keller

RESUMO

GESTÃO DO CUIDADO EM REDE DE SAÚDE: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE USUÁRIOS COM ALTERAÇÃO VASCULAR DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA, RS.

AUTORA: Francine Ziegler Leal

ORIENTADORA: Liane Beatriz Righi

A transição epidemiológica e demográfica reflete a preocupação mundial com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, causadoras de várias complicações à saúde, dentre as quais às alterações vasculares. Este trabalho tem como objetivo conhecer a percepção dos usuários com alterações vasculares de um Hospital Universitário do interior do estado do RS, sobre o seu itinerário terapêutico, com vistas a contribuir para o fortalecimento da Rede de Saúde da 4º CRS, RS. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa com uma amostra intencional de usuários com alteração vascular. A coleta de dados ocorreu entre maio e outubro de 2018 e foi utilizada como técnica de coleta de dados a entrevista narrativa. Os resultados obtidos por meio da análise de conteúdo temática foram organizados em duas categorias: “Vínculo com a atenção primária à saúde” e “Naturalização do pagamento: hora é pública, hora é privado”. Em conclusão, evidenciou-se que se faz necessário reorganizar a estrutura dos serviços de saúde, propiciar articulações entre os serviços especializados de atendimento às pessoas com alteração vascular, e problematizar a entrada do setor privado nos itinerários, a fim de contribuir para o cuidar em saúde pautado na promoção e no direcionamento de uma assistência integral.

Palavras-chaves: Regionalização; Assistência à Saúde; Comorbidades/alterações vasculares; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

MANAGEMENT OF HEALTH CARE NETWORK: THERAPEUTIC ITINERARY OF USERS WITH VASCULAR ALTERATION IN THE CITY OF SANTA MARIA, RS, BRAZIL.

AUTHOR: Francine Ziegler Leal

ADVISOR: Liane Beatriz Righi

The epidemiological and demographic transition reflects the worldwide concern with Chronic Noncommunicable Diseases, causing various health complications, including vascular alterations. This work aims to know the perception of users with vascular alterations of a University Hospital in the interior of the state of RS, about their therapeutic itinerary, with a view to contributing to the strengthening of the Health Network of the 4th CRS, RS. This is an exploratory-descriptive study, of qualitative approach with an intentional sample of users with vascular alteration. Data collection occurred between May and October 2018 and the narrative interview was used as a data collection technique. The results obtained through thematic content analysis were organized into two categories: "Link with primary health care" and "Naturalization of payment: time is public, time is private". In conclusion, it was evidenced that it is necessary to reorganize the structure of health services, to provide articulations between specialized services for care for people with vascular alteration, and to problematize the entry of the private sector into the itineraries, in order to contribute to the care of health based on the promotion and direction of comprehensive care.

Keywords: Care Network; Comorbidities / vascular alterations; Comprehensive health care.

RESUMEN

GESTION DEL CUIDADO DE LA RED DE SALUD: ITINERARIO TERAPÉUTICO DE LOS USUARIOS CON ALTERACION VASCULAR DE LA MUNICIPALIDAD DE SANTA MARIA, RS.

AUTOR: Francine Ziegler Leal

ASESOR: Liane Beatriz Righi

La transición epidemiológica y demográfica refleja la preocupación mundial por las enfermedades crónicas no transmisibles, causando diversas complicaciones de salud, incluidas alteraciones vasculares. Este trabajo tiene como objetivo conocer la percepción de los usuarios con alteraciones vasculares de un Hospital Universitario en el interior del estado de RS, sobre su itinerario terapéutico, con el fin de contribuir al fortalecimiento de la Red Sanitaria del 4o CRS, RS. Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo, de enfoque cualitativo con una muestra intencional de usuarios con alteración vascular. La recopilación de datos se produjo entre mayo y octubre de 2018 y la entrevista narrativa se utilizó como técnica de recopilación de datos. Los resultados obtenidos a través del análisis temático del contenido se organizaron en dos categorías: "Enlace con la atención primaria de salud" y "Naturalización del pago: el tiempo es público, el tiempo es privado". En conclusión, se evidenció que es necesario reorganizar la estructura de los servicios de salud, proporcionar articulaciones entre los servicios especializados para la atención a las personas con alteración vascular, y problematizar la entrada del sector privado en el itinerarios, con el fin de contribuir a la atención de la salud basada en la promoción y dirección de la atención integral.

Palabras clave: Regionalización; Cuidado de la salud; Comorbilidades/alteraciones vascular; Integralidad en Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Principais causas de morte no mundo

Figura 2: Dados atuais sobre a mortalidade por DCNT no Brasil

Figura 3: Regiões administrativas do município de Santa Maria/RS, 2019

Figura 4: 4ª CRS Santa Maria/RS, 2019

Figura 5: Técnica de Análise de conteúdo

Figura 6: Mudança da proposta nos níveis de atenção à saúde

LISTA DE QUADRO

Quadro I: Caracterização dos participantes desta pesquisa.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
OMS	Organização mundial de saúde
MS	Ministério da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMSSM	Plano Municipal de Saúde de Santa Maria
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. OBJETIVO	18
3. REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 Relevância epidemiológica das doenças crônicas não transmissíveis.....	18
3.2 Itinerário terapêutico: gestão de cuidado.....	23
4. MÉTODO	26
4.1 Caracterização do estudo	26
4.2 Cenário da pesquisa	26
4.3 Coleta de dados.....	28
4.4 Participantes do estudo	29
4.5 Análise dos dados	31
4.6 Considerações éticas em pesquisa	33
4.7 Riscos e benefícios da pesquisa.....	34
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
5.1 Vínculo com a atenção primária à saúde	36
5.2 Naturalização do pagamento de pedágio para o setor privado	40
6. CONCLUSÃO.....	43
REFERÊNCIAS	46
ANEXOS	52
APÊNDICES	58

1. INTRODUÇÃO

No presente momento, a transição epidemiológica e demográfica, que trás consigo o envelhecimento populacional, além do intenso processo de globalização, urbanização e hábitos de vidas não saudáveis (alimentação, tabagismo, alcoolismo e inatividade física), reflete a grande preocupação que o mundo enfrenta: as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Junto a isso, observa-se um aumento expressivo da morbimortalidade por causas externas, que caracterizam um quadro epidemiológico complexo, cujo enfrentamento exige profundas mudanças no sistema de saúde (LAVRAS, 2011).

Conforme dados do segundo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) são estimados cerca de 38 milhões de mortes anuais por esses agravos, com maiores taxas em países em desenvolvimento. No Brasil, esse número corresponde a 72% das causas de mortes, sendo mais frequente em pessoas que vivem em centros urbanos e na faixa etária entre 30 a 70 anos. Dentre as DCNT responsáveis pela maior taxa de mortalidade, estão as cardiovasculares, que no Brasil correspondem a 31%. Os principais fatores de risco para essas comorbidades, em ordem de percentagem decrescente são: hipertensão arterial, obesidade, tabagismo e alcoolismo (WHO, 2014).

Lançado em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022, objetivou promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis. As propostas são baseadas em evidências para a prevenção e o controle destas comorbidades e seus fatores de risco, assim como fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas, nos próximos dez anos, com destaque para o acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011a).

Em 1º de abril de 2014 entrou em vigor a Portaria nº 483, ela redefine a Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. No Art. 12, esta portaria menciona que Atenção Básica (AB) constitui-se como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, com papel chave na sua estruturação como ordenadora e coordenadora do cuidado, com a responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade e de ser a porta de entrada prioritária para organização do cuidado (BRASIL, 2014a). Neste contexto, é indispensável

restaurar a consonância entre a situação de saúde e o SUS em nosso país. Para isso, deve existir o envolvimento da implantação das RAS que caracteriza-se como uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2011).

Além disso, é necessário que os trabalhadores estabeleçam vínculo com os usuários, no sentido de acompanhar seu percurso na rede, e se responsabilizarem pela continuidade da assistência, procurando facilitar esse “caminhar na rede” atendendo às suas demandas. Para que isso aconteça é essencial organizar os processos de trabalho, isto é, o modo como cada profissional atua, para que estas diretrizes se tornem rotina nas práticas. O processo de trabalho é a chave da questão, pois é por meio dele que se produz o cuidado aos usuários (MALTA; MERHRY, 2010; FRANCO; FRANCO, 2014).

As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por missão única, objetivos comuns e ação cooperativa e interdependente que permitem ofertar atenção contínua e integral para determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS), a qual é prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade. Além de responsabilidades sanitária e econômica, gerando valor para a população (BRASIL, 2010a; MENDES, 2011).

Sob essa perspectiva é importante o pacto entre os gestores das unidades de saúde e os gestores municipais de acordo com a regionalização da rede assistencial. É necessário que se efetive um acordo de funcionamento, realizado por todas as chefias, coordenações, gerências, em relação aos fluxos, entre os que coordenam as unidades da atenção básica, a rede de apoio diagnóstico e terapêutico, os serviços de urgência/emergência e hospitalares, assim como as áreas da Secretaria de Saúde (BRASIL, 2011e; LAVRAS, 2011; FRANCO; FRANCO, 2014).

Devido a isso, o pacto firmado sobre a compreensão de que os serviços de saúde devem se organizar centrados no usuário, possibilita viabilizar os fluxos entre os diversos serviços, para que assim, funcionem, de forma harmônica e, tranquila, assegurando o acesso dos mesmos (BRASIL, 2014c; FRANCO, FRANCO, 2014). É neste sentido que a atenção básica e os diversos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta densidade tecnológica precisam estar articulados.

Vale enfatizar que a questão da integralidade de atenção à saúde deve ser vista sob o aspecto não apenas da organização dos recursos disponíveis, mas especialmente do fluxo do usuário para o acesso aos mesmos. Para garantir a integralidade é indispensável operar mudanças na produção do cuidado, a partir da APS e todos os outros níveis assistenciais (FRANCO, JÚNIOR, 2014).

Sendo assim, o funcionamento da APS deve ser operacional e de forma centrada no usuário e suas necessidades, sendo responsável por promover a comunicação e interação entre os diversos níveis de complexidade da rede. Seu fortalecimento pode ser considerado um êxito para a implantação do SUS, pois, dentre outros fatores, a partir de sua estruturação, o fluxo de encaminhamento de usuários aos diferentes níveis de atenção à saúde será facilitado.

Por conseguinte, destaca-se a necessidade de integração dos serviços e estabelecimento de fluxos formais de encaminhamento dos usuários (MACHADO, COLOMÉ, BECK, 2011). Neste contexto, esta investigação partiu da necessidade de, problematizar como está estruturado o itinerário terapêutico para usuários com alterações vasculares de um Hospital Universitário do interior do estado, com vistas a contribuir para o fortalecimento da Rede de Saúde da 4º Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

A articulação dos diferentes saberes possibilita diversificar os olhares sobre um mesmo objeto, ampliando as possibilidades de intervenção em determinado problema (PEREIRA et.al., 2013). Entretanto, do ponto de vista das adequações em relação ao processo de trabalho nas diferentes densidades tecnológicas, o trabalho interprofissional e a interdisciplinaridade surgem como um enorme desafio buscando superar o cuidado fragmentado, que de acordo com Brito-Silva et.al. (2012) é uma característica do SUS, mas está sendo considerado insuficiente para responder a complexidade e diversidade dos problemas de saúde da população.

Portanto, faz-se necessário conhecer a percepção dos usuários com alterações vasculares de um Hospital Universitário do interior do estado do RS, sobre o seu itinerário terapêutico, com vistas a contribuir para o fortalecimento da Rede de Saúde da 4º CRS, RS, ou seja, a importância de problematizar O “caminho percorrido”, lugares, tempos de espera, pagamentos, fluxos pactuados, interrupções, constrangimentos, facilidades, a fim de formar uma rede de saúde mais sólida, efetiva e com um atendimento integral em todos os seus níveis de atenção.

Assim, essa pesquisa objetiva responder a seguinte questão norteadora: Qual a percepção dos usuários com alterações vasculares de um Hospital Universitário do interior do estado do RS, sobre o seu itinerário terapêutico? Os estudos e investigações sobre itinerários terapêuticos são relativamente recentes e apesar de sua potencialidade para a compreensão do comportamento em relação ao cuidado em saúde e ao uso de serviços, sua utilização no Brasil, ainda é a nível de pesquisa.

2. OBJETIVO

Conhecer a percepção dos usuários com alterações vasculares de um Hospital Universitário do interior do estado, sobre o seu itinerário terapêutico, com vistas a contribuir para o fortalecimento da Rede de Saúde da 4º CRS, RS.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Atualmente, observa-se um período de transição demográfica que reflete o envelhecimento populacional. Uma das principais consequências desse contexto são as DCNT, consideradas como um problema de saúde pública e, que correspondem a 72% das causas de mortes no Brasil (BRASIL, 2011a). Segundo dados da OMS são estimados cerca de 38 milhões de mortes anuais por esse grupo de doenças, com maiores taxas em países em desenvolvimento (WHO, 2014).

Conforme a Portaria nº483, de 1º de abril de 2014, doenças crônicas são consideradas patologias com início lento, de duração longa ou curta e que surgem devido a diversas causas. Ainda é destacado que o tratamento para essas doenças envolve mudanças no estilo de vida aliado a cuidados contínuos (BRASIL, 2014b).

Nos últimos anos, as DCNT têm se tornado objeto de preocupação global, não apenas do setor saúde, mas de vários setores da sociedade, em função da sua magnitude e custo

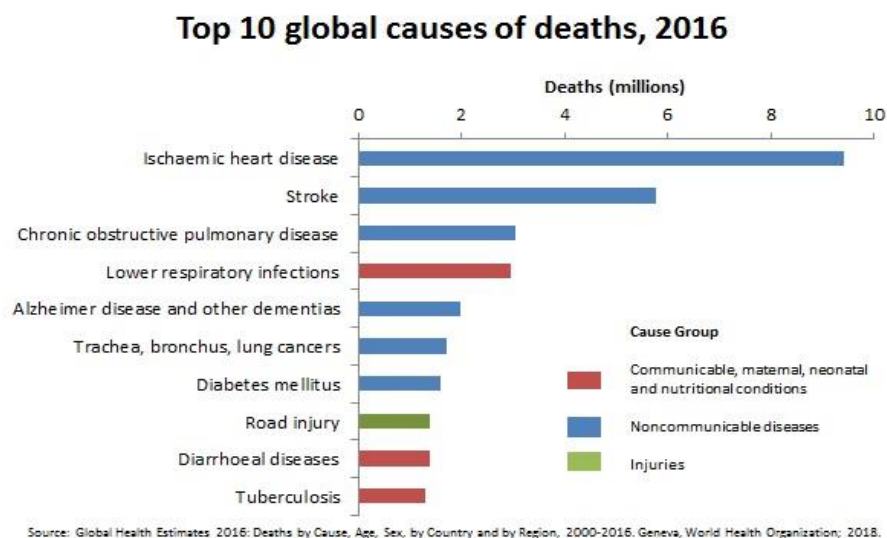
social. Globalmente, as DCNT têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, alto grau de limitação das pessoas em suas atividades de trabalho e de lazer, além de ocasionar impactos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e a sociedade em geral, resultando no agravamento de iniquidades sociais e pobreza.

No ano de 2007 no Brasil, as doenças crônicas representaram cerca de 67% dos óbitos notificados com destaque para as cardiovasculares como a principal causa, representando 29,4% de todos os óbitos declarados, seguidas por câncer (15,1%), doenças respiratórias (5,6%) e diabetes (4,6%). Ainda, a proporção de óbitos por DCNT é maior em indivíduos de faixa etária mais elevada, com maior escolaridade e que vivem em grandes centros que apresentam os melhores indicadores socioeconômicos (BRASIL, 2011c). Já em 2016 o Brasil registrou crescimento de 12% no número de mortes por diabetes entre 2010 e 2016. Conforme os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), foram 54.877 mortes em 2010 para 61.398 no ano de 2016.

Em 2009 as DCNT foram também a principal causa de mortalidade. Após correções para causas mal definidas e sub-registros, responderam por 72,4% do total de óbitos. As quatro doenças – doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes – responderam por 80,7% dos óbitos por doenças crônicas (SCHMIDT, 2009).

A figura abaixo apresentam os dados sobre a mortalidade por DCNT no mundo, assim como caracterizam o perfil da população atingida, ou seja, em indivíduos adultos.

Figura 1: Principais causas de morte no mundo.

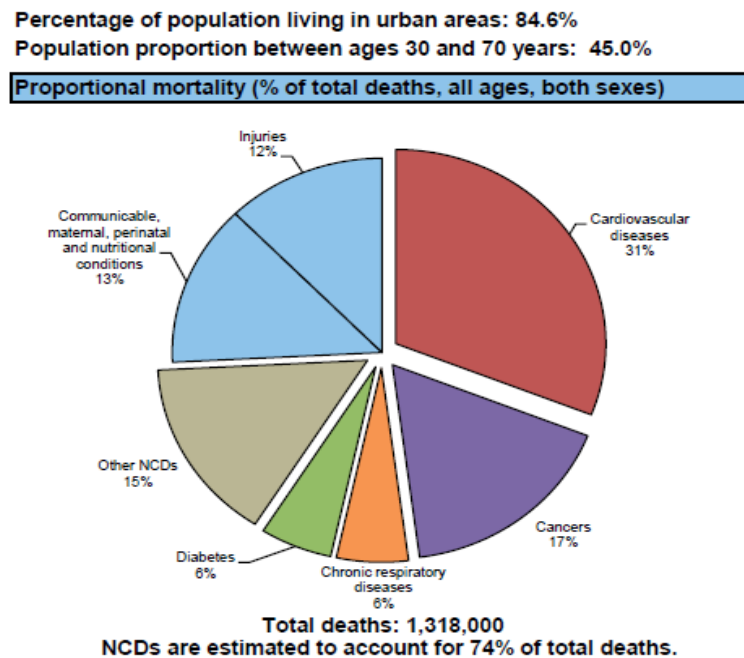


Fonte: (OPAS, 2016).

Das 56,9 milhões de mortes no mundo em 2016, mais da metade (54%) foram devidas as 10 principais causas. A doença isquêmica do coração e o derrame são os maiores causadores de mortes no mundo, responsáveis por 15,2 milhões de mortes em 2016. Essas doenças continuam sendo as principais causas de morte em todo o mundo nos últimos 15 anos. As DCNTs causaram 71% das mortes em todo o mundo, variando de 37% em países de baixa renda a 88% em países de alta renda. Todas, exceto uma das 10 principais causas de morte em países de alta renda, foram as DCNTs. Em termos de número absoluto de mortes, no entanto, 78% das mortes globais por DCNT ocorreram em países de baixa e média renda (OPAS, 2016).

A figura abaixo apresenta os dados atuais sobre a mortalidade por DCNT no Brasil, assim como caracteriza o perfil da população atingida.

Figura 2: Dados atuais sobre a mortalidade por DCNT no Brasil.



Fonte: (WHO, 2014).

Em pesquisa realizada por Rocha-Brischiliari et. al. (2014), as DCNT foram mais prevalentes nos indivíduos idosos, de baixa escolaridade e que moravam sozinhos. Além

disso, tabagismo, sobrepeso ou obesidade, condição de saúde considerada como ruim ou regular e pessoas de raça negra, estes últimos com associação significativa com a ocorrência dessas patologias, também foram fatores de risco associados às DCNT.

O enfrentamento desta nova epidemia necessita investimento em vários setores. A atenção à saúde no Brasil, nos últimos anos, tem investido na formulação e implementação de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde da população, priorizando ações de melhoria e ampliação da qualidade de vida dos sujeitos como, a organização da vigilância (Vigitel, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios–PNAD), a Política Nacional em Promoção da Saúde, a Farmácia Popular dentre outros (BRASIL, 2011a).

No final de 2011 foi lançado pelo Ministério da Saúde (MS), o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, o documento é considerado uma ampliação do comprometimento brasileiro com o tema. O mesmo define e prioriza as ações e os investimentos necessários, institui metas e compromissos a serem assumidos, com vistas a preparar o país para o enfrentamento destes agravos, suas consequências e seus fatores de risco nos próximos dez anos (BRASIL, 2011a).

Segundo Malta e Silva Júnior (2013), o equilíbrio entre as metas propostas pelo plano é muito relevante e devem abranger promoção à saúde, cujos benefícios sejam expandidos para toda a população e, aquelas referentes ao grupo de indivíduos portadores de condições crônicas, na forma de tratamento e de assistência. Além disso, os autores descrevem que o seu monitoramento poderá contribuir para a reorganização dos serviços de saúde, da atenção primária e do processo de trabalho, priorizando ações como o apoio a redução e/ou cessação do tabagismo, ao controle glicêmico, ao acesso a medicamentos para prevenção de doenças cardiovasculares, diabetes e acidente vascular cerebral (AVC) e incentivo a medidas de promoção da saúde e de hábitos saudáveis. Ainda, deverá contemplar a ampla divulgação de seus resultados, que facilitará o acompanhamento das metas e a participação e o controle social das políticas públicas para doenças não transmissíveis.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a AB deve ser o contato preferencial dos usuários para os demais serviços de saúde da rede, e necessita atender às condições de saúde mais frequentes e relevantes em seu território por meio de tecnologias de elevada complexidade e variadas. Envolve ações, individuais ou coletivas, de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do

cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2017).

O conhecimento sobre população adstrita é fundamental e envolve vários processos como: territorialização, o cadastramento das famílias, a classificação das famílias por riscos sociosanitários, a vinculação das famílias à Unidade de APS/Equipe do ESF, a identificação de subpopulações com fatores de risco, a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas (MENDES, 2011). Atender a necessidade de saúde significa, dentre outras questões, a criação de vínculo o menos precível possível, a garantia da longitudinalidade por meio de linhas de cuidado, a orientação ao usuário para o seu percurso na RAS e a otimização dos recursos para obtenção de melhor acesso e para aproveitamento e incorporação de tecnologias (SILVA, 2011).

O processo de trabalho em saúde necessita ter uma perspectiva da integralidade no processo de trabalho em saúde, com o intuito de produzir o cuidado em enfermagem centrado nos usuários, incluindo, além da doença, o sujeito em seu contexto coletivo. Sendo assim, a partir da integralidade do cuidado, o objeto de atenção, os meios e as finalidades, visam, além da cura e do alívio do sofrimento, o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos para assumirem seus problemas e condições concretas de vida (MATUMOTO et. al., 2014).

As DCNT representam elevada carga de doença no Brasil. Tendências recentes indicam que a mortalidade de algumas doenças crônicas (as doenças cardiovasculares e as respiratórias crônicas) estão diminuindo, o que sugere que o enfrentamento está ocorrendo na direção certa. Por consequência, o número de pessoas com DCNT que requerem atendimento tende a aumentar. As longas filas no SUS para consultas, exames especializados e cirurgias mostram o ônus que essas doenças causam ao sistema público de saúde e ilustram a necessidade de organizar, qualificar e ampliar o atendimento. O aumento da obesidade, se não controlado, ameaça os avanços recentes no controle das doenças crônicas não transmissíveis. A geração de conhecimento sobre essas doenças e seus fatores de risco é de fundamental importância. Diante desse contexto, é relevante destacar a atuação dos profissionais da saúde, nos diferentes níveis de atenção e sua interação, comunicação e assistência com qualidade aos indivíduos acometidos por esses agravos.

3.2 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: GESTÃO DE CUIDADO

A preocupação sobre como e em que momento as pessoas procuram ajuda para resolver suas demandas ou problemas de saúde, tem estado cada vez mais presente em estudos sobre planejamento, organização e avaliação de serviços assistenciais de saúde. A intenção é subsidiar a escolha de estratégias adequadas que garantam acesso aos usuários em momento oportuno e de forma contínua, propiciando vínculo com a equipe de profissionais de saúde e, conseqüentemente, adesão ao tratamento proposto.

Não obstante este desejo de gestores e trabalhadores de serviços de saúde, os caminhos percorridos por pessoas em busca de cuidados terapêuticos não necessariamente coincidem com esquemas ou fluxos pré-determinados. Suas escolhas expressam construções subjetivas individuais e também coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento, forjadas sob as influências de diversos fatores e contextos. Estas escolhas vão definir ações que, passo a passo, constituirão um determinado percurso. O “itinerário terapêutico” define-se como o percurso que as pessoas fazem ao procurar por cuidados e tratamentos, sendo caracterizado como a busca de cuidados terapêuticos (SILVA; SOUZA; MEIRELES, 2004).

Esta composição do itinerário terapêutico é caracterizada pelo pluralismo da assistência à saúde, pois o espaço de cuidado inicia no contexto em que a pessoa vive, ou seja, na família e no seu viver. Além disso, articulam as crenças e práticas sobre a saúde e a doença existentes no seu contexto cultural com a reinterpretação das práticas médicas oficiais. Assim, as pessoas procuram alternativas por meio de itinerários que variam de acordo com fatores econômicos, socioculturais ou de outra natureza (MELO et. al. 2011).

Dessa forma, para compreender como as pessoas se organizam e realizam o cuidado, torna-se importante visualizar o seu contexto de vida. Neste trabalho será utilizado o Sistema de Cuidado à Saúde proposto por Kleinman (1980), que consiste em um modelo explicativo para esclarecer os comportamentos de procura de cuidados e os itinerários percorridos pelas pessoas. O autor associa os conceitos de saúde e cultura e, para a realização do cuidado, propõe e conceitua os setores de assistência à saúde, como o setor popular (familiares, rede social), o setor *folk* (tradicional, compreendendo curandeiros, benzedeiros e outros) e o setor profissional (profissionais de saúde) (KLEINMAN, 1980).

O itinerário constrói-se de forma espontânea, pois as práticas adotadas pelas pessoas no cuidado, em geral, transitam nesses três setores de forma simultânea. Porém, isso ocorre de

maneira desprogramada e, muitas vezes, complementares durante o itinerário de assistência ao paciente (BOEHS et al., 2007). Os diversos enfoques possíveis na observação de itinerários terapêuticos podem subsidiar processos de organização de serviços de saúde e gestão, na construção de práticas assistenciais compreensivas e contextualmente integradas.

Os profissionais da saúde, ao ponderarem a existência de um itinerário terapêutico percorrido pela população nos diferentes setores de assistência à saúde, considera a doença como um processo sociocultural. Esse processo é permeado por etapas, como: reconhecer os sintomas, diagnosticar, escolher o tratamento e avaliar (BOEHS et. al., 2007). A cronicidade da doença e a recorrência podem agravar a situação socioeconômica e dificultar a locomoção, sendo esses alguns empecilhos para o acesso ao tratamento (KORELO et. al., 2012).

As pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, principalmente os usuários com alteração vascular, tendem a ser de longa duração, e são o resultado de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. O uso do tabaco, a inatividade física, o uso nocivo do álcool e dietas pouco saudáveis aumentam o risco de morrer por uma DCNT. A detecção, triagem e tratamento dessas enfermidades, bem como os cuidados paliativos, são componentes-chave da resposta a essas doenças. Conviver com a doença e superar as dificuldades decorrentes desta convivência é um processo de aprendizagem, o qual demanda tempo da pessoa e sua família. Nesta situação, há a necessidade de obtenção de novas habilidades, conhecimento científico e prático sobre a enfermidade e adaptação ao tratamento (COSTA et. al., 2011). A OMS também reconhece que a poluição do ar é um fator de risco crítico para as DCNTs (OMS, 2018).

Em 2011, estudo encontrou mais de 242 artigos originais, publicados em periódicos indexados nas principais bases de dados em Ciências da Saúde, que relatam estudos realizados no Brasil nos últimos 20 anos, no período de janeiro de 1989 a dezembro de 2008 e cujo tema central era itinerários terapêuticos. Os trabalhos localizados demonstram a pertinência dos estudos sobre itinerários, tanto para a reflexão sobre as relações entre profissional e paciente quanto para as atividades de planejamento e gestão (CABRAL et. al., 2011).

Em pesquisa, sobre a análise, o agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados, autores descrevem que os usuários constroem verdadeiros “mapas do cuidado”, a partir de um conhecimento prático advindo da própria experimentação e observação de como conseguir o acesso ao cuidado que avaliam como necessário, fazendo uso do aparato médico-hospitalar-ambulatorial, seja ele público ou privado, de modo criativo

e combinado, a depender de suas possibilidades e/ou controles de recursos, como ter um plano de saúde ou contatos e conhecimentos pessoais (CECÍLIO et. al.; 2014).

Os percursos desenhados pelos usuários mostraram que as possibilidades de conexão público-privado são inúmeras, sendo cada usuário capaz de construir, a partir de nexos singulares, o seu próprio “sistema de saúde”, ou seus “mapas do cuidado”. A principal dificuldade encontrada é a marcante atuação dos usuários, denominada, no estudo, de agir leigo, expressa pela sua atuação na busca de soluções para os problemas de saúde por meio de estratégias de ampliação do acesso aos recursos tanto “por fora” dos ordenamentos e fluxos oficiais concebidos pelos gestores quanto eventualmente com eles compostas. (CECÍLIO et. al., 2013).

Estudos sobre o tema a ser investigado contribuem para compreensão do comportamento das pessoas em relação ao cuidado e utilização dos serviços de saúde. No entanto, apesar da potencialidade como ferramenta para a qualificação da assistência, os estudos no Brasil são incipientes (CABRAL et. al., 2011). A realização de novas pesquisas pode possibilitar o aprofundamento dessa temática, assim como, a compreensão do itinerário terapêutico das pessoas com alterações vasculares poderá proporcionar um cuidado de saúde mais próximo da sua realidade sociocultural e colaborar com a qualidade do cuidado prestado pelos profissionais de saúde.

Frente a isso, consideram-se importantes os estudos que visam conhecer como as pessoas constroem seus próprios caminhos no enfrentamento das exigências e consequências que a condição de cronicidade pode acarretar. Esses estudos se justificam por vislumbrar a assistência para além do conhecimento sobre as alterações físicas e psíquicas e, principalmente, porque visam promover o viver saudável das pessoas que apresentam a doença crônica. Dessa forma, é preciso compreender as experiências construídas por essas pessoas, o que irá orientar o processo de escolhas sobre os cuidados e os tratamentos que irão realizar, ou seja, o itinerário terapêutico (MATTOSINHO; SILVA, 2007).

Nesse sentido, faz-se relevante conhecer a percepção dos usuários com alterações vasculares de um Hospital Universitário do interior do estado, sobre o seu itinerário terapêutico, com vistas a contribuir para o fortalecimento da Rede de Saúde da 4º CRS, RS.

4. MÉTODOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de é um estudo com abordagem qualitativa de caráter exploratório descritivo. O método qualitativo de pesquisa caracteriza-se por abordar questões relacionadas às singularidades do campo e dos indivíduos pesquisados, sendo as entrevistas narrativas um método potente para uso dos investigadores que dele se apropriam. Elas permitiram o aprofundamento das investigações, a combinação de histórias de vida com contextos sócio-históricos, tornando possível a compreensão dos sentidos que produzem mudanças nas crenças e valores que motivam e justificam as ações dos usuários (MINAYO, 2014).

Conforme Minayo (2014), as metodologias de pesquisa qualitativas são compreendidas como:

“[...] o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2014, p.57).

Dessa forma, esse método compõe-se de uma explicação do que os sujeitos dizem e expressam. Não é somente uma decodificação de dados, pois para a compreensão do objeto de pesquisa é necessário entender o contexto ao qual está inserido (MINAYO, 2014).

A pesquisa exploratória descritiva tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2017). A pesquisa exigiu do investigador uma série de informações sobre o que desejou pesquisar. Esse tipo de estudo pretende explorar e descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um município do interior do estado/RS. Neste município situa-se o Hospital Universitário, hospital-escola com atendimento exclusivo a pacientes do SUS, referência na prestação de cuidados para os municípios de 4º Coordenadorias de Saúde. Possui 356 leitos de unidades de internação, sendo 5 leitos destinados na Clínica Cirúrgica a pacientes com diagnóstico de alteração vascular.

O município abrange oito regiões administrativas: Região Oeste, Centro Oeste, Norte, Leste, Centro, Nordeste, Sul, Centro Leste. Sendo que os serviços de saúde do município distribuem-se em Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família, dentro das oito áreas administrativas (SMS/SM, 2018-2021).

Figura 3: Regiões administrativas do município de Santa Maria/RS, 2018-2021.

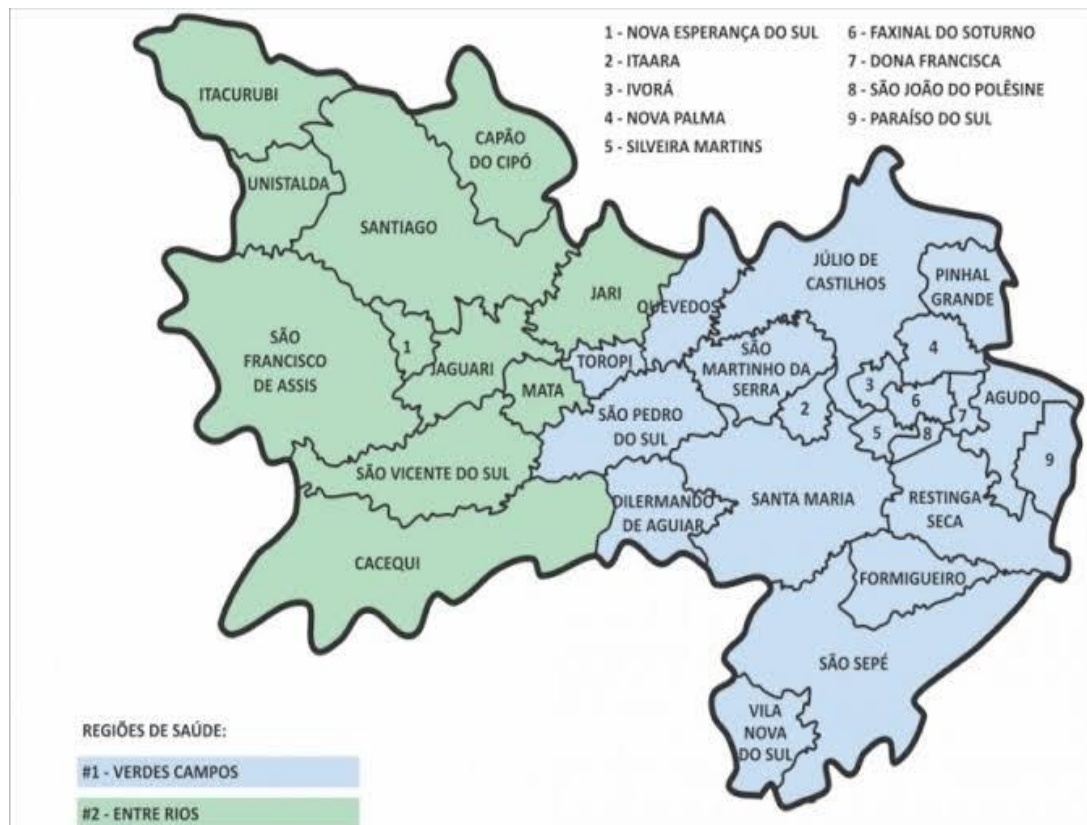


Fonte: Plano Anual de Saúde de 2018-2021.

A 4º CRS tem como municípios integrantes trinta e dois, sendo eles: Agudo, Cacequi, Capão do Cipó, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaara, Itacurubi, Ivorá, Jaguarí, Jari, Júlio de Castilhos, Mata, Nova Esperança do Sul, Nova

Palma, Paraíso do Sul, Pinhal Grande, Quevedos, Restinga Seca, Santa Maria, Santiago, São Francisco de Assis, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, São Vicente do Sul, Silveira Martins, Toropi, Unistalda e Vila Nova do Sul.

Figura 4: 4ª CRS Santa Maria/RS, 2019.



Fonte: Site Secretaria de Saúde de Santa Maria, 2019¹.

4.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período entre maio e outubro de 2018. A coleta de dados está estruturada nas seguintes fases:

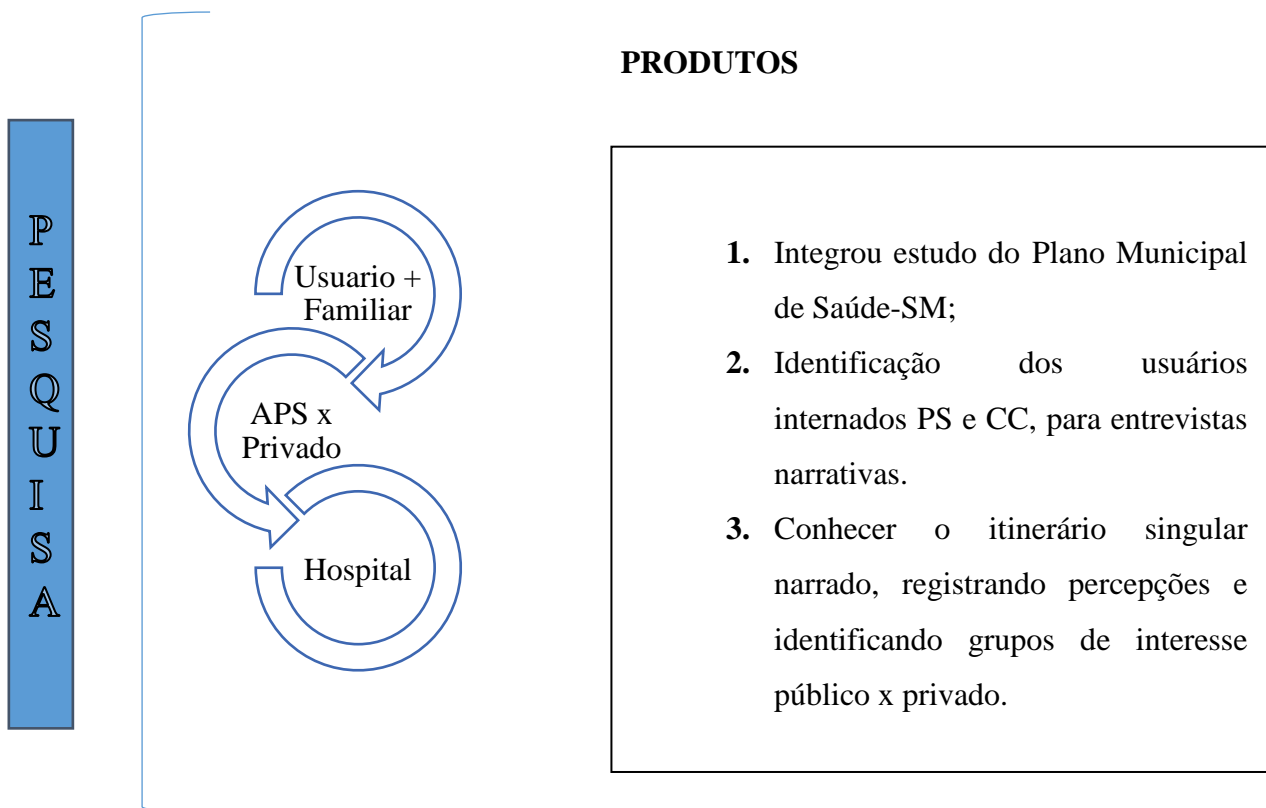
Primeira fase: Integrou estudo do Plano Municipal de Saúde do município de Santa Maria (2018-2021).

¹ Site Secretaria de Saúde de Santa Maria (<https://saude.rs.gov.br/4-crs-santa-maria>)

Segunda fase: Amostragem Teórica². - Identificação dos usuários internados no Pronto socorro e Clínica cirúrgica com diagnóstico de alteração vascular para a realização das entrevistas.

Terceira fase: Amostragem discriminante³. - Reconstruir o itinerário singular narrado registrando percepções e identificando grupos de interesse.

- Inclusão de novas informações ou documentos.



Primeiramente realizou-se uma análise documental do Plano Municipal de Saúde do município de Santa Maria (PMSSM), a fim de conhecer como esta estruturada a Rede de Saúde do município, destacando informações referentes aos fluxos previstos para pacientes com alterações vasculares. Segundo o PMSSM, o município vem acompanhando as

² Segundo Creswell esta teoria é um processo de zigue - zague indo a campo pra reunir mais informações, para analisar os dados, de volta ao campo pra reunir mais informações, sendo então os participantes teoricamente escolhidos, chamados de *Amostragem Teórica*.

³ O pesquisador reúne informações adicionais de indivíduos diferentes das pessoas que inicialmente entrevistou pra determinar se a teoria é válida para estes participantes adicionais.

normativas que o Ministério da Saúde estipulou para tratamento das DCNT, e desencadeando para a rede de cuidado. Dentre os eixos estão sendo trabalhados em rede: Vigilância de acidentes e Violência (Violência doméstica, sexual e outras violências), Vigilância das Neoplasias, Doenças Cardiovasculares e atividades de promoção (alimentação saudável, controle do tabagismo e incentivo a atividade física). As atividades que englobam esta rede de cuidado são desencadeadas pela atenção primária de Saúde, sendo a porta de entrada para prevenção e promoção de saúde, diagnóstico, tratamento e encaminhamentos especializados para outros pontos da rede (PMSSM- 2018-2021).

Em seguida, foram identificados os usuários internados no Pronto socorro e Clínica cirúrgica, em que, realizaram-se as entrevistas narrativas. Tendo como objetivo conhecer a percepção dos usuários com alterações vasculares sobre seu itinerário terapêutico e rede de atenção à saúde. As entrevistas narrativas foram realizadas de forma individual, pelos alunos do Curso de Medicina, da Disciplina de Saúde Coletiva, supervisionados pela Prof.^a Liane B. Righi. Os alunos entrevistaram 63 pacientes. Tendo como critério de inclusão os pacientes com alteração vascular, o que totalizou o número de 13 participantes ao final.

Na terceira etapa buscou-se conhecer o itinerário singular narrado, registrando percepções e identificando grupos de interesse público x privado que compõe a rede de cuidado em saúde.

O método de coleta de dados foi por meio de entrevista narrativa. As entrevistas foram gravadas, após o consentimento dos participantes e, posteriormente, transcritas ortograficamente, na íntegra, e analisadas de acordo com o referencial metodológico proposto.

Segundo Minayo (2014), a entrevista favorece a relação intersubjetiva do entrevistador com o entrevistado e ainda, possibilita, por meio de trocas verbais e não verbais, uma interação que permite um melhor entendimento dos significados, dos valores e das opiniões dos atores sociais sobre situações e vivências pessoais. Além disso, é acima de tudo uma conversa a dois onde vários interlocutores objetivam construir informações pertinentes ao objeto da pesquisa.

4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por pacientes 13 usuários com alteração vascular, e seus familiares quando necessário, os quais atenderam aos seguintes critérios de inclusão: usuário que estivesse internado no Pronto Socorro e na Clínica Cirúrgica do referido hospital, maior de 18 anos, com diagnóstico de alteração vascular, pertencentes aos municípios da 4^oCRS. Foi incluído o familiar nas situações em que o usuário solicitou a presença, sendo o critério de participação o acompanhamento deste durante o período de internação. O número de participantes não foi pré-determinado, pois se buscou a convergência ao objetivo da pesquisa. Critério de exclusão: os pacientes que não atenderam os critérios de inclusão.

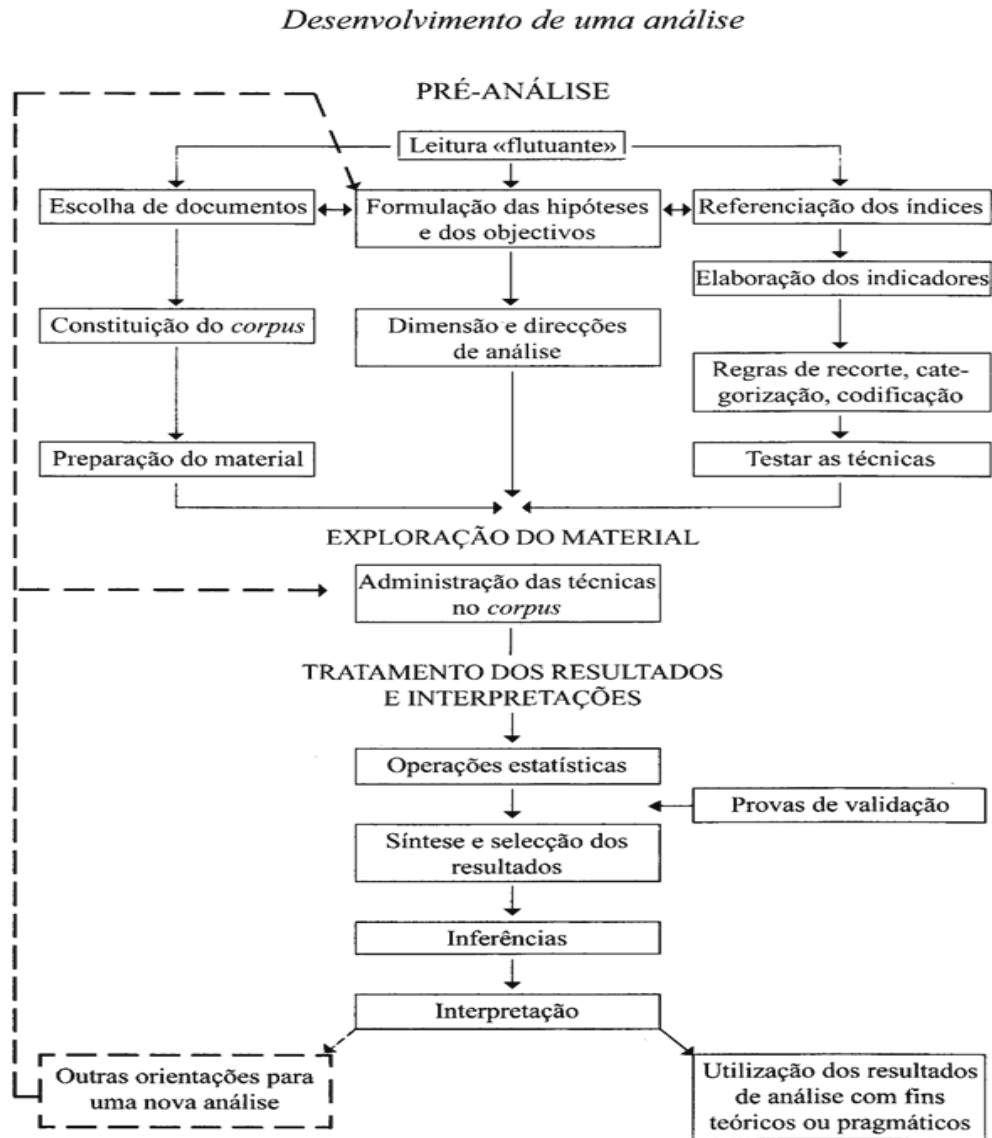
A amostragem foi intencional, totalizando 13 participantes em condições, que aceitaram participar de forma voluntária. O quantitativo de participantes da pesquisa não foi estabelecido “a priori”, pois, na pesquisa qualitativa, os pesquisadores optam por conduzi-la até que as informações se tornem repetitivas (LEOPARDI, 2002; STREUBERT e CARPENTER, 2002). Outra razão é o fato de, nesse tipo de estudo, os participantes não serem determinados por um número, um cálculo, pois, quando saturam as informações, a busca de novos sujeitos não acrescenta mais nenhum dado novo à pesquisa (MINAYO, 2014).

Ainda, os sujeitos foram selecionados na população desta investigação com a maior diversidade possível, pois a preocupação dos pesquisadores é descrever o fenômeno “em vez de utilizar técnicas de amostragem que apoiem a generalização dos dados obtidos” (STREUBERT e CARPENTER, 2002).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram às transcrições das entrevistas narrativas (com usuário e familiar). Os dados foram analisados por meio da Análise Temática que, conforme sugere Bardin (2011) é uma forma de análise de conteúdo e consiste em descobrir os núcleos de sentido. Para auxiliar nessa interpretação foi realizada as etapas de pré análise, exploração do material e tratamentos dos resultados obtidos e interpretação. Na fase de pré análise foi realizado a leitura flutuante, obtendo uma orientação para a análise do material empírico. Exploração do material e tratamentos consistiu em explorar os materiais com a definição de categorias e a identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos. Por último, foi realizado o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação, finalizando com a análise. Conforme figura abaixo.

Figura 5: Técnica de Análise de conteúdo.



Fonte: Bardin, 2012.

A análise dos dados foi realizada concomitantemente a coleta de dados, o que possibilitou a inclusão de novos participantes, ou do encerramento da coleta de dados em caso de saturação dos dados.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS EM PESQUISA

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretária de Saúde de Santa Maria (NEPS-SM) (ANEXO III), à Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) (ANEXO II). Após, as autorizações do projeto foram submetidas para apreciação na Plataforma Brasil, sendo aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria (CEP), sob o número CAAE 79600317400005346 (ANEXO IV).

Após a aprovação, a pesquisadora realizou busca ativa conforme critérios de inclusão no estudo. Procedeu com a apresentação do projeto e antes de iniciar a entrevista, realizou a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I), juntamente com os participantes, para compreensão do objetivo e a metodologia do projeto e informados sobre o anonimato e o caráter confidencial das suas informações. O TCLE foi apresentado em duas vias sendo que uma ficou com o participante da pesquisa e a outra foi arquivada pela pesquisadora. Os dados serão guardados por um período de cinco anos na sala 1241, localizada no Centro de Ciências da Saúde, sob responsabilidade da Prof.^a Dr.^a Liane Beatriz Righi, orientadora deste estudo, sendo após esse prazo destruídos.

Destaca-se que este projeto está de acordo com o que prescreve a Resolução 510/16 do CONEP/MS (BRASIL, 2016). A garantia da privacidade dos participantes do estudo está descrita no Termo de Confidencialidade (APÊNDICE II). Além disso, em todo o processo de pesquisa, foram observados os princípios bioéticos do respeito à pessoa, quais sejam: o da autonomia, da beneficência, da não maleficência e o da justiça.

Segundo Turato (2003), o princípio da autonomia consiste em assegurar a participação do sujeito significativo de modo voluntário, sem coerção institucional ou psicológico e bem orientado com o TCLE (APÊNDICE I). O mesmo autor complementa que no preceito da beneficência, o sujeito significativo, ao realizar as descrições experienciais, amplia sua consciência sobre a própria existência e condição de vida, ao participar de forma voluntária. Desse modo, colabora para a aquisição de novos conhecimentos, com possibilidade de aplicação a pessoas nas mesmas condições e eleva sua autoestima. O princípio da não

maleficência é aquele que, por sua vez, garante o respeito à privacidade, a não mobilização emocional de elementos traumáticos e a preservação do anonimato (TURATO, 2003).

4.7 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA

Os participantes foram orientados quanto aos objetivos e aos possíveis riscos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim como as pesquisadoras assumiram o compromisso de cumprir integralmente os princípios da Resolução 510/16 do CONEP/MS (BRASIL, 2016).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta etapa serão apresentados os resultados com a discussão de duas categorias de análises que, a partir análise temática, foram classificadas em: “Vínculo com a Atenção Primária à Saúde” e “Naturalização do Pagamento: hora é pública, hora é privado”.

Os participantes do estudo compreenderam em 13 pacientes com alteração vascular, todos pertencentes aos municípios da 4^oCRS. Foram oito homens e cinco mulheres, com idades entre 48 e 80 anos, que internaram no Hospital Universitário, no período de maio a outubro de 2018. Abaixo o quadro I com a caracterização dos participantes desta pesquisa.

Quadro I - 2018

Caracterização dos participantes da pesquisa do estudo quanto à idade, sexo, município de origem, causas da internação e achados.

Entr evist ado	Idade	Sexo	Município	Causa da Internação	Achados
A1	66	M	Santa Maria	Complicações crônicas do DM 2, úlceras de pés e amputações de extremidades decorrentes de complicações destas (úlceras); comprometimento ósseo; internado para a realização de antibioticoterapia	Sem vínculo com a APS
			Formiguei	Estenose aórtica severa, isquemia	Tratamento privado com

A2	80	F	ro	mesentérica, hipotireoidismo, osteoporose avançada, hérnia de hiato e mielodisplasia	judicialização
A3	60	F	Santa Maria	Internou no HUSM para realização de cirurgia cardíaca (pontes de safena e mamaria)	Sem vínculo com a APS. Procura o privado
A4	62	M	Pinhal Grande	Internado no HUSM em decorrência de um infarto/ realização de cateterismo de coronária direita	Sem vínculo com a APS Paga por serviços privados enquanto suporta os custos
A5	52	M	Santa Maria	Em decorrência de uma complicação de um ferimento na perna esquerda DM 2	Sem vínculo com a APS Preferência pelo privado
A6	NI	M	Santa Maria	Diagnóstico de DM 2/ ferida em pé direito há 2 anos na região calcânea	Vínculo com a UBS. Desconhecia complicações da diabetes
A7	59	M	Santiago	Aneurisma de aorta abdominal	Vínculo com ACS. Consulta na UBS quando necessário
A8	48	M	Santa Maria	Cirurgia de angioplastia/ HAS/ DM 2	Sem vínculo com APS Decisão de pagar por serviço privado para aceleração do tratamento
A9	67	F	Santa Maria	Internou para realização de ponte de safena/ cirurgia cardíaca	Sem vínculo com APS Histórico de consultas com cardiologista e realização de exames no setor privado
A 10	68	M	Quevedos	Lesão no hálux direito/DM 2	Sem vínculo com APS Decisão de pagar por serviço privado para aceleração do tratamento
A 11	56	M	Caçapava do Sul	DM 2 Descompensado/ amputação do 3º, 4º e 5º dedo do pé direito há 15 anos, devido a neuropatia diabética/ internou por risco de sepse	Utiliza plano privado de empresa. Acha o privado mais ágil
A 12	48	F	Santa Maria	Soropositivo, usuária de cocaína, DM 2 descompensada, relata dor e feridas no antebraço do membro superior esquerdo local onde costuma injetar a droga	Sem vínculo com a UBS do seu território. Forte vínculo com equipe de UBS de outro território. Boa avaliação da UBS
A 13	70	F	Santa Maria	Cateterismo e ponte safena/ Voltou ao HUSM por que os pontos da perna estavam inflamados/HAS	Sem vínculo com a APS, apenas busca medicamentos

Fonte: Dados coletados por meio da entrevista, 2018.

5.1 VÍNCULO COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A saúde pública no Brasil está ancorada nos pressupostos de um sistema público universal, que garanta atendimento integral para todos os cidadãos, não devendo limitar atendimento ou assistência a uma pequena parcela de serviços de saúde. Com a criação do SUS Lei 8.080/90, a saúde passou a ser um direito social, com a finalidade de modificar a situação de desigualdade na assistência de saúde prestada a toda população, sendo dever do estado prover as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde com o acesso universal e igualitário (BRASIL, 1990).

O acesso ao SUS é organizado em três níveis de assistência: a Atenção Primária à Saúde (APS) ou AB, Atenção Secundária e Atenção Terciária. A APS tem caráter coordenador onde é atribuída a tarefa de resolução, organização e responsabilização, onde deve ofertar resolutividade nos serviços, uma assistência integral e os hospitais e pronto-atendimento, devem ser utilizados apenas quando exijam maior complexidade tecnológica de forma que as doenças ou agravos sejam tratados no nível de complexidade adequada (AZEVEDO; COSTA, 2010; MENDES, 2011).

Em todo o país independente dos níveis sociais e econômicos é percebida a ampla procura por outros serviços em casos que poderiam ser resolvidos com acesso mais simples e menor densidade tecnológica. Percebe-se que se a estratégia de organização com os três níveis de assistência fossem utilizadas de maneira adequada não teriam números tão elevados de internações hospitalares e nem mesmo grandes taxas de mortalidade (VAN et al., 2008; BARRETO et al., 2012).

Apesar da organização do sistema, é percebido que a hierarquia estabelecida não é obedecida pelos usuários e os mesmos não adotam, em sua totalidade, a AB como porta de entrada e continuam uma busca direta e preferencial pelos serviços de urgência e emergência, o que preocupa os gestores de saúde porque acarretam uma sobrecarga de trabalho desses serviços e dificultam a qualidade da assistência. É importante, também, considerar que a procura por atendimento em condições de resolutividade pela atuação da atenção primária, acaba gerando um problema significativo de acesso e de desempenho dos serviços de maior densidade tecnológica (BARRETO et al., 2012 RATI et al., 2013).

É imprescindível que haja efetivamente a articulação dos serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção, através de uma relação dialética entre eles, respondendo

adequadamente, com eficácia e com eficiência, às condições agudas e crônicas da população, especialmente quando o acesso aos serviços de saúde se iniciam nos níveis secundário e terciário.

O processo de implantação do SUS tem sido marcado por intensos debates que refletem a presença de interesses antagônicos em relação a sua consolidação. Tanto como política pública calcada na universalidade, equidade, integralidade, participação da população e dever do Estado, quanto às dificuldades para construir modelos assistenciais ancorados na concepção ampliada de saúde, que foi a base do processo de proposição do próprio Sistema.

Todavia, observa-se a fragilidade do Sistema, uma delas é a falta de vínculo dos usuários pesquisados, que muitas vezes não se reconhecem como pertencentes a este direito. Isso pode ser evidenciado nas falas a seguir:

[...] “na unidade Básica de Saúde o atendimento não era o desejado, porque não havia um acompanhamento correto e porque todas as vezes que precisei era um médico clínico diferente. No hospital, recebi um bom atendimento, tendo como queixa a resolutividade que almejo. O atendimento no hospital é de qualidade, pois os profissionais fazem o possível para garantir um bom atendimento” [...]. (A1)

[...] “existe um posto perto da minha casa, mas nunca recebi visita do agente de saúde e sempre que precisei de algum auxílio não procurava diretamente o posto, procurava médico do meu plano de saúde.” [...]. (A3)

[...] “raramente uso o serviço da UBS, apenas em quadros de gripe ou quando busco por medicamentos, mas tem bom atendimento. Pensei em realizar os procedimentos na rede privada, mas foi informado de que, se os fizesse, não conseguiria continuar o tratamento no SUS. Quando piorei, ao invés de voltar no posto, preferi consultar um médico particular, esperando que pudesse me ajudar de uma forma mais eficiente” [...]. (A4)

[...]” to insatisfeito com o atendimento recebido na unidade básica de minha cidade” [...]. (A10)

As falas dos usuários transmitem a ideia de que eles não se sentem pertencentes a esse sistema de saúde público, nem tão pouco, sujeitos de direito. Os usuários, participantes desta pesquisa, demonstram que o SUS é frágil e com inúmeras lacunas, conforme apresentado pela fala do usuário *A11* que diz:

[...] “realizei exames particulares para conseguir mais rápido os resultados, e com isso agilizei a continuidade do tratamento no sistema público, porque pela secretaria de saúde tem muita fila de espera.” [...].

Os serviços de saúde tornam-se desumanos pela má qualidade resultante do atendimento e sua baixa resolutividade. Segundo descrito na Constituição Federal de 1988, a saúde consagrou-se como:

direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, Art. 196).

Essa definição conceitual adquire sua versão prática com a instituição formal do SUS, quando no Capítulo II, artigo 198 da mesma Constituição, é relatado que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Assim, foi criado o Sistema Único de Saúde, resultado de uma política social e universalista, que tem a Constituição Federal e as Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, como sua base jurídica, constitucional e infraconstitucional (Brasil, 2007).

Como responsável legal, o SUS tem como ações a promoção, prevenção e recuperação de saúde, a qual apresenta propostas legislativas completas para um sistema de saúde nacional. Porém, num país com dimensões territoriais continentais como o Brasil, que enfrenta uma série de desafios sociais, econômicos, políticos, com inúmeras desigualdades, sua efetivação torna-se de difícil realização. São diversos os problemas a enfrentar, a começar pela situação de vida dos cidadãos.

O discurso do reconhecimento da saúde como um direito e a apreensão de sua garantia como um dever do Estado ultrapassa uma abordagem limitada e centrada em um discurso acrítico e normativo. Supera a perspectiva de que às políticas públicas reduzem as injustiças sociais. Define de maneira radical que, enquanto direito, a pretensão do dever de cumpri-lo é do Estado, sendo reconhecido que a saúde não pode ser um bem ou serviço factível de troca.

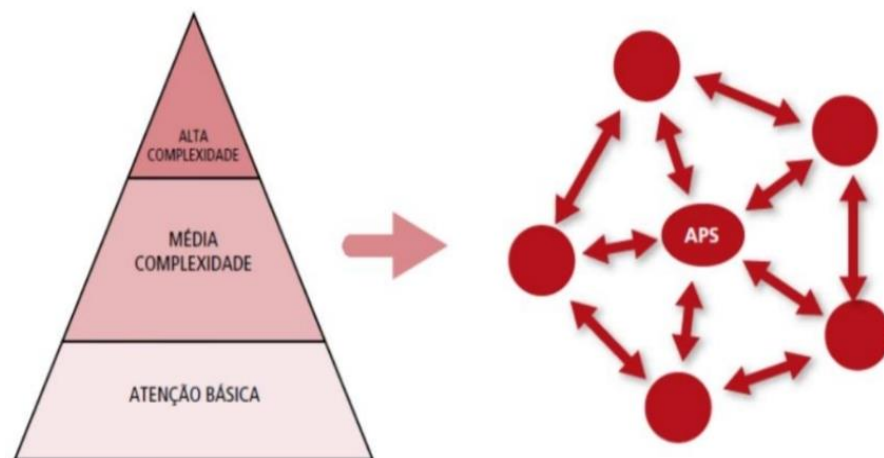
No Brasil, com a necessidade de fortalecer e consolidar uma saúde pública de acesso universal foi instituído o SUS, na busca de atender a essa nova realidade. Houve a necessidade de reorientação do modelo assistencial e a APS ou AB teve um papel

fundamental para modificar o modelo assistencial, tornando-se um referencial para a organização do sistema. Atualmente, o acesso deve ser universal e igualitário e deve ser ordenado pela APS como porta de entrada preferencial na RAS (GIL, 2009; BRASIL, 2011).

O sistema de saúde deve se organizar de forma que permita o acesso em todos os níveis de assistência e em seus três níveis de atenção, onde está representado por uma pirâmide. Na base estão as unidades básicas de saúde, oferecendo assistência integral e grande resolutividade, na parte intermediária estão os ambulatorios atendendo em nível secundário e no ápice desta pirâmide está o nível terciário que abrange os serviços hospitalares de maior complexidade. O objetivo da pirâmide é a possibilidade de orientar um fluxo ordenado, onde as necessidades do indivíduo sejam trabalhadas no nível de complexidade adequada (CECILIO 1997).

Entretanto as relações de complexidades pelos três níveis vistas de outra perspectiva estão totalmente equivocadas por saber que UBS é responsável por resolver a maioria dos problemas da população, sendo usadas tecnologias de alta complexidade, onde a atenção secundária e terciária utilizam tecnologias de maior densidade e não de maior complexidade, e esse conceito mal empregado leva à banalização da UBS por todas as pessoas, tanto os profissionais de saúde quanto a população. A concepção de pirâmide deve ser substituída pela rede poliárquica adotando as relações horizontais para um melhor funcionamento do sistema atual (MENDES, 2011).

Figura 6: Mudança da proposta nos níveis de atenção à saúde.



A proposta de horizontalidade visa a resolatividade da APS, e deve se refletir na diminuição das internações hospitalares. Essas hospitalizações por causas sensíveis à atenção básica são um indicador indireto da efetividade do sistema de saúde, partindo do pressuposto que as internações decorrentes de doenças evitáveis não receberam atenção de saúde devida, levando a um agravamento que exigirá a hospitalização. Devem ser traçados objetivos voltados para utilizar a hospitalizações, somente, quando uma determinada doença não puder ser tratada no nível da APS.

Um estudo realizado por Giovanella (2006) constatou que as potencialidades da APS em sua análise teórica se sobressai sobre as fragilidades uma vez que essa almeja aspectos importantes, destacando os avanços na integração da ESF à rede assistencial, o aumento da oferta desta modalidade de APS, a institucionalização de novas práticas na atenção voltada para a integração assistencial com programas de educação, a implantação de protocolos. Pontua, também, que em alguns territórios onde é claro o compromisso político com a APS, tem-se observado avanços na saúde dos usuários e os resultados alcançados ainda que singelos sejam significativos na resolubilidade, integralidade e equidade.

Em análise sobre o vínculo com a APS, desde o nível de menor densidade tecnológica até o de maior densidade, Sousa et al. (2014) descreve que a principal dificuldade encontrada pelos indivíduos é a integralidade e a continuidade do cuidado. Ainda, salienta que é importante a estruturação da RAS, o fortalecimento da integração entre os profissionais a fim de pactuar os fluxos de assistência à saúde na rede.

Nesse sentido, Nora e Junges (2013), referem que um dos pontos negativos para o cuidado integral é a fragmentação da rede de atenção em saúde. Em decorrência disso, a AB não consegue exercer sua principal função que é ser o centro de comunicação, ou seja, a responsável por coordenar o cuidado.

5.2 NATURALIZAÇÃO DO PAGAMENTO: HORA É PÚBLICA, HORA É PRIVADO

Nesta categoria foi observada naturalização do pagamento de pedágio para o setor privado de saúde, com a justificativa de que na APS há muita demora no atendimento, falta de

profissionais, demora nos exames e ineficiência dos serviços ofertados. Assim, os usuários não usufruem o direito universal à saúde conforme relatos dos usuários subsequentes:

[...] "Quando realizei os exames particulares tive maior agilidade tanto no procedimento, quanto nos resultados e isso agilizou minha continuidade do tratamento no sistema público" [...]. (A11)

[...] "Iniciei o tratamento em clínica particular, por meios próprios (de convênio CAUZZO em Santa Maria-RS). Devido ao alto custo do tratamento recorri ao SUS entrando via judicial. Essa demora, comum ao SUS, quanto a gravidade da doença, procurei pelo atendimento particular por meios próprios na resolubilidade do caso. Seguindo as instruções do médico particular, encaminhada para dar a entrada no SUS, viabilizando dessa forma, a obtenção via judicial" [...]. (A2)

[...] "Resolvi procurar um clínico-geral particular. Quando piorei, ao invés de voltar no posto, preferi consultar um médico particular, esperando que este pudesse me ajudar de uma forma mais eficiente. A demora nas marcações pelo SUS me motivou a ir a um cardiologista particular para acelerar o processo" [...]. (A4)

[...] "Procurei uma clínica particular para realizar exames. Tem a demora e muitas vezes falta de serviço do SUS. Acabei recorrendo ao setor privado (decidi procurar o setor privado quando meus sintomas pioraram, porque não acreditei que seria atendido rapidamente na ESF)" [...]. (A8)

[...] "as consultas demoram muito para serem marcadas no posto, por isso prefiro pagar" [...]. (A13)

A falta de condições e resolutividade nas UBS/ESFs expressa pelos participantes deste estudo demonstra a difícil realidade enfrentada diariamente pelos usuários do SUS, o que por vezes implica na sobrecarga de outros serviços de maior densidade tecnológica. Nas falas a cima, denota-se que os que tinham condições de pagar por serviços privados, relataram a preferência em utilizá-lo, pois para algumas situações agilizava o processo.

Em pesquisa recente foi percebido que a procura por hospitais é bem maior que a procura pela UBS em cidades onde existe acesso hospitalar, onde é referido descrédito ou subvalorização. Neste Contexto os usuários acreditam que no ambiente hospitalar eles estão melhores assistidos quando comparado à unidade básica, o que acarreta uma preocupação por parte dos gestores de saúde, causando uma sobrecarga de trabalho e refletindo na qualidade da assistência prestada. (BARRETO et al.,2012; CECÍLIO, 1997; BATISTELA et al., 2008; KOVACS et al., 2005).

Os dados apresentados servem para confirmar as questões já levantadas com relação à política de saúde. A ênfase das ações do Estado está em programas “focais”. A grande questão do SUS não está sendo enfrentada como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de humanização. Esse fato tem sérias consequências, como, por exemplo, a saúde não conseguir ser um mecanismo de democratização da política de saúde.

Partindo deste pressuposto Souza (2010) evidencia o fato de que não é necessário apenas agendar a consulta, realizar procedimento técnico, perguntar sobre as queixa e orientar, é necessário muito além deste mecanicismo, pois a qualidade do atendimento requer comunicar disponibilidade e interesse, demonstrar compreensão e ajudar a descobrir alternativas para o problema enfrentado pelo usuário.

Nesse sentido, Cecílio (2004, p. 28) aponta que os fatores determinantes da saúde se traduzem em necessidades de saúde, classificando-as em quatro grandes conjuntos:

O primeiro são as boas condições de vida, entendendo-se que o modo como se vive se traduz em diferentes necessidades. O segundo diz respeito ao acesso às grandes tecnologias que melhoram ou prolongam a vida. É importante destacar que nesse caso, o valor do uso de cada tecnologia é determinado pela necessidade de cada pessoa, em cada momento. O terceiro bloco refere-se à criação de vínculos efetivos entre usuários e o profissional ou equipe dos sistemas de saúde. Vínculos deve ser entendido, nesse contexto, como uma relação contínua, pessoal e calorosa. Por fim, necessidades de saúde estão ligadas também aos graus de crescente autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, o que vai além da informação e da educação.

A complexidade do SUS, as dificuldades locorregionais, a fragmentação das políticas e programas de saúde, a qualificação da gestão e do controle social, a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde têm se constituído em desafios permanentes na consolidação do Sistema Único de Saúde.

A partir do exposto, postula-se que não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural. Pode-se dizer que o SUS enfrenta uma problematização dicotômica entre o que está escrito e o que é realizado.

Como apresenta a Declaração de Astana (2018), colocar a saúde pública e a APS no centro da cobertura universal de saúde é o que deve melhorar a capacidade e a infraestrutura

das funções de saúde pública e desenvolver uma atenção primária de qualidade que seja contínua, integral, coordenada, orientada para a comunidade e centrada nas pessoas.

Deve-se priorizar adequadamente a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Garantir uma força de trabalho em saúde pública e atenção primária adequada (incluindo enfermeiras de APS, médicos de família e comunidade, outros profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde), trabalhando em equipes com competências para atender às necessidades de saúde modernas.

Promover práticas de gestão que garantam o trabalho digno, inclusive com remuneração adequada, oportunidades significativas de desenvolvimento profissional e crescimento na carreira. Garantir a disponibilidade de medicamentos, produtos e tecnologias apropriados. Alocar recursos suficientes para pesquisa, avaliação e gestão do conhecimento, promovendo a ampliação de estratégias efetivas para a ação multissetorial, a saúde pública e a APS.

A “descrença do povo brasileiro num sistema de saúde para todos”, leva muitas pessoas a procurarem por serviços, planos ou seguradoras de saúde privados, pagando, por conseguinte, abusivos valores, especialmente para a população de faixa etária mais avançada que, em função do aumento da expectativa de vida e dos agravos da longevidade, é a que mais necessita.

Esse fato sustenta-se na perspectiva de que um dos temas com maiores demandas recebido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) consiste no aumento da mensalidade de operadoras e planos de saúde (BRASIL, 2007a). Na pesquisa fica evidente que os que tinham condições de pagar por serviços privados (através de desembolso direto ou plano de saúde), relataram a preferência em utilizá-lo para algumas situações, e aqueles que não tinham condições, aguardavam.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo buscou conhecer a percepção dos usuários com alterações vasculares de um Hospital Universitário do interior do estado, sobre o seu itinerário terapêutico, com vistas a contribuir para o fortalecimento da Rede de Saúde da 4º CRS, RS. Primeiramente, fez-se necessário conhecer e ver de que forma está estruturada, de como o usuário “caminha nela”, *que hora é pública, hora é privado*. Fica evidente nas falas dos

participantes desta pesquisa a falta de vínculo com a APS, e a busca pelo plano privado para facilitar o seu itinerário.

É necessário que os trabalhadores estabeleçam vínculo com os usuários, no sentido de acompanhar seu percurso na rede, e se responsabilizarem pela continuidade da assistência, procurando facilitar esse “caminhar na rede”, atendendo às suas demandas. Para que isso aconteça é essencial organizar os processos de trabalho, isto é, o modo como cada profissional atua, para que as diretrizes do SUS se tornem rotina nas práticas, possibilitando um olhar reflexivo sobre os direitos a população, políticas de saúde, e das reais condições de saúde oferecidas pelo SUS.

Desta forma, ao aprofundar o conhecimento sobre a percepção dos usuários sobre os serviços de saúde, torna-se relevante reconhecer a complexidade que estes encontram. Dentre elas, facilidades e dificuldades do sistema no qual, são o principal personagem. Esse sistema é responsável por promover a comunicação e interação entre os diversos níveis de complexidade da rede.

Este estudo possibilitou conhecer as percepções dos usuários com alteração vascular sobre o sistema único de saúde vigente, seus medos, angústias, e desafios que enfrentam diariamente desde que se inicia o tratamento de saúde. Especificamente as experiências e narrativas destes usuários sobre as dificuldades no processo de consolidação dos seus direitos constitucionais que se devem a questões de diversas naturezas (políticas, econômicas, sociais, culturais e psicossociais).

O estudo apresenta as limitações de um estudo qualitativo, contextualizado no local e tempo no qual se desenvolveu a pesquisa. A pretensão não é generalizar os resultados, mas aprofundar a análise sobre o tema estudado a partir das vivências dos próprios entrevistados. Assim, apontam-se as possíveis contribuições dos resultados da presente pesquisa no ensino, na pesquisa e na extensão.

Os resultados desse estudo sugerem a necessidade de novas pesquisas sobre a temática em questão, com vistas a conhecer as dificuldades enfrentadas pelo usuário do SUS na busca de seus direitos e na ampliação da cidadania. É preciso consolidar reflexões na área de saúde pública, criando novas ideias e diálogos entre os profissionais de saúde, tendo em meta o usuário.

Portanto, faz-se necessário reorganizar a estrutura dos serviços de saúde e propiciar articulações entre os serviços especializados de atendimento às pessoas com alteração

vascular, a fim de contribuir para o cuidar em saúde pautado na promoção e no direcionamento de uma assistência integral. Também, o fortalecimento da APS para atender e possibilitar a continuidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, R. E; ALVES, E. F. **Análise da produção bibliográfica sobre qualidade de vida de portadores de feridas crônicas**. Rev. Saúde Pesquisa, v. 4, n. 2, p. 147-52, 2011.
- ALVES PC, Souza IM. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MC, Alves PCB, Souza IMA, organizadores. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 125-38.
- ARAÚJO, M.F.M. et al. **Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais**. Esc Anna Nery Revista Enfermagem, vol.14, n.2, p.361-7, 2010.
- AZEVEDO, Ana Lucia Martins; COSTA, André Monteiro. **Acesso à Atenção à Saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada**. Revista Interface Comunicação, Saúde e Educação. v.11, n.25. Abril 2007.
- BANCO MUNDIAL (BM, 2017). **Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>> Acesso em: 10 ago. 2019.
- BARRETO, Jorge Otávio Maia; NERY, Inez Sampaio; COSTA, Maria do Socorro Candeira. **Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 515-526, mar. 2012.
- BOEHS, A. E. et al. **A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura**. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 307-14, abr-jun 2007.
- BUDÓ, M. L. D. et al. **Caracterização sociodemográfica e de saúde de pessoas com úlceras venosas em atendimento ambulatorial**. Rev enferm UFPE on line. Recife, v. 7, n. 3, p. 731-7, mar., 2013. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=33293&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 mai. 2019.
- BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 018055.
- _____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.
- _____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: política nacional de humanização**. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 3. ed.– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação em Saúde Saúde Brasil 2007 **Uma análise da situação de saúde**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2007>.pdf. Acesso em: 20 mai. 2019.

_____. **Portaria Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>. Acesso em: 25 jun. 2019.

_____. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010a**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2019.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=2337&Itemid=777>. Acesso em: 27 mar. de 2019.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS. **Sistema Único de Saúde: Coleção para Entender a Gestão do SUS**. Brasília, 2011c.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. **Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html>. Acesso em: 10 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. **Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html>. Acesso em: 10 mar. 2019.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União, nº 12, 13 jun 2013, p. 59. Seção 2.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 510/2016/ CNS/MS. Brasília. DOU nº 98, Sec 1. 44-46, 2016.

_____. Norma Operacional nº 001/2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 483, de 1º de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, 2014b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

_____. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. **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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 16 jun. 2019.

BRITO-SILVA, K; BEZERRA, AFB; TANAKA, OY. **Direito à saúde e integralidade. Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.16, n.40, p.249-59, jan./mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100019. Acesso em: 18 jun. 2019.

CABRAL, A. L. L. V. et al. **Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, nov. 2011. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 mai. 2019.

CECÍLIO, LCO; MERHY, EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 197-210.

COSTA, I. K. F. et al. Pessoas com úlceras venosas: estudo do modo psicossocial do Modelo Adaptativo de Roy. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 561-8, 2011.

CRESWELL, John. **Projeto de Pesquisa, Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

DATASUS-**Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>> Acesso em: 14 jul.2019.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. Acesso em 27 de outubro de 2014. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

FRANCO, T. B.; JÚNIOR, H.M.M. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. Acesso em 28 de outubro de 2014. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947118612INTEGRALIDADE%20NA%20ANALISE%20DE%20DADOS%20DE%20SAUDE%20-%20T%20FALIO.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Avaliação de quarta geração**/Egon G. Guba, Yvonna S. Lincoln/tradução Beth Honorato. – Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

HUSM. **Hospital Universitário de Santa Maria**. Apresentação. Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br/index.php?secao=apresentacao>>. Acesso em: 21 jun. 2019.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-. **Censo Demográfico**, micro dados da amostra 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home>>. Acesso em: 28 jun. 2019.

KORELO, R. I. G. et al. Aplicação da microcorrente como recurso para tratamento de úlceras venosas: um estudo piloto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, [08

telas], 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt_16.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019.

KLEINMAN, A. **Patients and Healers in the context of culture**. Berkeley: University Californm Press, 1980.

LAVRAS, C. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

MACHADO, L.M.; COLOMÉ, J.S.; BECK, C.L.C. **Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contra referência: um desafio a ser enfrentado**. R. Enferm. UFSM 2011, Jan/Abr:1(1):31-40.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. da. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, vol.22, n1, p.151-164, jan/mar, 2013.

MALTA DC, SILVA JB. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol Serv Saude**. 2013 jan-mar; 22(1): 151-64.

MATTOSINHO, M.M.S.; Silva DMGV. **Itinerário terapêutico do adolescente com Diabetes Mellitus tipo 1 e seus familiares**. Rev Latino-am Enfermagem 2007; 15(6):1113-1119.

MATTOSINHO, M. M. S.; SILVA, D. M. G. V. **Therapeutic itinerary of the family and adolescent with type I mellitus diabetes**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1113-1119, 2014.

MATUMOTO, S. et al. **A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção**. Revista Latino-am Enfermagem. V. 19, n. 1, 2014.

MELO, L. P. et al. **Representações e práticas de cuidado com a ferida crônica de membro inferior: uma perspectiva antropológica**. Cogitare Enfermagem. Curitiba, v. 16, n. 2, p. 303-10, 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília - DF: Organização PanAmericana da Saúde, 2011.

MENDES, L. V. et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde em Debate, Avaliação da Atenção Básica à Saúde no Brasil**. 2014. v. 38, p. 109–123.

MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (Orgs.); **Agir em Saúde: um desafio para o público**; São Paulo, Hucitec, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. p.303-60.

NORA, C.R.D.; JUNGES, J.R.. **Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática**. Rev Saúde Públ. vol.47, n.6, p.1186-200, 2013.

OLIVEIRA, C. **Importância das guias de referência e contra referência para usuários e sistema de saúde**. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/importancia-das-guias-de-referencia-e-contra-referencia-para-usuarios-e-sistema-de-saude/34116/>>. Acesso em: 28 mar. 2019.

OPAS/OMS; MS. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil**. Brasília - DF: 2005.

_____. **Declaração de Astana sobre Atenção Primária à Saúde: de Alma-Ata rumo à cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (2018)**.

Disponível em: <
http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/declaracao_de_astana_espanhol_0ut_2018.pdf. Acesso em: 11 ago. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Publicações da OMS**. Disponível em: <http://www.who.int/portuguese/publications/pt/>. Acesso em 15 jun. de 2018.

REDE HUMANIZASUS. **Sistema de referência e contra referência**. 2014. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/glossary/term/132>>. Acesso em: 27 mai. 2019.

ROCHA-BRISCHILIARI, S. C. et al. **Doenças Crônicas não Transmissíveis e Associação com Fatores de Risco**. Revista Brasileira Cardiologia, vol.27, n.1, p.35-42, jan/fev, 2014.

SCHMIDT, MI. Duncan BB, Stevens. A, Luft V, Iser BPM. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco**. In: Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde. Brasília, DF; 2010. p.111-36.

SILVA, D. M. G. V.; SOUZA, S. S.; MEIRELES, B. S. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 50-56, 2014.

SILVA, L.M.V.; Formigli VLA, Cerqueira MP, Kruchevsky L, Teixeira MMA, Barbosa ASM, Conceição PSA, Khouri MA, Nascimento CL. **O processo de distritalização e a utilização de serviços de Saúde** –Avaliação do caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saude Publica 1995; 11(1):72-84.

SILVA, S. F. DA. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)**. Ciênc. Saúde Coletiva, 2011. p. 2753–2762.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Cuide bem dos seus pés e não pise na bola!** [Internet]. São Paulo; 2011. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/colunistas-da-sbd/educacao/1637-cuide-bem-dos-seus-pes-e-nao-pise-na-bola>>. Acesso em: 28 jan. 2019.

SMS/SM. Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Disponível em: <<http://200.18.45.28/sites/residencia/images/Disciplinas/PLANO%202013%20PRONTO.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2019.

SOUSA, F.O.S. et al. **Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais**. Ciência & Saúde Coletiva, vol.19, n.4, p.1283-1293, 2014.

TURATO, ER. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva: OMS; 2005.

WHO. **World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2014**. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 27 jan. 2019.

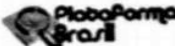
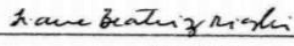
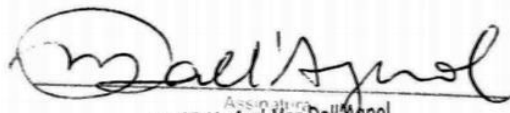
WHO. **Health Financing and access to effective interventions**. World Health Report (2010) Background Paper, No 8, v. 8, 2010.
VAN, Hoorde; STEYERBERG, Calster; CHUNKY, Murillo; MEURS, Jordan. **Manchester sistema de triagem no atendimento de emergência pediátrica: prospectivo estudo observacional**. Cad. de Informação BMJ 2008.

VIDAL, Marcelo Furtado. **A interpretação e o (im)previsível: estudo sobre a imprevisibilidade das decisões judiciais na perspectiva da hermenêutica filosófica e do círculo hermenêutico**. Dissertação (Mestrado em Direito). Faculdade de Direito. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2003.

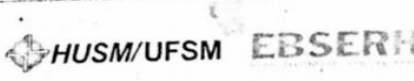

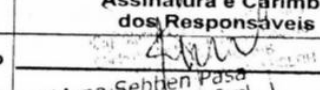
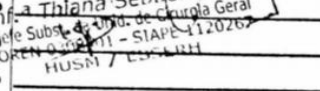

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. **A. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

YIN, R.K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**/Robert K. Yin; tradução: Daniel Bueno; revisão técnica: Dirceu da Silva. – Porto Alegre: Penso, 2016.

ANEXOS
ANEXO I

 MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1 Projeto de Pesquisa GESTÃO DO CUIDADO EM REDE DE SAÚDE - TERÁR O TERAPÊUTICO DE USUÁRIOS COM ALTERAÇÃO VASCULAR DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS			
2 Número de Participantes da Pesquisa: 25			
3 Área Temática			
4 Área do Conhecimento Grande Área 4 - Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5 Nome: Luane Beatriz Righi			
6 CPF: 390.019.470-87	7 Endereço (Rua, n.º): Rua Rio Grande do Sul, 825 Assis Brasil - JUIZ DE FOLOS - RIO GRANDE DO SUL 98700000		
8 Nacionalidade: BRASILEIRO	9 Telefone: (55) 3332.7726	10 Outro Telefone:	11 Email: ianerighi@gmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>23 / 10 / 17</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12 Nome: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró Reitoria de Pós Graduação e Pesquisa	13 CNPJ: 95.591.764/0001-05	14 Unidade/Órgão:	
15 Telefone: (55) 3220.9362	16 Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>MARINEL MOR DALL'AGNOL</u>	CPF: <u>418.36660-04</u>		
Cargo/Função: <u>CHEFE DO DEPARTAMENTO SAÚDE COLETIVA</u>			
Data: <u>23 / 10 / 17</u>		 Assinatura Prof.ª Marinel Mor Dall'Agnol Chefe do Dep. de Saúde Coletiva SIAPE 1165169 CCS/UFSM	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica			

ANEXO II

	Universidade Federal de Santa Maria Hospital Universitário de Santa Maria Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares	
REGISTRO DE PROJETOS		
Nº Inscrição GEP: <u>072/2017</u>		Data: <u>21/06/2017</u>
Pesquisador(a): <u>Liane B. Richi</u>		Função: <u>Empenista Dep. Medicina</u>
SIAPE: <u>265.8344</u> E-mail: <u>lianerichib@gmail.com</u>	Telefone: <u>991686800</u> Título: <u>Gestão de Unidades em Rede de Saúde: Integração Tecnológica de Unidades com diferentes níveis de complexidade da SM-RS.</u>	Unidade/Curso: <u>CCS</u>
TIPO DE PROJETO: <input checked="" type="checkbox"/> Pesquisa () Extensão () Ensino () Institucional FINALIDADE: () TCC () Especialização <input checked="" type="checkbox"/> Mestrado () Doutorado () Pós-Doutorado () Iniciação Científica () Mestrado Profissional () Outros Qual programa? <u>Mestrado Profissional</u>		
TIPO DE PESQUISA: () Inovações Tecnológicas em Saúde () Ciências Sociais e Humanas Aplicadas à Saúde () Epidemiológico () Clínica Epidemiológica Observacional () Infraestrutura () Avaliação de Tecnologia em Saúde () Biomédica (Strito Sensu) () Pré-Clinica <input checked="" type="checkbox"/> Qualitativa <input checked="" type="checkbox"/> Sistema de Saúde Planejamento e Gestão de Políticas; Programa e Serviços da Saúde () Outras Ações de C & T - Ensaio Clínico: () Fase I () Fase II () Fase III () Fase IV - Multicêntrico: () Não () Sim, qual? _____ - Período Execução: Ano (Início): <u>2017</u> , Ano (Término): <u>2017</u>		
FONTE(S) DE FINANCIAMENTO: () Edital Interno do HUSM () Edital Interno UFSM, qual(is)? _____ () Indústria Farmacêutica () Agência Pública de Fomento Nacional (Capes, Cnpq, Fapergs, etc) () Agência de Fomento Internacional <input checked="" type="checkbox"/> Outro(s), qual(is)? _____ <u>pesquisador</u>		
GRUPO DE PESQUISA: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim, qual? _____ OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto.		
<u>Liane B. Richi</u> Pesquisador(a) responsável		
AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO INSTITUCIONAL		
1 SETORIAL:		
Setores Envolvidos	Concorda com o Projeto	Assinatura e Carimbo dos Responsáveis
<u>Imunidade Socorro</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	
<u>Clínica Cirúrgica</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	
	<input type="checkbox"/> Sim () Não	
	<input type="checkbox"/> Sim () Não	
	<input type="checkbox"/> Sim () Não	
	<input type="checkbox"/> Sim () Não	
	<input type="checkbox"/> Sim () Não	
2 COMISSÃO CIENTÍFICA GEP/HUSM: <u>Apovado</u> Data: <u>12/09/17</u>		
3 GEP/HUSM ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP):  Data: <u>12/09/17</u>		
ATENÇÃO: A pesquisa só poderá ser iniciada após a aprovação do CEP/UFSM e entrega do parecer conclusivo do GEP/HUSM.		
Chefe do Setor de Gestão de Projetos GEP/HUSM - EBSERH - SIAPE 0336935		

ANEXO III



Prefeitura Municipal de Santa Maria
Secretaria de Município da Saúde
Núcleo de Educação Permanente
 e-mail: nepessantamaria@gmail.com – Fone (55) 3921-7201

AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio de este informar que o projeto do Mestrado profissional em Ciências da Saúde “Gestão do cuidado em rede de saúde: itinerário terapêutico de usuários com alteração vascular do município de Santa Maria ” de autoria da pesquisadora **Francine Ziegler Leal** e orientadora **Liane Batriz Righi**, poderá ser desenvolvido junto ao Serviço de Saúde de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição. O projeto de pesquisa tem por objetivo geral analisar o itinerário terapêutico de usuários com alterações com alterações vasculares de um hospital universitário do interior do estado, com vistas a contribuir para o fortalecimento da rede de saúde de Santa Maria, RS.



Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 05 de setembro de 2017.

Prefeitura Municipal de Santa Maria
Secretaria de Município da Saúde
Núcleo de Educação Permanente em Saúde
 Fone: 3921-7201
 Fábjo Mello da Rosa
 Núcleo de Educação Permanente da Saúde
 Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

ANEXO IV

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: GESTÃO DO CUIDADO EM REDE DE SAÚDE: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE USUÁRIOS COM ALTERAÇÃO VASCULAR DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA, RS		
Pesquisador: Liane Beatriz Righi		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 79600317.4.0000.5346		
Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 2.382.156		
Apresentação do Projeto:		
<p>Projeto de Pesquisa vinculado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde CCS/UFSM. Apresenta como objeto de estudo o itinerário terapêutico de usuários com alterações vasculares. Trata-se de um estudo qualitativo a ser realizado em quatro etapas. A primeira fase corresponde à uma análise documental do Plano Anual de Saúde do município e realizar mapeamento dos principais pontos da rede sobre os fluxos assistenciais. Na segunda fase será realizada entrevistas com usuários internados no Pronto Socorro e Clínica Cirúrgica que tenham diagnóstico de alteração vascular, sobre sua percepção de seus itinerários terapêuticos e rede de atenção à saúde, para constituição de novo mapa. A terceira fase compreende entrevistas com equipes de atenção básica sobre funcionamento da rede. Por fim, na quarta fase será constituída por grupo focal com equipes de referência na atenção básica para discussão dos resultados, produzindo novos conhecimentos. Aproximadamente 25 pessoas, entre usuários e trabalhadores, participarão do estudo.</p>		
Objetivo da Pesquisa:		
<p>Objetivo primário: analisar o itinerário terapêutico de usuários com alterações vasculares de um Hospital Universitário do interior do estado, com vistas a contribuir para o fortalecimento da Rede de saúde de Santa Maria, RS.</p>		
<p>Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar Bairro: Camobi CEP: 97.105-970 UF: RS Município: SANTA MARIA Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com</p>		



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer 2.382.156

Objetivos secundários: - Conhecer de que forma está estruturada a Rede de atenção à saúde para usuários com alteração vascular do município de Santa Maria; -Conhecer a percepção de usuários com alteração vascular, sobre o seu itinerário terapêutico; - Identificar a percepção dos trabalhadores de saúde sobre o itinerário terapêutico de usuários com alteração vascular.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: poderá ocorrer desconforto emocional ao responder algumas questões. Nesse caso o participante poderá desistir/interromper a coleta a qualquer momento e sem qualquer prejuízo.

Benefícios: indiretos, com a produção de novos conhecimentos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta adequadamente os documentos obrigatórios.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodocomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

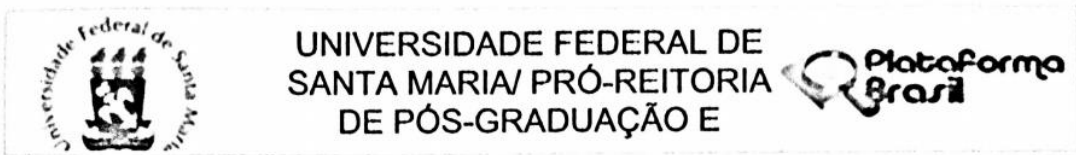
Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMações BÁSICAS DO PROJETO_10/17/2017.pdf	06/11/2017 10:41:45		Acerto

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

Continuação do Parecer: 2.382.156

Outros	comprovante_GEP.pdf	06/11/2017 10:40:53	Liane Beatriz Righi	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	06/11/2017 10:39:55	Liane Beatriz Righi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/11/2017 10:37:45	Liane Beatriz Righi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	arquivo_projeto.pdf	24/10/2017 13:20:03	Liane Beatriz Righi	Aceito
Outros	comprovante_NEPeS.pdf	24/10/2017 13:19:16	Liane Beatriz Righi	Aceito
Outros	comprovante_GAP.pdf	24/10/2017 13:17:45	Liane Beatriz Righi	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	24/10/2017 13:15:08	Liane Beatriz Righi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 14 de Novembro de 2017

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICES

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Projeto: Gestão do Cuidado em Rede de Saúde: Itinerário Terapêutico de Usuários com Alteração Vascular do Município de Santa Maria, RS.

Pesquisador responsável: Enf^o Prof^a Dr^a Liane Beatriz Righi

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Saúde da Comunidade. Telefone: (55) 3220-8356

Endereço Postal: Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Avenida Roraima, nº1000, prédio 26, sala 1241, CEP 97105-900, Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Eu, LIANE BEATRIZ RIGHI, responsável pela pesquisa *Gestão do Cuidado em Rede de Saúde: Itinerário Terapêutico de Usuários com Alteração Vascular do Município de Santa Maria, RS*, convido você a participar como voluntário do estudo. Não se apresse em tomar a decisão, leia cuidadosamente o que segue e em caso de dúvidas, pergunte ao pesquisador. Depois de esclarecido (a) sobre as informações a seguir, confirme e assine ao final deste documento que aceita fazer parte da pesquisa. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma.

Esta pesquisa objetiva "analisar o itinerário terapêutico de usuários com alterações vasculares de um Hospital Universitário do interior do estado, com vistas a contribuir para o fortalecimento da Rede de saúde de Santa Maria, RS". Desse modo, este trabalho tem o propósito de conhecer de que forma está estruturada a Rede de Atenção à Saúde para usuários com alteração vascular do município de Santa Maria; conhecer a percepção de usuários com alteração vascular, sobre o seu itinerário terapêutico; e identificar a percepção dos trabalhadores de saúde sobre itinerário terapêutico de usuários com alteração vascular.

A coleta dos dados será realizada por meio de Grupo Focal (GF) e Entrevista Semiestruturada (ESE) e os dados serão analisados em cinco fases, sendo a primeira, a compilação de dados e classificação dos mesmos, para compor uma base de dados formal, exigindo uma organização cuidadosa e metódica dos dados originais. Tanto para as entrevistas quanto para o GF, será solicitado aos participantes que seja utilizado a gravação em áudio.

A sua participação na pesquisa não representará a princípio, riscos potenciais ou reais à sua dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, em qualquer fase. No entanto, poderá causar algum desconforto, devido ao recordatório de situações pesadas. Caso isso aconteça, a qualquer instante, você poderá interromper a sua participação na mesma. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Esta pesquisa pode não apresentar benefícios diretos a você, mas a partir dos resultados obtidos será possível avaliar a continuidade do atendimento dos usuários do SUS, contribuindo para a integralidade da assistência.

Ao concordar em participar da pesquisa, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo, garantindo a privacidade das informações fornecidas. Você não será identificado (a) em nenhum momento, mesmo quando os resultados da pesquisa forem divulgados em eventos ou publicações.

Autorização do voluntário:

() Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue. Estou ciente dos propósitos, procedimentos a serem realizados, garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Data: ____/____/____

Nome e Assinatura do voluntário: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação no estudo.

Liane Beatriz Righi

Pesquisador responsável

Francisco Leal

Pesquisador orientando

Caso de dúvida sobre a ética da pesquisa contate: Comitê de Ética e Pesquisa/UFMS. Cidade Universitária, Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000, CEP: 97.105.900, Santa Maria - RS, 2º andar do prédio da Reitoria. Contatos: (55)3220-9362 e Email: cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICE II - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: GESTÃO DO CUIDADO EM REDE DE SAÚDE: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE USUÁRIOS COM ALTERAÇÃO VASCULAR DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA, RS.

Pesquisador responsável: En^ª Prof^ª Dr^ª Liane Beatriz Righi

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Saúde da Comunidade. Telefone: (55) 3220-8356

O(s) pesquisador(es) do projeto acima identificado(s) assume(m) o compromisso de:

- I. Preservar o sigilo e a privacidade dos sujeitos cujos dados (informações e/ou materiais biológicos) serão estudados;
- II. Assegurar que as informações e/ou materiais biológicos serão utilizados, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

As informações somente serão divulgadas de forma anônima e serão mantidas na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Avenida Roraima, n° 1000, prédio 26, sala 1241, CEP 97105-900, Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Liane Beatriz Righi, pesquisadora responsável. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM em/...../....., e recebeu o número Caae

Santa Maria, ____ de _____ de 2017.

Liane Beatriz Righi

Assinatura do pesquisador responsável

Caso de dúvida sobre a ética da pesquisa contate: Comitê de Ética e Pesquisa/UFSM. Cidade Universitária, Bairro Camobi, Av. Roraima, n°1000, CEP: 97.105.900, Santa Maria – RS, 2° andar do prédio da Reitoria. Contatos: (55)3220-9362 e Email: cep.ufsm@gmail.com