



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JOSÉ FRANCIÉDSON DANTAS

**PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA VISITA
DOMICILIAR ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

CUITÉ - PB

2018

JOSÉ FRANCIÉDSON DANTAS

**PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA VISITA
DOMICILIAR ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Anne Jaquelyne Roque Barrêto

CUITÉ - PB

2018

D192p

Dantas, José Franciédson.

Processo de trabalho do agente comunitário de saúde na visita domiciliar às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis / José Franciédson Dantas. – Cuité, 2018.

40 f.

Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, 2018.

"Orientação: Profa. Dra. Anne Jaquelyne Roque Barrêto".

Referências.

1. Enfermagem. 2. Agente Comunitário de Saúde – Visita Domiciliar. 3. Doenças Crônicas. 4. Doenças não Transmissíveis I. Barrêto, Anne Jaquelyne Roque. II. Título.

CDU 616-083(043)

JOSÉ FRANCIEDSON DANTAS

**PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA VISITA
DOMICILIAR ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

BANCA EXAMINADORA:



Profª. Dra. Anne Jaquelyne Roque Barrêto
Orientadora UFCG/CES



Profª. Ms. Francilene Figueirêdo da Silva Pascoa
Membro examinador UFCG/CES



Profª. Ms. Heloisy Alves de Medeiros Leano
Membro examinador UFCG/CES

Aprovado em: 04 de Dezembro de 2018.

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis pelas principais causas de mortes. As equipes de saúde lidam com diversas dificuldades no enfrentamento as DCNT. O ACS é considerado o “elo” entre o indivíduo e a unidade básica de saúde (UBS), e deve estar atento para identificar situações de risco, identificar com a equipe de saúde quais são as doenças crônicas mais frequentes no indivíduo, além de realizar orientações. **Objetivo:** descrever o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na visita domiciliar às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e identificar as potencialidades do processo de trabalho que favorecem o cuidado as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **Método:** trata-se de estudo exploratório de abordagem qualitativa, a coleta de dados foi realizada com os Agentes Comunitários de Saúde no município de Picuí-Paraíba. Para coleta de dados utilizou-se a técnica de entrevista semi-estruturada, a análise das gravações foi realizada por meio da análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** através da análise pode-se identificar duas categorias, processo de trabalho dos ACS relacionado às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e potencialidades da visita domiciliar realizada. **Conclusão:** o trabalho exercido pelo agente comunitário de saúde contribui significativamente para assistência as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis sendo desenvolvido atividades de prevenção, detecção precoce por meio do rastreamento, e prevenção de agravos.

Palavras-chave: Enfermagem. Agentes Comunitários de Saúde. Doenças Crônicas. Doenças não transmissíveis. Visita Domiciliar. Atenção primária.

ABSTRACT

The chronic diseases no transmissible (DCNT) they are responsible for the main causes of deaths. The teams of health work with several difficulties in the coping DCNT. ACS is considered the "link" between the individual and the basic unit of health (UBS), and it should be attentive to identify risk situations, to identify with the team of health which you/they are the more frequent chronic diseases in the individual, besides accomplishing orientations. **Objective:** to describe the process of work of the Community Agent of Health (ACS) in the home visit to the people with Chronic Diseases No Transmissible and to identify the potentialities of the work process that favor the care the people with Chronic Diseases No Transmissible. **Method:** it is exploratory study of qualitative approach, the collection of data was accomplished with the Community Agents of Health in the municipal district of Picuí-Paraíba. For collection of data the technique of semi-structured interview, the analysis of the recordings was used was accomplished through the analysis of content of Bardin. **Results:** through the analysis it can identify two categories, process of work of ACS related to the people with Chronic Diseases No Transmissible and potentialities of the accomplished home visit. **Conclusion:** the work exercised by the community agent of health contributes

significantly for attendance the people with Chronic Diseases No Transmissible being developed prevention activities, precocious detection through the tracking, and prevention of offences.

Keywords: Nursing. Community agents of Health. Chronic diseases. Diseases no transmissible. Home visits. Primary attention.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 METODOLOGIA	8
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES	10
4 CONCLUSÕES	20
5 REFERÊNCIAS.....	21
APÊNDICES	25
ANEXOS.....	31

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis pelas principais causas de morte, principalmente em pessoas de baixa renda (MALTA; NETO; JUNIOR, 2011). No ano de 2008 das 57 milhões de mortes registradas no mundo, 63% foram provenientes de DCNT. No Brasil DCNT corresponderam cerca de 74% dos óbitos em 2012 (MALTA; NETO; JUNIOR, 2011; MALTA et al, 2016).

Entre as DCNT, as mais frequentes são: as doenças do aparelho circulatório; neoplasias; diabetes e doenças respiratórias crônicas (MALTA; NETO; JUNIOR, 2011).

No Brasil, em 2015, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 27,7% dos óbitos no país, as neoplasias somaram 16,6%, seguidos pelas doenças respiratórias com 11,8% e por último o diabetes com aproximadamente 1% (BRASIL, 2017).

Os principais fatores de risco para as DCNT são os comportamentais, como: alimentação hipercalórica, sedentarismo, aumento nos níveis de estresse, tabagismo e uso abusivo de bebidas alcoólicas (SOTO et al, 2015). A prática de atividade física pela população adulta é baixa em torno de 15%, aproximadamente 34% consomem alimentos ricos em gordura e 28% consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana, isso contribui para o aumento das doenças crônicas no Brasil e no mundo (BRASIL, 2011).

O aumento na incidência das DCNT promove um grau de limitação na população e quanto maior for a quantidade de comorbidades crônicas, maior será a redução da qualidade de vida da pessoa (OLIVEIRA; FAORO; CUBAS, 2017). Além disso, há o impacto econômico pois, os gastos familiares com as doenças crônicas reduzem a disponibilidade de recursos que poderiam ser gastos para suprir suas necessidades básicas, contribuindo para o aumento da pobreza (SARAIVA et al, 2015).

O Sistema Único de Saúde (SUS), em 2010, gastou 3,6 bilhões com doenças crônicas, 2,4 bilhões de reais (68% do total de gastos) com internações hospitalares e 1,2 bilhões (32%) referentes ao tratamento ambulatorial (SOTO et al, 2015).

Neste cenário de altos gastos relacionados as complicações das DCNT, entre 2011 e 2012 através do Ministério da Saúde (MS) foi desenvolvido o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT, onde seguia três eixos básicos: vigilância informação avaliação e tratamento das doenças crônicas; promoção da saúde e cuidado integral a essas doenças (MALTA et al, 2013).

No Brasil, os serviços de atenção básica têm a finalidade de conhecer as condições de vida da população, assim como os fatores que determinam o processo de adoecer e morrer, além de promover ações para prevenção de agravos, promoção da saúde e reabilitação, auxiliando no cuidado perante as DCNT e estabelecendo o vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde, através da escuta e da participação do usuário no planejamento e nas ações realizadas (SANTOS et al, 2014; SILOCCHI; JUNGES, 2017).

As equipes de saúde lidam com diversas dificuldades no enfrentamento as DCNT como: a não adesão das pessoas ao tratamento; em abordar e implementar novas metodologias efetivas para o enfrentamento dessas doenças; de garantir a continuidade do cuidado nos demais níveis de atenção e principalmente em estabelecer um vínculo entre o agente comunitário de saúde (ACS) e o indivíduo/comunidade (SILOCCHI; JUNGES, 2017).

O ACS é considerado o “elo” entre o indivíduo e a Unidade Básica de Saúde (UBS), ele está presente rotineiramente no lar dessas pessoas através da visita domiciliar e deve estar atento para identificar situações de risco, identificar com a equipe de saúde quais são as doenças crônicas mais frequentes no indivíduo, além de realizar orientações sobre alimentação, benefícios da prática de exercícios físicos, abandono ou redução de drogas que malefician a saúde do ser humano, orientações sobre o agendamento e rotina de consulta na UBS, busca ativa de usuários faltosos diagnosticados com alguma doença crônica à promoção da qualidade de vida e bem-estar dos sujeitos (LEITE et al, 2015; MAGALHÃES, 2015).

Perante essas atribuições designadas ao ACS pode-se destacar algumas dificuldades para realizá-las, como por exemplo: alta sobrecarga de trabalho; mudança de endereço sem aviso prévio; repasse de endereços errados; recusa da família em receber o ACS em seu domicílio; áreas com altos índices de violência e de difícil acesso; problemas atrelados à relação família e profissional de saúde (KEBIAN; ACIOLI, 2014).

A elaboração dessa pesquisa se justificou diante da importância e contribuição que o ACS tem em acompanhar e intervir no processo saúde/doença para com a pessoa acometida por DCNT através da visita domiciliar, pois na visita ele pode acompanhar o indivíduo em seu domicílio e atuar principalmente na prevenção de agravos através de simples orientações.

Este estudo foi norteado pela seguinte questão: Como ocorre o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde na visita domiciliar às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis?

OBJETIVOS:

- Descrever o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde na visita domiciliar às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

-Identificar as potencialidades do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde que favorecem o cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório de abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, visando formular problemas de maior relevância ou hipóteses pesquisáveis para posteriores estudos. Exige menos rigor em seu planejamento. Geralmente esse tipo de pesquisa é realizado através de um levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso. O principal objetivo é proporcionar uma visão geral, do tipo aproximativa, acerca de determinado fato (GIL, 2008).

A pesquisa qualitativa não busca uma representatividade numérica, mas sim, a análise e aprofundamento da compreensão da história de um grupo social, de uma organização. Fornece uma análise mais detalhada sobre investigações, hábitos, atitudes e tendências de comportamento (MINAYO, 2010; LAKATOS, 2009). Os pesquisadores podem determinar qual método e teoria irá ser utilizado, porém ele deve ser coerente, imparcial, objetivo, e original não podem fazer julgamentos nem permitir que seus preconceitos e crenças influenciem a pesquisa (LAKATOS, 2009).

A coleta de dados foi realizada no município de Picuí, cidade localizada no estado da Paraíba na mesorregião da Borborema, microrregião do Seridó Oriental. Com o censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2017 a população foi estimada em 18.737 habitantes (BRASIL, 2018). O município de Picuí conta com diversos serviços de atenção a saúde. Atualmente o município possui 46 ACS, sendo 40 em atividade, 4 afastados e 2 em desvio de função.

A pesquisa foi realizada com 15 ACS dos 40 em atividade, no município de Picuí que se encaixaram nos devidos critérios de inclusão. Para isso como critério de inclusão entrevistou-se ACS que: trabalhava na profissão no mínimo há 1 ano; estavam ativos na atividade no período de coleta e que se dispusera em participar do estudo, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como critérios de exclusão: ACS que estavam afastados de suas funções (férias, capacitação, tratamento de saúde dentre outros).

Para coleta de dados, utilizou-se a técnica de entrevista semi-estruturada com auxílio de um roteiro. A entrevista teve como principal objetivo a busca de informações da pessoa que estava sendo entrevistada, através de questionamentos básicos que são sustentados em teorias e hipóteses relacionadas ao tema da pesquisa. A entrevista semi-estruturada permite que o entrevistador tenha a liberdade de conduzir a pesquisa e dar uma direção que se considere adequada. Comumente são utilizadas perguntas abertas que permitem um amplo diálogo (LAKATOS, 2010).

O projeto foi submetido a plataforma Brasil, após o projeto ser aprovado e devidamente autorizado pelo Conselho de Ética em Pesquisa (CEP), foram realizadas as entrevistas com os ACS no final do mês de outubro do ano de 2018, com o intuito de compreender como se dava o processo de trabalho do ACS na visita domiciliar às pessoas com DCNT. Todas as entrevistas foram realizadas em horários individuais, previamente agendados e de comum conveniência, tanto para o pesquisador como para os participantes e a instituição. Como técnica de coleta, foi realizada uma entrevista semi-estruturada, de forma individual e audiogravada com auxílio de um smartphone moto G 3ª geração e posteriormente digitada.

A análise das gravações obtidas e já transformadas em texto foi realizada por meio da análise de conteúdo de Bardin. A análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos, que se aplicam a discursos, lida principalmente com materiais textuais escritos. É um método muito empírico, depende do tipo de fala. Existem dois tipos de textos que podem ser trabalhados pela análise de conteúdo: Os textos elaborados em pesquisa, através das transcrições de entrevista e dos protocolos de observação, e os textos já existentes, produzidos com outra finalidade, como textos de jornais (BARDIN, 2011).

Bardin define algumas etapas para essa técnica de análise: A primeira etapa é a pré-análise, nesta etapa, são elaboradas as operações preparatórias para a análise propriamente dita do conteúdo, consiste na escolha dos documentos ou definição do corpus de análise, formulação das hipóteses e dos objetivos da análise e por último a elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final; a segunda etapa ou exploração do material através de operações de codificação enumeração e regras previamente formuladas consiste na transformação dos dados brutos onde são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais possibilitam uma descrição exata das características relevantes ao conteúdo expresso no texto; a terceira etapa é o tratamento e interpretação dos dados obtidos, objetiva-se, nesta etapa, colocar em relevo as informações fornecidas pela análise, através de

quantificação simples (frequência) ou mais complexa como a análise fatorial, possibilitando apresentar os dados em diagramas e figuras (BARDIN, 2011).

Em cumprimento à Resolução CNS 466/2012, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro em Capina Grande (HUAC), selecionado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), através da Plataforma Brasil. A aprovação se deu em 25 de Outubro de 2018 com número de parecer 2.981.729.

A pesquisa iniciou-se apenas após apreciação e aprovação do CEP envolvido e a participação dos sujeitos da presente pesquisa foi respaldada pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde se garantiu o anonimato dos participantes do estudo, como dispõe a resolução referida. Com o objetivo de garantir o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa os mesmos foram identificados pela sigla ACS (Agentes Comunitários de Saúde) e sequencialmente com números arábicos de acordo com a realização das entrevistas (1, 2, 3, ...n).

Para coleta dos dados entrou-se em contato com os ACS, onde foi explicada todo a pesquisa, logo em seguida foi enviado um cronograma contendo os horários de entrevista em cada unidade e solicitado a participação de cada um. As entrevistas foram realizadas nas unidades seguindo o cronograma disponibilizado, apenas um ACS foi entrevistado em domicílio por solicitação própria. Os dados foram coletados através de uma entrevista semiestruturada, utilizando um roteiro contendo perguntas relacionadas ao processo de trabalho do ACS na visita domiciliar as pessoas com DCNT. Foram entrevistados 15 ACS. As entrevistas duraram uma média de 4 minutos. Para a análise dos dados foi utilizado à técnica de análise de conteúdo de Bardin, contemplando três etapas: a primeira consistiu na transcrição das entrevistas na qual foi utilizado o programa dictation.io para auxílio na transcrição, logo após foram escolhidos todos os materiais que seriam analisados, baseando-se nos objetivos do estudo. A segunda fase referiu-se à exploração do material com o recorte do texto em categorias. Na terceira etapa foi realizado o tratamento de resultados obtidos e sua interpretação.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados obtidos nesse estudo foram expostos por duas categorias: processo de trabalho dos ACS relacionado às pessoas com DCNT e potencialidades da visita domiciliar realizada pelo ACS as pessoas com DCNT.

Categoria 1: Processo de trabalho dos ACS relacionado às pessoas com DCNT

Segundo os ACS, a visita domiciliar a população de sua área de abrangência é realizada uma vez ao mês, exceto em situações onde necessite um acompanhamento mais contínuo, por exemplo, gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos:

A visita do agente comunitário, padronizada pelo SUS é uma vez por mês em cada casa, a gente faz de acordo com a necessidade de cada paciente, porque você sabe que cada paciente é uma história diferente de vida né ou de saúde, aquelas pessoas que necessitam de mais de uma visita por mês a gente faz a visita. (ACS1)

[...] A visita domiciliar é casa a casa, a gente pode ir uma vez por mês, dependendo da situação do paciente a gente vai de duas a três vezes por mês [...] (ACS 2)

Eu visito elas mensal, todos os dias a gente divide a nossa área dependendo dessa quantidade, que a gente cobre 95%, [...], quando a gente ver que é mais necessidade as pessoas que é acamada, hipertenso e diabéticos a gente volta mais na casa, mas a nossa visita é feita uma vez por mês. (ACS 7)

Nossa visita é realizada todos os meses, a gente faz a visita, a gente identifica se tem algumas pessoas que tem mais prioridade, são os hipertensos, diabéticos, crianças, a gente procura mais essas pessoas, todas, mas mais essas pessoas que tem mais prioridade. (ACS 8)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) preconiza que o acompanhamento das famílias através das visitas domiciliares realizadas pelo ACS, sejam programadas junto com a equipe de saúde e que essas visitas sejam realizadas pelo menos uma vez ao mês (BRASIL, 2012).

Entretanto a visita deve seguir uma sequência lógica, levando em conta todos os princípios doutrinários do SUS. Principalmente em relação ao princípio da equidade, que diz que o cuidado ele deve ser ofertado de acordo com a necessidade, deve-se reconhecer as diferenças de condições de vida e as necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais de cada pessoa ou família (BRASIL, 2017).

Em uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro foi observado nos relatos que de modo geral as prioridades são dadas aos usuários acamados ou que tenham dificuldade de se locomover até à UBSF, hipertensos, diabéticos, soropositivos, gestantes, crianças menores de dois anos ou desnutridas, idosos, pessoas com hanseníase ou tuberculose, e pessoas em pós-operatório (KEBIAN; ACIOLI, 2014). Esses resultados são semelhantes aos encontrados neste estudo, uma vez que, os ACS mencionaram que a regularidade de visita se dá pela necessidade dos usuários, em especial os grupos prioritários.

Quando é identificada uma situação de vulnerabilidade que demande a necessidade de um maior acompanhamento deverá ser realizadas visitas com uma maior frequência a essas pessoas (BRASIL, 2009).

A forma como é realizada a visita domiciliar pelos ACS desse estudo estão em comum acordo com o que diz as leis e as políticas que regem o trabalho desse profissional, pois eles demonstram estar orientados sobre a realização da visita pelo menos uma vez ao mês, isso possibilita analisar mensalmente, o que mudou em relação à visita anterior, esse intervalo de tempo permite que o ACS analise se o seu trabalho está sendo efetivo.

Outro aspecto positivo na fala dos ACS é fato da visita ser realizada de acordo com a necessidade de cada família, visto que, pessoas que se apresentam em situações vulneráveis ou de risco necessitam de um maior acompanhamento.

No ato da visita domiciliar alguns ACS relataram que repassam as atividades que irão ser desenvolvidas na unidade como também o cronograma mensal da equipe, os dias em que haverá atendimento médico, de enfermagem e odontológico:

[...] repassa o cronograma da equipe no dia que a gente tem médico na unidade, temos atendimento de enfermagem e atendimento para o dentista bem como também outras atividades que a gente realiza aqui na unidade [...] a gente também comunica aos pacientes para que eles possam comparecer a unidade e assim serem mais informados. (ACS 2)

[...] a gente vai dizer os procedimentos médico e dá orientação, orientação da unidade, por exemplo: no dia que tem médico, dia de citológico [...]. (ACS 3)

[...] a gente vai todo dia casa a casa, saber qual os problemas de saúde que tá acontecendo, incentivar as pessoas, se precisar de ir ao posto os dias de atendimento da enfermeira, do médico e do dentista. (ACS 5)

A PNAB traz como uma atribuição do ACS participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários, no que diz respeito, a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados, além de, manter esses usuários informados sobre as datas e horários de consultas e exames agendados na unidade (BRASIL, 2017).

Em uma pesquisa realizada com ACS na cidade de Montes Claros - Minas Gerais identificou-se que a orientação à família quanto à utilização dos serviços de saúde foi mencionada por 99,6 % dos ACS entrevistados (COSTA et al, 2013). Nesse caso podemos ver que o trabalho desenvolvido pelos ACS entrevistados estão em conformidade com os dados obtidos nessa pesquisa citada, visto que os ACS também relataram que orientam as famílias sobre as atividades desenvolvidas na unidade.

Em uma análise realizada em uma cidade de médio porte do estado de São Paulo, também foi visto que o ACS é responsável pelo aviso de suas consultas agendadas; o esclarecimento de dúvidas, principalmente direcionadas ao funcionamento do serviço de atenção básica e encaminhamento dos usuários à USF (ANDRADE; CARDOSO, 2017).

As orientações repassadas em relação aos horários e dias de atendimento na unidade estão em comum acordo com a PNAB e os estudos de Costa et al (2013), Andrade e Cardoso (2017). Essa orientação permite manter o usuário informado sobre a funcionalidade do serviço evitando que ele se desloque desnecessariamente até a unidade.

Nota-se também a preocupação por parte dos ACS na visita domiciliar em relação ao uso correto de medicamentos:

[...] ver se eles estão tomando a medicação certa, no horário certo, [...] o médico passa a medicação e eles não cumprem de tomar em casa a medicação, [...] o médico fala com a gente tem medo daquele paciente não tomar a medicação e não vai ter um efeito eficaz se ele não tomar a medicação correta e no horário certo, também, porque a medicação tem que ser tomada a dose certa e no horário certo. (ACS 1)

[...] Eu pergunto como é que elas estão, como elas estão tomando a medicação, [...], se tá faltando a medicação, se tiver sobrando medicação é porque eles não estão tomando direito, agente verifica tudo isso (ACS 10)

O manual do ACS traz como atribuição desse profissional, orientar a população quanto ao uso correto dos medicamentos e a verificação do prazo de validade (BRASIL, 2009). A orientação da PNAB é semelhante ao manual, aborda que o papel do ACS é realizar orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2017).

A lei nº 13.595, de 5 de Janeiro de 2018, traz que desde que o ACS tenha concluído um curso técnico e tenha disponíveis equipamentos adequados, ou seja assistido por um profissional de nível superior, ele pode orientar as pessoas em domicílio sobre o uso correto da medicação (BRASIL, 2018).

Estudos internacionais, evidenciados através de uma revisão integrativa, destacam que os ACS realizam diversas atividades: participam da entrega de medicamentos; orientam monitoram e avaliam o tratamento de tuberculose (TB) e HIV, medicação correta e controle de efeitos colaterais; além de elaborar práticas para garantir adesão ao tratamento medicamentoso (SAMUDIO et al, 2017). No que diz respeito às práticas de adesão ao tratamento medicamentoso, podemos ver que esses estudos apresentam discussões similares aos achados nesse estudo, uma vez que, os ACS entrevistados demonstraram uma preocupação sobre o uso correto de medicamentos.

Quando perguntados como é realizada a visita domiciliar às pessoas com DCNT, alguns dos ACS entrevistados relataram que o médico ou enfermeiro realizam a visita domiciliar junto com eles, principalmente, nos casos em que as pessoas não podem se deslocar até a unidade básica:

[...] uma vez por mês eu levo a médica na minha área para fazer essas visitas domiciliares, e verificar medicação se eles estão tomando a medicação direitinho, o horário da medicação, se a medicação está fazendo efeito ou não [...] (ACS 6)

[...] a gente se preocupa de levar o médico lá, se ela não vai até se é um acamado não pode ir até a unidade, a gente sempre leva o enfermeiro, o médico ele vai até lá conhecer esse paciente. (ACS 11)

[...] os acamados e hipertensão e diabetes a gente leva nossa médica lá. (ACS 7)

É estabelecido pela PNAB, que todos os profissionais da atenção primária devem realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio à pessoas com problemas de saúde, com algum grau de dependência e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde obedecendo as necessidades de cada pessoa e o agendamento prévio (BRASIL, 2017).

De acordo com o caderno de estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, a pessoa hipertensa, classificada de alto risco, deve passar anualmente por três consultas médicas, três consultas de enfermagem e uma pelo odontólogo (BRASIL, 2014). Caso não possa se deslocar até a unidade para ser acompanhada, é realizado a visita domiciliar por esses profissionais, seguindo o intervalo de tempo estabelecido.

Como já foi mencionado, as pessoas acometidas por DCNT são consideradas grupos prioritários para a assistência a saúde e, a visita domiciliar a esses grupos prioritários devem ser realizada mais de uma vez ao mês se necessário. Nessa visita é orientada à busca pelos serviços de saúde. Quando a pessoa não pode se deslocar a unidade como no caso de pessoas acamadas, é agendada uma visita com a participação da equipe.

Em um estudo, pode-se evidenciar a percepção de que o enfermeiro e o ACS são os responsáveis por identificar o problema de saúde na visita domiciliar, enquanto o médico é o responsável em solucionar este problema (KEBIAN; ACIOLI, 2014). Comparando esse achado com os nossos dados encontrados podemos ver a importância da participação desses profissionais na visita domiciliar, entretanto o enfermeiro e o ACS também podem solucionar um problema de saúde desde que estejam capacitados para isso, como também o médico pode identificar um problema de saúde na visita, são atividades que não se restringem a um profissional específico.

Outra atividade realizada pelos ACS na visita domiciliar às pessoas com DCNT é buscar identificar crise ou agravamento da doença:

[...] que a gente sempre procura saber se ele teve crise daquele problema, se ele tá usando alguma medicação para o combate daquilo ali para o alívio daquele sintomas, [...]. (ACS 2)

[...]a gente tem um relatório a gente sabe o paciente a ficha do paciente a gente sabe, se é hipertenso, se tem doença crônica, e a gente como já sabe procura se teve, se num teve, se foi no hospital, se não foi, se tá tomando remédio, se tá tendo crise (ACS 3)

O ACS também é responsável por desenvolver atividades de prevenção de doenças e agravos e realizar da visita domiciliar a essas pessoas, pois elas necessitam de um número maior de visitas (BRASIL, 2017).

A lei 13.595 de 5 de janeiro de 2018 traz como uma das atividade do ACS atuar na busca de sinais ou sintomas de doenças agudas ou crônicas, de agravos ou eventos de importância para a saúde pública (BRASIL, 2018).

O ACS é importante para prevenção de agravos e atua na detecção precoce de sinais e fatores de risco, para isso ele deve estar preparado para realizar uma devida assistência e estar munido do saber construído junto com a equipe, para que assim realize um controle dos principais agravos à saúde da população (OLIVEIRA, 2015). Essa importância pode ser verificada nas falas destacadas, já que os ACS relataram procurar saber se a pessoa teve alguma crise da doença isso significa que eles estão atuando na detecção de sinais e em consequência prevenindo agravos.

Outra prática realizada pelos ACS é identificar os hábitos alimentares e o uso da medicação:

É uma visita normal, a gente chega aborda a pessoa pergunta fala sobre se ela for diabética ou hipertensa, a gente fala sobre se tá tomando a medicação direito, muita gente pede pra gente pegar a receita da medicação, é uma visita normal, uma visita igual as outras. (ACS 4)

A gente chega na casa né, aborda o paciente, dá bom dia, procura saber com tá sendo a alimentação, se tá tomando a medicação correta, como e que tá as taxas se tá alta se tá normal, esse tipo de abordagem. (ACS 9)

[...] a gente vê a medicação deles se eles estão tomando todos os dias naqueles horários certo, [...], também a gente tem aquele controle todos os meses, de ver a medicação deles, se eles estão tomando tudo em dias, e a gente também dá as informações que eles precisam né como a dieta, se for a pressão a gente informa a dieta deles o que eles devem comer o que eles não devem a gente tem muito cuidado com a medicação que as vezes eles trocam, quando eles é hipertensos e diabéticos, pode haver uma troca de medicamento [...] (ACS 12)

O caderno de atenção básica direcionado a pessoas com doenças crônicas traz que os quatro grupos de doenças crônicas de maior impacto mundial (doenças do aparelho circulatório, diabetes, cânceres e doenças respiratórias), estas possuem em comum quatro fatores de risco: o tabagismo; inatividade física; alimentação não saudável e o consumo excessivo de álcool (BRASIL, 2014).

Na entrevista, quando indagados sobre como era realizada a visita domiciliar a pessoas com DCNT, alguns ACS relataram que na visita eles se preocupavam com a alimentação e o uso correto da medicação. Nota-se a preocupação do ACS em controlar um dos quatro fatores de riscos (alimentação) mencionado pelo caderno, entretanto houve um déficit em falas direcionadas aos demais fatores.

No estudo realizado por Oliveira (2015), ficou evidente o repasse de informação e a preocupação na oferta da medicação por parte dos ACS. Diante disso, podemos notar uma semelhança nos estudos, em relação sobre como estava sendo usada a medicação também foi evidenciada pelos ACS entrevistados.

Categoria 2: Potencialidades da visita domiciliar realizada pelo ACS as pessoas com DCNT

Nota-se, na maioria das falas dos ACS, uma preocupação em orientar primeiramente a pessoa a procurar um serviço de saúde para a consulta e a realização de exames como exemplificado nas falas a seguir:

[...] oriento eles a principalmente de seis em seis meses procurar o posto médico e fazer uma avaliação de rotina uns exames de rotina [...] (ACS 1)

Um exemplo a primeira vez que a gente identifica né, a gente vai e encaminha para a equipe, encaminha para médica, para enfermeira, e para passar a medicação certa fazer os exames, ver como é que tá as taxas fazer um acompanhamento mensal dessa pessoa. (ACS 4)

Imediatamente procurar a equipe do posto médico, para iniciar o tratamento, a nossa primeira conduta ao saber que uma pessoa foi acometida é essa. (ACS 10)

Em um estudo realizado no município de Iguatu- CE com ACS sobre DCNT, também pode-se identificar orientações direcionadas a buscar um serviço de saúde, como por exemplo: encaminhar a pessoa para o PSF, orientar essa pessoa a ir ao posto, procurar o PSF, ir ao médico e fazer exames (OLIVEIRA, 2015).

O foco de atuação deve ser direcionado a medidas de prevenção para que as pessoas não sejam acometidas por DCNT, no entanto, foi perguntado aos ACS como era realizado as orientações a pessoas que já possuem DCNT.

Essa orientação sobre a importância da busca pelos serviços de atenção primária em saúde citada pelos ACS é de grande valia, pois nos serviços de saúde teoricamente essa pessoa irá encontrar uma solução para o seu problema através de uma assistência prestada por parte dos profissionais que fazem parte desse serviço, quando esses profissionais não conseguem dar resolutividade ao problema eles referenciam a pessoa para um serviço de saúde especializado.

Alguns ACS também se preocupam em orientar o paciente a adotar um estilo de vida saudável através da prática de exercícios físicos, uma alimentação saudável:

[...] se for uma pessoa que não seja acamada a gente orienta a fazer exercício físico, a alimentação saudável, a tomar a medicação diariamente correta, saber orientar também que tipo de alimentação ele tá tomando comendo, se tiver incorreta a gente pede para vir ao PSF, para o PSF encaminhar para um nutricionista, esse tipo de coisa. (ACS 9)

[...] se for na pressão arterial a gente informa que eles devem fazer exercício físico, caminhada, também alimentação que é muito importante, a gente informa sobre o sal, sobre os tipos de comida que eles devem comer ou não, sendo na diabetes a gente faz do mesmo jeito as mesmas informações fala sobre o açúcar, sobre o doce e tudo, os tipos de verduras que devem comer [...] (ACS 12)

Há muitas evidências de que fatores relacionados ao uso de tabaco, a alta taxa de sedentarismo, o consumo exacerbado do álcool e alimentos contendo altas taxas de gorduras, sal e açúcar, causam mais de dois terços do aparecimento de novos casos de DCNT e aumentam o risco de complicações em pessoas que já são acometidas por essas doenças (OLIVEIRA, 2015). Visto isso, vemos a relevância das orientações destacadas pelos ACS entrevistados, pois focam na adoção de um estilo de vida saudável e isso inclui a prática de exercícios físicos, uma alimentação saudável.

Na abordagem às pessoas que possuem DCNT, se deve levar em conta os fatores de risco e as doenças pré-existentes. Por exemplo: na diabetes e hipertensão, deve ser realizada ações educativas estimulando a mudanças no estilo de vida e promovendo estratégias de adesão ao uso dos medicamentos prescritos e principalmente estimular e promover a autonomia dessa pessoa focando no autocuidado (OLIVEIRA, 2015). Orientações estas também identificadas neste estudo.

Em uma pesquisa realizada sobre os saberes e ações de ACS para com idosos portadores de DCNT, também identificou-se que a maioria desses profissionais realizam orientações básicas voltadas principalmente para diabetes e hipertensão e orientam sobre cuidados com a alimentação e prática de atividade física (LEITE et al, 2015).

O ACS é ponto inicial dessa assistência voltada para pessoas com DCNT, pois ele está intimamente ligado a comunidade conhecendo cada pessoa de sua microárea, é o profissional que frequentemente visita essas famílias e que, deve ter o primeiro contato, podendo assim avaliar a continuidade das orientações.

A partir das falas dessa categoria, se pode identificar a atuação do ACS voltada para os principais fatores de risco que levam a pessoa a ser acometida por DCNT, e quando já acometida essas orientações ajudam a controlar o agravamento da doença permitindo que essa pessoa possa conviver com a doença e ter uma vida saudável.

Outra orientação bastante citada foi sobre o uso correto da medicação e os efeitos causados por ela:

[...] está tomando remédio é um quadro de orientação, se ele deixou de tomar aí tem que procurar insistir ela a tomar o medicamento procurar saber se o medicamento está fazendo outro efeito colateral a gente tem que orientar procurar o médico para trocar a receita [...] (ACS 3)

A minha conduta é verificar medicação como eu disse e se realmente a medicação não tá fazendo efeito [...] (ACS 6)

Como já foi citado, o ACS é designado a realizar orientações quanto ao uso correto da medicação desde que seja capacitado ou sobre supervisão de outro profissional.

Em um estudo realizado em Minas Gerais, com o objetivo de descrever como o uso de medicamentos está presente na rotina dos ACS, foi relatado pela maioria desses profissionais que os usuários sempre lhe apresentam questionamentos sobre a forma correta de utilizar os medicamentos. Os principais problemas encontrados foi em relação a auto medicação, o uso simultaneamente com alimentos e álcool (SOUZA; SANTOS; MENDONÇA, 2018). As orientações repassadas pelos ACS estão diretamente ligada aos questionamentos apresentados nesse estudo citado, logo acabam sanando parte dessas dúvidas encontradas na visita domiciliar.

As orientações prestadas pelos ACS em estudo são de grande importância, visto que boa parte das pessoas que fazem uso de medicação para o controle de agravos, não sabem de fato a importância do uso, a forma correta de consumir, o horário certo, a medicação correta, a quantidade prescrita e a verificação do prazo de validade. São orientações básicas que podem ser obtidas na prescrição e o que o ACS pode utilizar para orientar essa pessoa de uma forma correta.

Boa parte dos ACS entrevistados neste estudo, diz que o rastreamento por eles realizado se dá através da identificação de sintomas que podem sugerir uma DCNT, a partir daí essa pessoa é orientada a procurar um médico para realizar uma investigação:

A gente faz rastreamento sim, quando a gente chega na visita, a gente começa a conversar [...] com o desenvolver da visita eles vão falando o que sentiu, se teve dor de cabeça, se teve tontura, se teve algum problema de aceleração do coração, [...], quando a gente faz aquele apanhado aí a gente vê que tem algo errado com ele, então a gente encaminha para unidade de saúde [...] e ver se realmente ele tá com algum problema de doenças crônicas, [...]. (ACS 12)

exemplo eu passo na casa de dona Joana hoje mas aí eu vejo que a dona Joana tá com uma dor cabeça como eu falei vomitou, tontura, então eu vou procurar saber eu vim aqui na unidade Eliúde vá lá ver a pressão de fulana [...] a gente dá um papelzinho a eles e manda marcar todos os dias durante 8 dias ali eu já estou vendo como é que tá, a glicose também você vai lá no posto olha a glicose como é que tá (ACS 13)

quando uma pessoa fala para gente que tá se sentindo mal que se sente cansado que fica cansado que sente palpitações então a gente já de certa forma já acredita que ali tem um descontrole de pressão por exemplo e aí a gente já orienta a procura um médico (ACS 15)

Na análise de Oliveira (2015) realizado com ACS, quando questionados se realizavam rastreamento de DCNT na sua área, alguns ACS falaram que podia identificar através dos sintomas ou quando essa pessoa diz que sente algum problema. Da mesma forma podemos encontrar nos trechos destacados anteriormente, a atividade de rastreamento sendo realizada através da identificação de sintomas apresentados.

O rastreamento de doenças na APS é usado como uma ferramenta de busca na qual através dele é possível detectar sinais e sintomas que podem levar a um diagnóstico precoce de determinada doença, permitindo assim ser realizada uma intervenção adequada aumentando as chances de se obter êxito no tratamento permitindo uma redução de agravos oriundos dessa patologia.

A resposta à crise de DCNT tem como estratégia o foco na prevenção primária. Se pensando em atenção básica se não se consegue realizar rastreamento, provavelmente não se consegue efetivar ações para o controle desses agravos (OLIVEIRA, 2015). O rastreamento feito pelos ACS, se dá focado principalmente na detecção dos sintomas relatados pelas pessoas, isso acaba contribuindo para a continuidade do cuidado a esse indivíduo, e assim evitando o agravamento da doença.

Outra questão citada pelos ACS é que existe um cadastro de controle e monitoramento do paciente com DCNT:

a gente tem um cadastro todo mês a gente bota a quantidade de diabéticos, de hipertenso também que a gente acompanha no caso é a mesma coisa acho que é o mesmo rastreamento, todo mês a gente informa para secretaria do município a quantidade de diabéticos e hipertensos. (ACS 5)

[..] é um cadastro a gente tem o controle de todas as pessoas hipertensas e diabéticas da área, nome, idade e a medicação que toma. (ACS 6)

Sim, sempre mensalmente a gente faz um levantamento de quem são os pacientes crônicos, como está o uso da medicação, há quanto tempo o paciente é doente crônico, também sempre fazemos o levantamento se saiu algum paciente da nossa microárea com essas doenças se o número continua o mesmo, esse levantamento sempre é feito entre a unidade de saúde e o agente de saúde. (ACS 2)

O cadastramento em saúde é uma ferramenta essencial para se obter informações e também avaliar e monitorar informações, a partir do cadastramento se pode ter o controle do número de pessoas que há na área, verificar áreas de risco, quais pessoas necessitam de atenção especial e assim sejam acompanhadas adequadamente.

Um acompanhamento para ser realizado de forma satisfatória, é imprescindível que essas pessoas que são cadastradas tenham suas fichas sempre atualizadas, tanto no prontuário da Unidade Básica de Saúde como na Secretaria Municipal de Saúde (ALMEIDA; JESUS; SOUZA, 2015).

Esse cadastro destacado nas falas dos ACS demonstra-se ser bastante útil para se realizar um acompanhamento do paciente com DCNT. Já que, além de identificar o indivíduo é possível dar uma continuidade na avaliação seja de parâmetros como o valor da pressão arterial nos casos de hipertensos, glicemia em diabéticos ou outros sintomas comuns às DCNT.

4 CONCLUSÕES

Através da pesquisa pode-se compreender o processo de trabalho do ACS na visita domiciliar às pessoas com DCNT e identificar as potencialidades desse trabalho que favorecem o cuidado a essas pessoas.

O trabalho exercido pelo ACS contribui significativamente para assistência as pessoas com DCNT sendo desenvolvido atividades de prevenção, detecção precoce por meio do rastreamento e prevenção de agravos através das diversas orientações citadas por esses profissionais evitando assim complicações relacionadas as DCNT.

Pode-se também observar que, a visita domiciliar é instrumento de aproximação do cuidado ao indivíduo, visto que, a assistência é fornecida diretamente ao indivíduo em seu domicílio.

No entanto, como limitação desse estudo, verificou-se uma certa superficialidade nas orientações repassadas pelos ACS na visita domiciliar. Portanto sugere-se um investimento no que se diz respeito a capacitações voltadas para a assistência às pessoas com DCNT para que assim o ACS possa contribuir cada vez mais com essa assistência.

5 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, João Igor Borges de; JESUS, Jozimar Miranda Neri de; SOUZA, Otoni Silva de Queiroz. Atualização, acompanhamento e cadastro de hipertensos e diabéticos, um relato de experiência. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, Recife, v. 6, n. 9, p.8735-8740, jul. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10652/11674>>. Acesso em: 24 nov. 2018

ANDRADE, Viviane Milan Pupin; CARDOSO, Cármen Lúcia. Visitas Domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde: Concepções de Profissionais e Usuários. **Psico-usf**, Itatiba, v. 22, n. 1, p.87-98, abr. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712017000100087&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 70 ed. São Paulo: Almedina Brasil, 2011. 229 p.

BRASIL, Ministério da Saúde BR, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica. Brasília : Ministério da Saúde, 2014.p .162. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Acesso em: 12 nov 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 02 nov 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2017. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/portaria2436.pdf>>. Acesso em: 02 nov 2017.

BRASIL. Datasus. Informações em Saúde. Ocorrência de óbitos gerais no ano de 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Ano 2017>. Acesso em: 28 out 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama estatístico do município de Picuí. 2018 Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/picui/panorama>> Acesso em: 02 fev 2018

BRASIL. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil** 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm>. Acesso em: 23 nov 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2017. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/portaria2436.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde, 2011, 148 p. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/917_cartilha_dcnt.pdf>. Acesso em: 26 out. 2017.

COSTA, Simone de Melo et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 7, p.2147-2156, jul. 2013. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700030&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov 2018.

GIL, Antonio carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas. 2008. 2016 p.

KEBIAN, Luciana Valadão Alves; ACIOLI, Sonia. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 1, p.161-169, 31 mar. 2014. Universidade Federal de Goiás. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20260>>. Acesso em: 26 out. 2017.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 312 p.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010. 297 p.

LEITE, Marinês Tambara et al. Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 7, n. 2, p.2263-2276, 1 abr. 2015. Universidade Federal do Estado do Rio de

Janeiro UNIRIO. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3597/pdf_1531>. Acesso em: 14 fev. 2018.

MAGALHÃES, Kelly Alves. **Envelhecimento e Cuidado: uma abordagem antropológica centrada na visão de agentes comunitários de saúde**. 2015. 135 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10757>>. Acesso em: 26 out. 2017.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p.1-2, jun. 2016. Instituto Evandro Chagas. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000200373&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 26 out. 2017.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Balanço do primeiro ano da implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p.171-178, mar. 2013. Instituto Evandro Chagas. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100018&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 26 out. 2017.

MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p.425-438, dez. 2011. Instituto Evandro Chagas. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 26 out. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

OLIVEIRA, Edmilson de; FAORO, Nilza Teresinha; CUBAS, Raquel Ferraro. Análise de tendência da taxa de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis no estado do Paraná entre 2000 e 2013. **Espaço Para A Saúde: revista de saúde pública do Paraná**, Londrina, v. 18, n. 1, p.90-99, jul. 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/318874137_Analise_de_tendencia_da_taxa_de_mortalidade_prematura_por_doencas_cronicas_nao_transmissiveis_no_estado_do_Parana_entr_e_2000_e_2013>. Acesso em: 26 out. 2017.

OLIVEIRA, Gisele Lopes. **Formação de agentes comunitários de saúde na atenção às doenças crônicas não transmissíveis: pesquisa-ação como mediação de saberes**. 2015. 142 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015. Disponível em: <http://www.uece.br/cmepes/index.php/docmandownloads/doc_download/2097-gisele-lobes-oliveira>. Acesso em: 01 fev. 2018

SAMUDIO, Jania Lurdes Pires et al. Agentes comunitários de saúde na atenção primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. Trabalho, **Educação e Saúde**,

Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.745-769, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000300745&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 26 out. 2017.

SANTOS, Bianca Pozza dos et al. Atenção à saúde na estratégia saúde da família: reflexões da perspectiva do usuário com doença crônica não transmissível. **Revista Baiana Saúde Pública**, [s.l.], v. 38, n. 3, p.665-678, 1 set. 2014. Secretaria da Saude do Estado da Bahia Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/117405/000964550.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 27 out 2017.

SARAIVA, Luciana Eduardo Fernandes et al. Condições crônicas de saúde relacionadas à qualidade de vida dos servidores públicos federais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p.35-41, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000200035&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 26 out. 2017.

SILOCCHI, Cassiane; JUNGES, José Roque. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro**, v. 15, n. 2, p.599-615, ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000200599&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 26 out. 2017.

SOUSA, Maria do Carmo Vilas Boas; SANTOS, Cynthia Pimenta dos; MENDONÇA, Simone de Araújo Medina. Complexidades do trabalho do agente comunitário de saúde com pacientes em uso de medicamentos. **Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro**, v. 16, n. 2, p.605-619, 19 mar. 2018. FapUNIFESP (SciELO) Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000200605&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Esta pesquisa intitulada “Processo de trabalho do agente comunitário de saúde na visita domiciliar às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis” está sendo desenvolvida por José Franciédson Dantas, acadêmico de enfermagem, estando sob a orientação da professora Dra. Anne Jaquelyne Roque Barrêto. Tem como objetivo geral descrever o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde na visita domiciliar às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. A finalidade desse trabalho é contribuir no conhecimento para o favorecimento de uma ação profissional mais segura e eficiente voltada para assistência à clientela específica.

Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de uma entrevista, o (a) senhor (a) responderá algumas perguntas relacionadas ao objetivo da pesquisa, podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

Não será efetuada nenhuma forma de gratificação, a sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar ou resolver a qualquer momento desistir, não sofrerá nenhum dano. Sendo assim, a pesquisa oferece riscos mínimos, onde os benefícios irão superá-las.

Esclarecemos que este estudo trará como benefícios a compreensão do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde na visita domiciliar as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Essa compreensão será necessária para definir e traçar estratégias específicas tanto para qualificação do Agente Comunitário de Saúde quanto para melhoria da

assistência dos serviços da atenção básica para população com doenças crônicas. Os riscos inerentes ao desenvolvimento desta pesquisa são mínimos, de natureza psicossocial, uma vez que no ato da entrevista o colaborador do estudo poderá se sentir constrangido. A fim de reduzir esses riscos a entrevista será marcada no dia, horário e local escolhido pelo participante do estudo por meio de contato prévio do(a) pesquisador(a).

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos à contribuição do senhor (a) na realização dessa pesquisa.

Eu, _____,
concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos, justificativas, riscos e benefícios da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma via deste documento assinado por mim e pelo pesquisador responsável.

Picuí, ____ de _____ de 2018.

Participante da Pesquisa

ANNE JAQUELYNE ROQUE BARRÊTO
Pesquisadora Responsável¹

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

¹**Endereço profissional da pesquisadora responsável :** Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité. Sítio Olho D'Água, S/N, Zona Rural, Cuité-PB CEP 58.175-000.

Endereço onde a pesquisa foi apreciada:

CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José.

Campina Grande- PB.

Telefone: (83) 2101-5545.

APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM****TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ**

Eu, _____,
depois de entender os objetivos da pesquisa intitulada: Processo de trabalho do agente comunitário de saúde na visita domiciliar às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, os pesquisadores **Anne Jaquelyne Roque Barrêto (orientadora); José Franciédson Dantas (orientando)**, a realizar a gravação da minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988;
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa José Franciédson Dantas, e após esse período, serão destruídos e;

6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Picuí- PB, _____ de _____ de 2018.

Colaborador participante da pesquisa

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. O(a) senhor(a) poderia me dizer como é realizado a visita domiciliar em sua microárea?
2. O que você entende por Doença Crônica Não Transmissíveis (DCNT)?
3. Considerando sua experiência, fale-me como é realizada a visita domiciliar as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis?
4. Qual a sua conduta (orientações) diante de uma pessoa acometida por DCNT?
5. O(a) senhor(a) realiza o rastreamento de pessoas acometidas por DCNT na sua microárea? Se sim, como é realizado?

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES



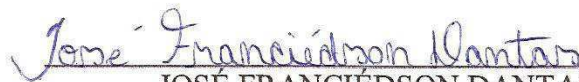
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

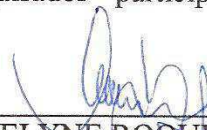
Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autora e orientando da pesquisa intitulada **“Processo de trabalho do agente comunitário de saúde na visita domiciliar às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis”**, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que revisa e atualiza a Resolução 196/96, e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833 de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/HUAC (Comitê de Ética em Pesquisa/Universidade Federal de Campina Grande) ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/UFCG, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, 13 de Março de 2018.



 JOSÉ FRANCIÉDSON DANTAS
 Pesquisador - participante



 ANNE JAQUELYNE ROQUE BARRÊTO
 Pesquisadora – responsável

Dra. Anne J.R. Barrêto
 SIAPE nº: 1653046

ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Eu, Anne Jaquelyne Roque Barrêto, docente do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité-PB, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução N.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre a Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos. Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, 13 de Março de 2018.

ANNE JAQUELYNE ROQUE BARRÊTO

Pesquisadora – responsável

Dra. Anne J.R. Barrêto
SIAPE nº: 1653046

ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilmo. Sr. José Justino Filho

Diretor do Centro de Educação e Saúde (CES) da UFCG, *campus* Cuité/PB.

O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Bacharelado em Enfermagem. Neste contexto o graduando José Franciéldson Dantas, matrícula nº 516120721, está realizando uma pesquisa intitulada por: **Processo de trabalho do agente comunitário de saúde na visita domiciliar às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis**. Necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo.

Dessa forma solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referido graduando para realização da coleta de dados, com a utilização do nome da instituição.

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para realização deste trabalho, bem como para publicação em eventos ou artigos científicos.

Cuité, 13 de Março de 2018.

José Franciéldson Dantas
JOSÉ FRANCIÉLDSON DANTAS
(Pesquisador - Participante)

Anne Jaqueline Roque Barrêto
ANNE JAQUELINE ROQUE BARRÊTO
(Pesquisadora - Responsável)


José Justino Filho
JOSÉ JUSTINO FILHO
Diretor do Centro de Educação e Saúde – Cuité /PB
Prof. José Justino Filho
Diretor do CES
Mat. SIAPE: 219331-1

ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM****TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

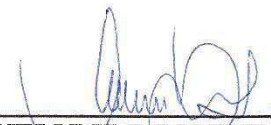
Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada **Processo de trabalho do agente comunitário de saúde na visita domiciliar às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis** assumimos o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Cuité, 13 de Março de 2018.



JOSÉ FRANCIÉDSON DANTAS
Pesquisador – participante



ANNE JAQUELYNE ROQUE BARRÊTO
Pesquisadora - responsável

Dra. Anne J.R. Barrêto
SIAPE nº. 1653016

ANEXO E – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUÍ
ESTADO DA PARAÍBA - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Eu, JANAINA DE MEDEIROS LIMA ALMEIDA
Secretária de Saúde do município de Picuí, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “**PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA VISITA DOMICILIAR ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**”, que terá como cenário as Unidades Saúde da Família deste município. Os responsáveis pela pesquisa serão: Prof^ª. Dr^ª Anne Jaqueline Roque Barreto – Pesquisadora responsável (Orientadora da pesquisa e Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité) e José Franciéldson Dantas – Pesquisador participante (Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité).

Picuí, 05 de Março de 2018.

Janaina de Medeiros Lima Almeida
Secretária de Saúde

JANAINA DE MEDEIROS LIMA ALMEIDA
Secretária Municipal de Saúde
Picuí – PB

ANEXO F – TERMO DE ANUÊNCIA SETORIAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUÍ
ESTADO DA PARAÍBA - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



TERMO DE ANUÊNCIA SETORIAL

Eu, SHIRLEY COSTA CORDEIRO ALVES,

Coordenadora de Atenção Básica do município de Picuí, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “**PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA VISITA DOMICILIAR ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**”, que terá como cenário as Unidades Saúde da Família deste município. Os responsáveis pela pesquisa serão: Prof^ª. Dra. Anne Jaqueline Roque Barrêto – Pesquisadora responsável (Orientadora da pesquisa e Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité) e José Franciédson Dantas – Pesquisador participante (Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité).

Picuí, 05 de MARÇO de 2018.

Shirley Costa Cordeiro Alves

SHIRLEY COSTA CORDEIRO ALVES

Coordenadora municipal de atenção básica

Picuí – PB

Shirley Costa Cordeiro Alves
 Coordenadora da Atenção Básica
 Matrícula: 490 - 1

ANEXO G - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA VISITA DOMICILIAR ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Pesquisador: Anne Jaquelyne Roque Barrêto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 91734418.8.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.981.729

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo exploratório de abordagem qualitativa. A coleta de dados será realizada no município de Picuí, cidade localizada no estado da Paraíba. O estudo será realizado com os agentes comunitários de saúde desse município. Para coleta de dados será utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada com auxílio de um roteiro. A entrevista será realizada, de forma individual e audiogravada e posteriormente digitada. A análise das gravações obtidas será realizada por meio da análise de conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Descrever o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde na visita domiciliar às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Identificar as potencialidades do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde que favorecem o cuidado as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- Neste estudo os riscos apresentados são mínimos e de natureza psicológica, uma vez que os

Endereço: Rua. Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.981.729

participantes da pesquisa poderão ficar constrangidos no momento da entrevista. A fim de reduzir esses riscos a entrevista será marcada no dia, horário e local escolhido pelo participante do estudo por meio de contato prévio do(a) pesquisador(a).

Benefícios:

- Os benefícios são maiores na medida em que identificaremos e descreveremos o processo de trabalho do ACS na visita domiciliar relacionado as pessoas com doenças crônica não transmissíveis. Esses resultados poderão fundamentar a elaboração de processos de qualificação para os ACS assim como reestruturar visitas domiciliares para esse público.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta relevância científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou a seguinte documentação:

- Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos;
- Projeto completo;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Termo de Compromisso do pesquisador responsável;
- Termo de Anuência Institucional da secretaria de saúde município de Picuí;
- Termo de Anuência Setorial da Coordenadora da Atenção Básica do município de Picuí;
- Termo de Compromisso de Divulgação dos Resultados;
- Termo de Autorização para gravação de voz;
- Termo de Compromisso dos pesquisadores.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existe inadequações éticas para o início da pesquisa

Considerações Finais a critério do CEP:

Liberado Ad Referendum

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.981.729

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1097445.pdf	12/09/2018 08:28:48		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final_TCC_JOSE_FRANCIEDSON_DANTAS_12_09_2018.pdf	12/09/2018 08:28:18	Anne Jaquelyne Roque Barrêto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_12_06_18.pdf	19/06/2018 10:14:01	Anne Jaquelyne Roque Barrêto	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_dos_pesquisadores.pdf	20/03/2018 11:37:31	Anne Jaquelyne Roque Barrêto	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_de_divulgacao_dos_resultados.pdf	20/03/2018 11:37:04	Anne Jaquelyne Roque Barrêto	Aceito
Outros	termo_de_autorizacao_institucional.pdf	20/03/2018 11:36:11	Anne Jaquelyne Roque Barrêto	Aceito
Outros	termo_de_anuencia_institucional.pdf	20/03/2018 11:35:26	Anne Jaquelyne Roque Barrêto	Aceito
Outros	termo_de_anuencia_setorial.pdf	20/03/2018 11:33:58	Anne Jaquelyne Roque Barrêto	Aceito
Outros	Termo_compromisso_pesquisador_responsavel.pdf	20/03/2018 11:33:28	Anne Jaquelyne Roque Barrêto	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Franciédson.pdf	20/03/2018 11:27:52	Anne Jaquelyne Roque Barrêto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 25 de Outubro de 2018

Assinado por:
Andréia Oliveira Barros Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br