

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

AMANDA NATACHA SILVA FERREIRA LINS

**AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE EM USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

RECIFE

2015

AMANDA NATACHA SILVA FERREIRA LINS

**AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE EM USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva.

Orientador (a): Dra. Taciana Fernanda dos Santos Fernandes

RECIFE

2015

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

L759a Lins, Amanda Natacha Silva Ferreira.

Autopercepção de saúde em usuários da estratégia saúde da família/ Amanda Natacha Silva Ferreira Lins. — Recife: [s. n.], 2015.
35 p.: il.

Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) -
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Taciana Fernanda dos Santos Fernandes.

1. Saúde da Família. 2. Desigualdades em Saúde. 3. Autoimagem.
4. Nível de Saúde. 5. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.
I. Fernandes, Taciana Fernanda dos Santos. II. Título.

CDU 613.9-055

AMANDA NATACHA SILVA FERREIRA LINS

**AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE EM USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 15/10/2015

BANCA EXAMINADORA

Dra. Taciana Fernanda dos Santos Fernandes
Faculdade São Miguel/Recife-PE

Dra. Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos
CPqAM/Fiocruz

Dra. Alethéia Soares Sampaio
CPqAM/Fiocruz

Aos maravilhosos professores que tive o privilégio de conhecer, desde o bê-á-bá.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter sido a minha força, a minha proteção e o meu socorro nos momentos de angústia;

Ao meu amado esposo Carlos, sem o qual eu não teria conseguido vencer as inúmeras dificuldades que encontrei para chegar a este momento;

À querida orientadora Taciana Fernandes, por ter se doado com todo o coração, sendo sabedoria, apoio e ânimo em todos os momentos que precisei;

À querida professora Ana Lúcia pelas contribuições indispensáveis que trouxe a este trabalho, pela disponibilidade e acolhimento;

Aos colegas Flávia, Derberson e Keila, por terem cedido parte do banco de dados do nosso trabalho de conclusão de curso para o desenvolvimento deste.

“Não confunda nunca sua carreira com sua vida”.

(Dave Barry)

**AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE EM USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

SELF-PERCEIVED HEALTH USERS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Amanda Natacha Silva Ferreira Lins¹

Taciana Fernanda dos Santos Fernandes²

Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos¹

Alethéia Soares Sampaio¹

Flávia Gabrielle Pereira de Oliveira³

Derberson José do Nascimento Macêdo⁴

Keila Cristina de Oliveira Assis³

⁽¹⁾ Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM / Fundação Oswaldo Cruz

⁽²⁾ Faculdade São Miguel/ Recife-PE

⁽³⁾ Faculdade do Vale do Ipojuca- UNIFAVIP/DeVRY

⁽⁴⁾ Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP

Amanda Lins: Rua José Ferreira Gomes, 366, 1º andar, São José, Palmares - Pernambuco-
Brasil, 55540-000.

Telefone: 81 9836-2979

Artigo a ser encaminhado para a **Revista Ciência & Saúde Coletiva**.

LINS, Amanda Natacha Silva Ferreira. **Autopercepção de Saúde em Usuários da Estratégia Saúde da Família**. 2015. Monografia (Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

RESUMO

Trata-se de estudo transversal, que verifica autopercepção de saúde, motivos de procura da Unidade Saúde da Família (USF), e que avalia o grau de adequação do cuidado dispensado pelo médico, na percepção dos usuários com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), considerando as dimensões *Continuidade da Relação* e *Continuidade da Informação*. Utilizaram-se dados coletados em 2012, por meio do EUROPEP (instrumento europeu de avaliação da satisfação dos usuários), com participação de 100 usuários. Utilizou-se uma Matriz de Análise e Julgamento para avaliar o grau de adequação do cuidado médico prestado. Evidenciou-se correlação significativa entre autopercepção de saúde *regular/ruim* e faixa etária avançada, baixa escolaridade e presença de DCNT. A procura da USF ocorreu predominantemente por motivo *médico-medicamentoso*, estando correlacionada significativamente à presença de DCNT. O cuidado médico foi considerado *Insatisfatório* em ambas às dimensões estudadas, com maior inadequação em usuários com autopercepção *regular/ruim*. Propõe-se a promoção de ações que resgatem as principais atribuições da USF (promoção da saúde e prevenção de doenças/complicações e agravos), respeitando-se a realidade local e o princípio de equidade.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Desigualdades em Saúde. Autoimagem. Nível de Saúde. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

It is a cross-sectional study which verifies self-perceived health, reasons for seeking the Family Health Unit (FHU); and assesses the degree of appropriateness of care given by the doctor, in the perception of users with Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs), considering the dimensions Continuity of Relationship and Continuity of Information. Were used data collected in 2012 through the EUROPEP (European measure to assess user satisfaction), with participation of 100 users. Was used an Analysis and Judgment Matrix to assess the degree of adequacy of the medical care provided. It showed a significant correlation between fair/poor self-perception of health and advanced age, low education and presence of NCDs. The users seek the FHU predominantly for doctor-drug reason, being significantly correlated to the presence of NCDs. Medical care was considered unsatisfying in both dimensions studied, with greater inadequacy in users with fair/poor self-perception of health. It is proposed to promote actions to rescue the main duties of the FHU (health promotion and preventing diseases/complications and disorders), respecting the local reality and the principle of equity.

Keywords: Family Health Strategy. Health Inequalities. Self Concept. Health Status. Health Services Needs and Demand.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), regulada pela Portaria GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, é a principal estratégia de reorientação do modelo de saúde ¹. Inicialmente desenhada como um programa, em 1994, a partir das experiências exitosas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ela tem por objetivo reorganizar o cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para mudar o foco da atenção centrada no curativo e individualizado, para um olhar holístico da saúde ².

Entre os objetivos da ESF, encontra-se o de concretizar o princípio da integralidade mediante trabalho interdisciplinar, e em equipe, tanto nas ações de promoção, prevenção, vigilância, tratamento e reabilitação da saúde ². Ou seja, com o privilégio de atuar em um território delimitado, próximo às famílias adscritas, a ESF deve manter um vínculo com os usuários, e aproximar as ações de saúde às realidades sociais, econômicas, culturais, políticas e epidemiológicas dos mesmos, por meio do olhar integral ¹. Nesse sentido, o uso de tecnologias denominadas “leves”, que são as pautadas no relacionamento entre a população e os profissionais de saúde, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização, é primordial para se obter maior efetividade e eficácia nas ações de saúde desenvolvidas ³.

Dentre essas tecnologias, estão a *continuidade da relação* e a *continuidade da informação*. A primeira corresponde ao vínculo entre paciente e profissional de saúde, sendo este influenciado pelo tempo e tipo de cuidado prestado e está correlacionado a um melhor cuidado, avaliação e tratamento; e a segunda corresponde ao conhecimento adquirido do profissional sobre o paciente e a percepção do paciente de que este reconhece sua subjetividade e sua realidade social ⁴.

Entre as ações de cuidado da ESF estão, por exemplo, o diagnóstico, o tratamento e o controle da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus, que, dentre outras Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), constituem dois, dos principais problemas de saúde pública mundial ⁵.

As DCNT afetam pessoas de todas as classes socioeconômicas, mas mostram-se mais presentes em indivíduos de faixa etária avançada, baixa escolaridade e baixa renda ⁶. Sabe-se que os determinantes sociais, ou seja, a forma como os indivíduos vivem, influenciam fortemente o desenvolvimento dessas doenças, e determinam se os indivíduos terão acesso a recursos básicos relacionados ao controle e prevenção de complicações ⁶. Dessa forma, as desigualdades sociais influenciam diretamente no sucesso do tratamento. Esse processo de determinação social da doença está implícito na Lei 8.080 de 1990 quando afirma em seu

artigo 3º que a saúde é determinada pelo acesso aos bens e serviços essenciais como a alimentação, a moradia, a renda, a educação, a atividade física, ao lazer entre outros fatores ⁷.

Diante desse contexto, é importante que a equipe de saúde seja conhecedora da realidade social do território no qual estão inseridas, seus limites e potencialidades, de forma a planejar, por meio de um trabalho intersetorial e interdisciplinar, estratégias de cuidado mais condizentes com a realidade da população adscrita, e buscar diminuir as desigualdades ⁵.

Nesse sentido, também é importante conhecer a autopercepção de saúde dos usuários da ESF. Entende-se por autopercepção de saúde, a visão que o indivíduo apresenta sobre seu estado de saúde, pois se sabe que a maneira como o indivíduo percebe sua saúde também influencia na sua conduta diante dela ⁸. Além disso, a autopercepção de saúde é um preditor de mortalidade. Ou seja, as pessoas que referem sua saúde de forma negativa apresentam maior risco de mortalidade comparado às pessoas que relatam ter boa saúde ⁹, e também maior probabilidade de utilizar o serviço da ESF ¹⁰.

Frente ao exposto, os objetivos deste trabalho são: *a)* verificar a autopercepção de saúde e os motivos de procura dos usuários a uma Unidade de Saúde da Família (USF) relacionando-as com variáveis sociodemográficas e a presença de morbidade crônica não transmissível (DCNT); e *b)* avaliar o grau de adequação do cuidado dispensado pelo médico de família, segundo a percepção do usuário com DCNT, considerando as dimensões *Continuidade da Relação* e *Continuidade da Informação*.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo corte transversal, realizado a partir de dados coletados em 2012, em uma USF situada em Caruaru, cidade sede da quarta Gerência Regional de Saúde, localizada no agreste de Pernambuco, estado do Nordeste do Brasil ¹¹, utilizando um instrumento de coleta europeu de avaliação da satisfação dos usuários, o EUROPEP, que foi validado para o Brasil ¹².

Para esse estudo foram utilizadas 11 das 49 perguntas do EUROPEP, contemplando as seguintes variáveis: *(a)* Informações sobre os Usuários: dados socioeconômicos (idade, sexo, escolaridade); e de saúde (motivo da consulta, autopercepção de saúde e presença de DCNT). *(b)* Indicadores de satisfação em relação ao atendimento médico recebido (*Continuidade da Relação*): Informação e Apoio (explicação sobre os exames e tratamentos prescritos; informações sobre o que gostaria de saber dos sintomas e da doença; abordagem de questões emocionais relacionadas aos problemas de saúde; incentivo para compreender a importância

de seguir as orientações do tratamento de saúde instituído). E uma questão do indicador *Continuidade da Informação* e *Cooperação* (conhecimento do profissional sobre o paciente e seu caso).

Foram entrevistados 100 usuários, com idade maior ou igual a 17 anos, de ambos os sexos, cadastrados há pelo menos um ano na USF, sendo esta amostra determinada por critério de conveniência ao tempo disponível pelos pesquisadores para coleta. Os usuários participaram do estudo após o atendimento, em diferentes turnos e dias da semana, após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A USF foi determinada por sorteio aleatório, contendo as USF localizadas na zona urbana do município. A USF incluída neste estudo, até julho de 2012, totalizava 4.206 indivíduos cadastrados. A equipe era formada por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, um dentista, um auxiliar da saúde bucal e sete agentes comunitários de saúde.

A construção do banco de dados foi realizada no programa Excel versão 2007, e para análise estatística foi utilizada o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) for Windows, versão 12.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). A variável idade foi apresentada sob forma de média e desvio padrão. As proporções foram comparadas utilizando-se o teste do qui-quadrado de Pearson. Quando as variáveis comparadas apresentavam duas categorias utilizou-se o qui-quadrado com teste exato de Fisher.

Foram consideradas como variáveis dependentes: (a) a autopercepção de saúde, avaliada pela pergunta: *Em geral, diria que sua saúde está* (as seguintes opções de respostas foram lidas para o entrevistado: *ótima, muito boa, boa, regular e ruim*)? Para fins de análise, as categorias foram reagrupadas, dicotomicamente, em *ótima/boa* e *regular/ruim*. (b) o principal motivo de procura dos usuários ao serviço de saúde, avaliado pela questão: *Diga, por favor, qual o motivo de sua consulta médica?* Para fins de análise, as respostas dos usuários foram categorizadas, dicotomicamente, em: *situacional* e/ou *preventivo e médico/medicamentoso*.

O grau de adequação do cuidado médico dispensado na USF foi avaliado a partir da entrevista com 70 dos 100 usuários participantes deste estudo, que possuíam DCNT, considerando as dimensões *Continuidade da Relação* e *Continuidade da Informação*, e as subdimensões relativas à percepção de saúde expressa por esses usuários, categorizadas em *Ótima/Boa* e *Regular/Ruim*, utilizando uma Matriz de Análise e Julgamento conforme pode ser observado no Quadro 1 a seguir.

Demonstra-se no Quadro 1 como, verificando-se caso a caso, os padrões de julgamento do cuidado dispensado pelo médico da USF foram analisados, definindo-se para

isso, as pontuações obtidas em cada dimensão/subdimensão deste estudo por meio de quartis, conforme o que se segue: Muito Bom = 2 pontos; Bom = 1 ponto; Regular = 0,5 ponto; Ruim/Péssimo = 0 pontos; e calculando-se o percentual alcançado (%) por dimensão/subdimensão, por intermédio da relação entre a Pontuação Máxima Esperada (PME = 100%) e a Pontuação Observada (PO), segundo: $\Sigma X(PO) / X(PME) * 100$. Em seguida, a “Classificação do Cuidado Dispensado” foi realizada, considerando-se: *Adequado* ou *Satisfatório*, quando o percentual alcançado $\geq 75\%$; *Parcialmente Adequado* ou *Parcialmente satisfatório*, quando o percentual alcançado foi de 50% a 74%; *Insatisfatório* ou *Crítico*, quando o percentual alcançado foi de 25% a 49%; e *Inadequado*, quando o percentual alcançado foi $< 25\%$. Os dados foram analisados utilizando o programa Microsoft Office Excel versão 2007.

Os dados foram coletados em 2012, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade do Vale do Ipojuca (Protocolo de número 00077/2012), disponível no Anexo B; sendo respeitados os preceitos éticos definidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde de número 466/12. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) foi assinado em duas vias, ficando uma com a pesquisadora principal e a outra com o entrevistado (a). A Carta de Anuência fornecida pela Secretaria de Saúde de Caruaru-PE encontra-se no Anexo C.

Quadro I Matriz de Análise e Julgamento do cuidado médico recebido, segundo a percepção dos usuários com DCNT, considerando as dimensões de Continuidade da Relação e Continuidade da Informação, em uma USF de Pernambuco, 2012.

Continuidade da Relação	Parâmetro	Fonte de informação	PME *	PO **	Classificação ***
Explicação sobre os exames e os tratamentos prescritos.	Muito Bom=-02 pontos; Bom= 01 ponto; Regular = 0,5; Ruim/Péssimo = 0 pontos	Entrevista com usuário da USF	2		
Informações sobre o que gostaria de saber dos sintomas e da doença.	Muito Bom=-02 pontos; Bom= 01 ponto; Regular = 0,5; Ruim/Péssimo = 0 pontos	Entrevista com usuário da USF	2		
Abordagem de questões emocionais relacionadas aos problemas de saúde.	Muito Bom=-02 pontos; Bom= 01 ponto; Regular = 0,5; Ruim/Péssimo = 0 pontos	Entrevista com usuário da USF	2		
Incentivo para compreender a importância de seguir orientações e o tratamento instituído.	Muito Bom=-02 pontos; Bom= 01 ponto; Regular = 0,5; Ruim/Péssimo = 0 pontos	Entrevista com usuário da USF	2		
Σ PME			8		
Continuidade da Informação	Parâmetro	Fonte de informação	PM		
Conhecimento do profissional sobre você e o seu caso	Muito Bom=-02 pontos; Bom= 01 ponto; Regular = 0,5; Ruim/Péssimo = 0 pontos	Entrevista com usuário da USF	2		
Σ PME			2		

*PME – Pontuação Máxima Esperada; **PO - Pontuação Observada;***Classificação do Grau de Adequação do Cuidado Médico dispensado na USF, segundo a percepção do usuário: *Adequado* ou *Satisfatório* ($\geq 75\%$); *Parcialmente Adequado* ou *Parcialmente Satisfatório* (50% a 74%); *Insatisfatório* ou *Crítico* (25% a 49%); e *Inadequado* ($< 25\%$).

RESULTADOS

Os usuários eram predominantemente do sexo feminino (92%), com idade média de 38,25 anos (DP 14,74); de baixa escolaridade (70% com fundamental incompleto); e com diagnóstico de pelo menos uma DCNT (70%), e dentre esses, 62,9% dos usuários percebia sua saúde como *regular/ruim*.

Pode-se observar na Tabela 1, que as pessoas com idade ≥ 40 anos possuíam percepção de sua saúde mais negativa (*regular/ruim*) que as mais jovens (≤ 39 anos), tendo sido observada correlação com significância estatística entre autopercepção de saúde negativa e maior faixa etária ($p = 0,000$). Não foi observada correlação significativa entre autopercepção de saúde e sexo ($p = 0,728$). E, quanto à escolaridade, observou-se que quanto menor a escolaridade maior a proporção de pessoas com autopercepção de saúde negativa, apresentando essa correlação significância estatística ($p = 0,001$).

Ainda na Tabela 1 demonstra-se que os usuários que apresentavam pelo menos uma DCNT referiram sua saúde de forma mais negativa do que àqueles que não apresentavam essas doenças; e a correlação entre ter diagnóstico de DCNT e autopercepção negativa de saúde obteve significância estatística ($p = 0,048$). Além disso, a quantidade de diagnósticos de DCNT representou um fator importante, pois quanto maior o número de diagnósticos referidos maior a autopercepção de saúde negativa, sendo essa correlação significativa ($p = 0,029$).

Na Tabela 2 observa-se que o principal motivo de procura dos usuários pela USF foi de ordem médica-medicamentosa (67%), e que a maior parte dos usuários que referiram possuir DCNT procurou a USF por esse motivo (74,3%), constatando-se, com significância estatística, a correlação entre possuir DCNT, seja uma ($p = 0,022$) ou mais ($p = 0,045$), e ir a USF por motivo médico-medicamentoso. Não foi observada correlação significativa entre motivo de procura pela USF e as variáveis faixa etária ($p = 0,865$), sexo ($p = 0,265$) e escolaridade (0,360).

Tabela 1 Autopercepção de saúde de usuários de uma Unidade Saúde da Família, segundo variáveis sociodemográficas e presença de morbidade crônica não transmissível. Pernambuco, 2012.

<i>Autopercepção de Saúde</i>							
<i>Variáveis</i>	<i>Ótima/Boa</i>		<i>Regular/Ruim</i>		<i>Total</i>		<i>*p</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
<i>Faixa etária</i>							
<20 anos	8	88,9	1	11,1	9	100	0,000
20-39	28	56,0	22	44,0	50	100	
40-59	5	16,7	25	83,3	30	100	
≥60	3	27,3	8	72,7	11	100	
<i>Sexo</i>							
Masculino	4	50,0	4	50,0	8	100	0,728
Feminino	40	43,5	52	56,5	92	100	
<i>Escolaridade</i>							
Fundamental							
incompleto	23	32,9	47	67,1	70	100	0,001
completo ou mais	21	70,0	9	30,0	30	100	
<i>Presença de DCNT</i>							
Sim	26	37,1	44	62,9	70	100	0,048
Não	18	60,0	12	40,0	30	100	
<i>Nº de DCNT's</i>							
Nenhuma	18	60,0	12	40,0	30	100	0,029
1	18	48,6	19	51,4	37	100	
2 ou 3	7	26,9	19	73,1	26	100	
≥4	1	14,3	6	85,7	7	100	
Total	44	44,0	56	56,0	100	100	

*Teste do Qui-quadrado de Pearson; ** Teste do Qui-quadrado de Fisher.

Tabela 2 Motivos de procura pelo serviço em uma Unidade Saúde da Família, segundo variáveis sociodemográficas e presença de morbidade crônica não transmissível. Pernambuco, 2012.

<i>Motivo de procura</i>							
<i>Variáveis</i>	<i>Situacional/preventivo</i>		<i>Médico/Medicamentoso</i>		<i>Total</i>		<i>*p</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
<i>Faixa etária</i>							
< 20	4	44,4	5	55,6	9	100	0,865
20-39	16	32,0	34	68,0	50	100	
40-59	9	30,0	21	70,0	30	100	
≥60	4	36,4	7	63,6	11	100	
<i>Sexo</i>							
Masculino	1	12,5	7	87,5	8	100	0,265
Feminino	32	34,8	60	65,2	92	100	
<i>Escolaridade</i>							
Fundamental							
incompleto	21	30,0	49	70,0	70	100	0,360
completo ou mais	12	40,0	18	60,0	30	100	
<i>Presença de DCNT</i>							
Sim	18	25,7	52	74,3	70	100	0,022
Não	15	50,0	15	50,0	30	100	
<i>Nº de DCNT</i>							
Nenhuma	15	50,0	15	50,0	30	100	0,045
1	11	29,7	26	70,3	37	100	
2 ou 3	4	15,4	22	84,6	26	100	
≥ 4	3	42,9	4	57,1	7	100	
Total	33	33,0	67	67,0	100	100	

*Teste do Qui-quadrado de Pearson; ** Teste do Qui-quadrado de Fisher.

Tem-se no Quadro 2 a Matriz de Análise e Julgamento do cuidado médico recebido pelos usuários, considerando as dimensões *Continuidade da Relação* e *Continuidade da Informação*, e as subdimensões da autopercepção de saúde *regular/ruim* e *ótima/boa*. Evidencia-se que, no global, em ambas as dimensões, o grau de adequação do cuidado médico dispensado foi considerado *Insatisfatório*.

Na dimensão *Continuidade da Relação*, o cuidado médico, no julgamento dos usuários com autopercepção da saúde *regular* ou *ruim*, obteve 51% de adequação sendo considerado *parcialmente adequado*. E, no julgamento dos pacientes com autopercepção de saúde *ótima* ou *boa*, o cuidado médico obteve 41,8% de adequação se classificando como *insatisfatório*. Particularizando a observação, totalizam nessa dimensão 23 usuários (32,9% de 70 entrevistados) que julgaram o atendimento médico *insatisfatório* ou *inadequado*. E, dentre esses, 17 entrevistados tinham autopercepção de saúde *regular* ou *ruim* (38,6% de 44 usuários), classificando o cuidado médico recebido *insatisfatório* 13 destas pessoas (29,5% de 44 pessoas) e *inadequado* as quatro outras pessoas (9,1% de 44 usuários). E, no grupo dos que consideraram sua saúde *ótima* ou *boa*, apenas 30,8% (oito de 26 entrevistados) classificaram *adequado* o cuidado médico recebido.

Na dimensão *Continuidade da Informação*, o cuidado médico obteve 43,7% de adequação, sendo considerado *insatisfatório*, tanto no julgamento dos usuários com autopercepção de saúde *regular/ruim* quanto no julgamento dos usuários com autopercepção de saúde *ótima/boa*. Também nessa dimensão, particularizando a observação entre os entrevistados que julgaram o cuidado médico *insatisfatório* ou *inadequado*, verifica-se que totalizam 19 usuários (27,1% de 70 entrevistados). Pode-se evidenciar, ainda, que dentre as pessoas com autopercepção de saúde *regular* ou *ruim* 14 pessoas (31,8% de 44 pacientes), e dentre estas oito (18,2% de 44 entrevistadas) consideraram o cuidado médico *insatisfatório* e seis (13,6% de 44 pessoas) consideraram *inadequado*. E, dentre os entrevistados com autopercepção de saúde *ótima/boa*, 19,2% (cinco de 26 pacientes) classificaram o cuidado médico *insatisfatório* ou *inadequado*.

Quadro 2 Matriz de Análise e Julgamento do cuidado médico recebido, categorizado pela percepção dos usuários com DCNT, considerando as dimensões Continuidade da Relação e Continuidade da Informação, em uma USF de Caruaru-PE, 2012.

Autopercepção dos usuários	Dimensão	Subdimensão	Total de pacientes	PME *	PO **	GA ***	Classificação ****	
	Continuidade da Relação (CR)	Regular ou Ruim		7	8	8	100	Adequado
			2	8	7	87,5	Adequado	
			3	8	6	75,0	Adequado	
			1	8	5,5	68,7	Parcialmente Adequado	
			4	8	5	62,5	Parcialmente Adequado	
			10	8	4	50,0	Parcialmente Adequado	
			6	8	3,5	43,7	Insatisfatório	
			3	8	3,0	37,5	Insatisfatório	
			1	8	2,5	31,2	Insatisfatório	
			3	8	2,0	25,0	Insatisfatório	
			2	8	1,5	18,7	Inadequado	
			2	8	1,0	12,5	Inadequado	
			44	96	49	51,0	Parcialmente Adequado	
Ótima ou Boa				4	8	8	100	Adequado
				4	8	6	75,0	Adequado
				3	8	5	62,5	Parcialmente Adequado
				9	8	4	50,0	Parcialmente Adequado
				1	8	3,5	43,7	Insatisfatório
				1	8	2,5	31,2	Insatisfatório
			1	8	2	25,0	Insatisfatório	
			1	8	1,5	18,7	Inadequado	
			1	8	1	12,5	Inadequado	
			1	8	0	0	Inadequado	
Σ Subdimensão CR			70	176	82,5	46,9	Insatisfatório	
Continuidade da Informação (CI)		Regular/Ruim		14	2	2	100	Adequado
				16	2	1	50,0	Parcialmente Adequado
			8	2	0,5	25,0	Insatisfatório	
			6	2	0	0	Inadequado	
			44	8	3,5	43,7	Insatisfatório	
	Ótima/Boa		9	2	2	100	Adequado	
			12	2	1	50,0	Parcialmente Adequado	
			2	2	0,5	25,0	Insatisfatório	
			3	2	0	0	Inadequado	
			26	8	3,5	43,7	Insatisfatório	
		Σ Subdimensão CI			70	16	7,0	43,7
	Σ Dimensão da Avaliação				192	89,5	46,6	Insatisfatório

*PME (Pontuação Máxima Esperada); **PO (Pontuação Observada); ***GA (% do Grau de Adequação) do cuidado médico dispensado e ****sua respectiva Classificação.

DISCUSSÃO

Apesar das limitações deste estudo, presentes principalmente, no fato de se tratar de uma pesquisa apenas quantitativa, não sendo possível explicar questões subjetivas que possam ter influenciado a autopercepção de saúde dos usuários; os motivos que os levam à procura da consulta na USF; e as razões responsáveis pelo julgamento de adequação do cuidado médico, evidenciado na dimensão desta avaliação como *insatisfatório* (46,6% de adequação), o presente estudo contribui para a discussão sobre a qualidade da atenção dispensada na ESF e sobre os princípios de integralidade da atenção nas ações de promoção à saúde, prevenção e assistência com participação de equipe interdisciplinar, tornando-se a principal estratégia de reorientação do modelo de saúde brasileiro, conforme se preconiza na Portaria GM nº 2.488 de 21/10/2011¹; a fim de se concretizar o estabelecido na Constituição Federal de 1988, que define saúde como um direito assegurado através de políticas econômicas e sociais de acesso às ações de saúde de promoção, proteção e recuperação¹³.

Reichert, Loch e Capilheira¹⁴, em um estudo realizado em 2012, referem que as pessoas percebem a saúde não apenas como ausência de doenças, mas como uma conquista resultante de condições sociais, demográficas e comportamentais adequadas, devendo assim o serviço de saúde ampliar o cuidado para além da doença. Nesse contexto, a ESF é a instância do serviço de saúde privilegiada para tal conduta, visto ser fundamentada no cuidado integral de saúde com foco nas famílias e na comunidade, devendo considerar os contextos históricos, culturais, demográficos, epidemiológicos e sociais da população a ela adscrita. No presente estudo, assim como em outros^{15, 16, 17}, foram evidenciados que essas considerações não fizeram parte da rotina do serviço de saúde, visto que a procura dos usuários pela USF foi predominantemente por motivo médico-medicamentoso, estando correlacionada com a presença de uma ou mais DCNT.

Os achados do presente estudo corroboram os evidenciados por Arruda-Barbosa, Dantas e Oliveira¹⁵, que em estudo realizado em 2011, ressaltam que muitas pessoas ainda correlacionam saúde com a simples ausência de doenças, e que por isso, priorizam consultas médicas, exames e remédios para alcançá-la. Esses autores ressaltam, também, que como houve um aumento da procura do serviço de saúde para o controle de DCNT, como Hipertensão e Diabetes, o serviço deve promover incentivo não apenas ao tratamento medicamentoso, mas também às mudanças de hábitos inadequados. Costa *et al.*¹⁷ também observaram que os usuários solicitam remédios, médicos disponíveis 24 horas, e especialistas

como sugestões para melhora do serviço de saúde, revelando um olhar distorcido do objetivo da ESF, e uma priorização para assistência médica-curativa.

Para Moraes, Bertolozzi e Hino¹⁶ as pessoas percebem mais notadamente a determinação biológica do processo de adoecimento. Todavia, percebe-se que elas mostram-se preocupadas em ter qualidade de vida, garantia de bons serviços e boa relação com o profissional de saúde, revelando que intrinsecamente está presente o conceito ampliado de saúde. Essa percepção é importante, pois as precárias condições de vida, moradia, água e transporte, por exemplo, expressam-se em dificuldades para atingir os objetivos preconizados para a ESF¹⁸.

Para Medina *et al.*¹⁹ e Cabral *et al.*²⁰, apesar de o SUS já estar constituído politicamente, observa-se incipiência na realização dos cuidados mais holísticos de saúde, tais quais as ações de promoção de saúde, revelando a necessidade de aprimoramento da ESF, requerendo para isso monitoramento e avaliações.

Silva *et al.*²¹, ao realizar em 2011 uma revisão da produção científica sobre o papel da ESF na reorientação do modelo de atenção no país, chegam à conclusão que, apesar de ter colaborado com a melhoria do processo de trabalho na atenção primária, seu caráter substitutivo não foi evidenciado na maioria dos estudos. E afirmam que os limites mais evidentes se situam no pouco foco que se dá as necessidades de saúde, e ao enfrentamento dos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Com relação às variáveis estudadas, o presente estudo observou, com significância estatística, correlação entre autopercepção negativa de saúde e faixa etária mais avançada. Resultado similar também foi obtido em diversos estudos^{14, 22, 23, 24}. Essa correlação encontra explicação no fato de as doenças aumentarem em número com a idade, e de uma parcela da população ainda correlacionar saúde estritamente à ausência de doenças^{14, 22}, contrariando o conceito de saúde definido pela Organização Mundial da saúde como bem-estar físico, mental e social e não, somente, a ausência de doenças²⁵. Além disso, é nessa faixa etária que ocorrem as limitações e incapacidades físicas, devido às morbidades e o próprio envelhecimento²³. As incapacidades dificultam a realização de atividades normais da vida diária, comprometendo a qualidade de vida, e esse fato pode ter influenciado a autopercepção de saúde negativa, condição que pode ser minimizada/superada quando a ESF torna-se efetiva.

O presente estudo evidenciou que a grande maioria dos que procuraram a USF era mulheres. Esse resultado também foi relatado em outros estudos^{26, 27, 28}. Contudo, no presente estudo não foi encontrada correlação significativa entre autopercepção de saúde e sexo. Este

resultado difere do encontrado por outros autores ^{14, 22, 23, 29} que observaram correlação significativa entre autopercepção negativa da saúde com o sexo feminino. Tal fato pode ser explicado pelo número reduzido (n = 8) de homens no presente estudo.

Quanto à baixa escolaridade, sua correlação com autopercepção negativa de saúde foi observada com significância estatística neste estudo, sendo este resultado apontado, também, por diversos autores ^{14, 22, 23, 24} incluindo estudos com idosos ³⁰.

Souza *et al.* ²³, em um estudo realizado em 2008, relacionaram o nível educacional com o nível social dos indivíduos. Eles constataram que o baixo nível educacional acarretou pior saúde, em todo o país, especialmente no Norte e Nordeste. Segundo esses autores, isso ocorre porque as disparidades sociais concorrem para diferentes riscos e, conseqüentemente, pior condição de saúde. A correlação significativa de baixa escolaridade e autopercepção negativa de saúde, do presente estudo, corroboram esse achado de Souza *et al.*, podendo ter igualmente sua explicação no fato de as pessoas entrevistadas pertencerem às camadas de nível sociais mais desfavorecidas da população, visto que a ESF no Brasil atua mais entre pessoas com essa condição. Assim, nota-se a importância dessa variável como um dos determinantes do processo saúde-doença, reforçando a necessidade de se retomar as discussões para implementação das redes integradas de serviços de saúde a partir da ESF.

O presente estudo encontrou correlação, com significância estatística, da autopercepção negativa de saúde e a presença de alguma DCNT. Este resultado foi evidenciado por outros autores ^{14, 22}, incluindo estudos realizados apenas com idosos ^{30, 31}. Esta evidencia pode ter por explicação o insucesso no controle das DCNT pelos usuários, seja por falhas em seu acompanhamento pela equipe de saúde, seja por dificuldades sociais em seguir as orientações médicas, o que faz com que os indivíduos percebam-se sempre doentes e insatisfeitos com o cuidado médico recebido na USF, resultando na classificação do cuidado médico *insatisfatório* evidenciada neste estudo. Diferentemente, Borges *et al.* ³², em um estudo realizado com idosos em 2014, observaram que a maior parte deles, mesmo tendo DCNT afirmou ter *boa saúde*, e que a autopercepção negativa de saúde foi mais relacionada a incapacidades físicas do que com a presença de doenças. Em outros estudos, além da presença de DCNT, a autopercepção negativa de saúde foi correlacionada com o grau de dependência para realizar atividades habituais ²⁴; e em idosos, com a presença de dores crônicas ³³.

Traebert, Bortoluzzi e Kehrig ²⁴, em estudo realizado em 2011 com idosos, observaram que os relacionamentos pessoais e a presença de apoio nas horas difíceis também se mostraram correlacionadas com boa autopercepção de saúde, independente do nível de

saúde dos indivíduos. Outros autores observaram que estar trabalhando/ter emprego também está correlacionado à autopercepção boa de saúde ³⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo, complementados pelos resultados dos demais estudos mencionados, reforçam a importância de se perseguir a obtenção da qualidade e oportunidade no cuidado prestado para o controle das DCNT a partir da USF, e sugerem que o acompanhamento do usuário pela ESF, quando realizado de forma interdisciplinar, pode influenciar sua percepção de saúde, na medida em que, quando adequado, promova a redução de complicações e a melhora de sua qualidade de vida. Esta assertiva se respalda no fato de no presente estudo se ter observado que a inadequação do cuidado médico foi mais reportada entre os usuários com autopercepção de saúde *regular/ruim* do que entre os pacientes com autopercepção de saúde *ótima/boa*, em ambas as dimensões avaliadas. Dessa forma, evidencia-se a importância de se considerar o princípio da equidade em saúde, entendendo-se por equidade a igualdade com justiça social, ou seja, direcionar cuidado contínuo por meio de ações de saúde aos usuários que apresentam diferenças sociais ou de saúde mais urgentes. Seguindo-se esse princípio, os usuários com DCNT devem ter atenção especial por parte da ESF, de forma a conseguir equalizar as dificuldades para o controle de sua doença, prevenindo-se as complicações.

Ao demonstrar a correlação entre autopercepção de saúde, os motivos de procura pelo atendimento na USF, e o grau de adequação do cuidado médico dispensado na USF, este estudo fornece subsídios para as discussões sobre a importância da ESF como eixo organizador das ações de saúde, e sobre a importância que os determinantes sociais desempenham no nível de saúde dos usuários, devendo a ESF ser encarada não como a instância da saúde de ações simplificadas, mas como a que exige dos profissionais que nela atuam um arsenal de atributos e recursos tecnológicos, primordialmente respaldados para a produção de ações de saúde das ditas “tecnologias leves”. Ou seja, para que a ESF venha a cumprir o seu papel na reestruturação do SUS, faz-se necessário mudar a concepção de que esse nível de atenção possui menor complexidade tecnológica. Ao contrário, é oportuno pontuar que, apesar de possuírem menor densidade tecnológica, a efetividade das ações na USF exige dos profissionais envolvidos grande complexidade nas ações, rotuladas nas “tecnologias leves”. Conscientes com relação a esses fatos, gestores e profissionais de saúde devem adequar as ações de saúde à realidade da população adscrita à USF, respeitando-se o

princípio da equidade. Atuando-se de forma interdisciplinar, e junto a um trabalho intersetorial, pode-se atuar de forma a diminuir as desigualdades sociais, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos e, conseqüentemente, o nível de saúde dos mesmos. Faz-se necessário que gestores e profissionais de saúde estimulem continuamente as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, por meio da atuação interdisciplinar, promovendo ampliação do olhar sobre as linhas de cuidado em saúde, especialmente as de promoção e prevenção, com foco familiar e comunitário.

Ressalta-se que outros estudos, com abordagem qualitativa devem ser realizados, para observar as questões subjetivas de forma a ampliar a análise sobre essa temática.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Brasília** (DF), 2011 [citado em 24 maio 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
2. Pimentel FC, Albuquerque PC, Souza WV. A Estratégia de Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. **Saúde debate**. Rio de Janeiro. 2015; 39 (104): 88-101.
3. Santos BP, Nunes FN, Noguez PT, Roese A. Atenção à Saúde na Estratégia Saúde da Família: Reflexões da perspectiva do usuário com Doença Crônica Não Transmissível. **RBSP**. 2014; 38 (3): 665- 678.
4. Brito ESV, Oliveira RC, Silva MRF. Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de diabetes. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. Recife. 2012; 12 (4): 413-423.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. **Série B. Textos Básicos de Saúde**. Brasília (DF). 2011. 160 p.: il. [citado em 18 junho 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf.
6. Francisco PMSB, Segri NJ, Barros MBA, Malta DC. Desigualdades sociodemográficas nos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito telefônico em Campinas, São Paulo. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília. 2015; 24 (1): 7-18.
7. Presidência da República (BR). Lei nº. 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**. 1990; 19 set. [citado em 27 julho 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.

8. Segovia J, Bartlett RF, Edwards AC. An empirical analysis of the dimensions of health status measures. **Soc Sci Med**. 1989; 29(6): 761-768.
9. Marcellini F, Leonardi F, Marcucci A, Freddi A . et al. Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. **Arch Gerontol Geriatr**. 2002; 35: 181-189.
10. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Públ**. 2009; 43(4): 595-603.
11. Silva AN, Macêdo DJN, Assis KCO, Oliveira FGP. Estratégia de Saúde da Família: qualidade dos serviços na visão dos usuários [trabalho de conclusão de curso]. Caruaru (PE): Curso de Nutrição, **Faculdade do Vale do Ipojuca**, 2012.
12. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciênc. saúde colet**. 2013; 18 (1): 103-114.
13. Presidência da República (Brasil). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília (DF): **Senado Federal**; 1988. [citado em 23 agosto 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
14. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. . **Ciênc. saúde colet**. 2012; 17 (12): 3353-3362.
15. Arruda-Barbosa L, Dantas TM, Oliveira CC. Estratégia Saúde da Família: Avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. **RBPS**. Fortaleza. 2011. 24 (4): 347-354.
16. Moraes PA, Bertolozzi MR, Hino P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev Esc Enferm USP**. 2011; 45 (1): 19-25.
17. Costa MCG, Ramalhão CL, Pettersen AG, Pio JAT, Berbare S, Melo VFA, Crempe YB . As ações do serviço de saúde voltadas para o âmbito individual e pouco coletivo. **Rev. bras. educ. med**. 2012; 36 (1): 57-63.
18. Oliveira EM, Felipe EA, Santana HS, Rocha IH, Magnabosco P, Figueiredo MAC. Determinantes sócio-históricos do cuidado na Estratégia Saúde da Família: a perspectiva de usuários da área rural. **Saúde Soc**. 2015; 24 (3): 901-913.
19. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, Mota E, Pinto Júnior EP, Luz LA, Anjos DSO, Pinto ICM. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde debate**. Rio de Janeiro. 2014; 38: 69-82.
20. Cabral JR, Carvalho EJA, Lima FF, Henriques LFM, Gomes GMB, Cabral LR. Avaliação da qualidade dos serviços prestados por uma Unidade de Saúde da Família no município de Recife-PE. **G&S**. 2015; 6 (2): 1382-1393.
21. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. saúde colet**. 18(1) 221-232, 2013.

22. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Determinantes sócio-demográficos da auto-avaliação da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 2005; 21: 54-64.
23. Souza MC, Otero UB, Almeida LM, Turci SRB, Figueiredo VC, Lozana JA. Auto-avaliação de saúde e limitações físicas decorrentes de problemas de saúde. **Rev. Saúde Públ.** Rio de Janeiro. 2008; 42 (4): 741-749.
24. Traebert J, Bortoluzzi MC, Kehrig RT. Auto-percepção das condições de saúde da população adulta, sul do Brasil. **Rev. Saúde Públ.** 2011; 45 (4): 789-793.
25. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Basic documents. **Geneva**: World Health Organization; 1946. [citado em 29 de setembro 2015]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44192/1/9789241650472_eng.pdf.
26. Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia de Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciênc. saúde colet.** 2010; 15(4): 2145-2154.
27. Cabrelli R, Souza CS, Turrini RNT, Cianciarullo TI. Idosos na unidade de saúde da família: morbidade e utilização de serviços de saúde. **Rev. RENE.** 2014; 15 (1): 89-98.
28. Moraes SA, Lopes DA, Freitas ICM. Diferenças sexo-específicas na prevalência e nos fatores associados à procura por serviços de saúde em estudo epidemiológico de base populacional. **Rev. bras. epidemiol.** 2014; 17 (2): 323-340.
29. Agostinho MR, Oliveira MC, Pinto MEB, Balardin GU, Harzheim E. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Florianópolis. Jan/dez, 2010; 17 (5): 9-15.
30. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde. **Rev. bras. epidemiol.** 2012; 5 (2): 415-428.
31. Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB. Características sócio-demográficas, cobertura de tratamento e auto-avaliação da saúde dos indivíduos que referiram seis doenças crônicas no Brasil, 2003. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 2005; 21: 43-53.
32. Borges AM, Santos G, Kummer JA, Fior L, Molin VD, Wibelinger LM. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro. 2014; 17 (1): 79-86.
33. Pereira LV, Vasconcelos PP, Souza LAF, Pereira GA, Nakatani AYK, Bachion MM. Prevalência, intensidade de dor crônica e autopercepção de saúde entre idosos: estudo de base populacional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2014; 22 (4): 662-669.

Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário de nossa pesquisa, intitulada: **“Estratégia de Saúde da Família: qualidade dos serviços na visão dos usuários”**. Essa pesquisa pretende conhecer a visão dos usuários sobre a qualidade dos serviços oferecidos na presente Estratégia de Saúde da Família (ESF) e buscar possíveis sugestões de melhorias. Acreditamos que ela seja importante para conhecer em que medida os serviços conseguem responder às necessidades e expectativas dos usuários. Sua participação constará de responder algumas perguntas relacionadas à sua satisfação sobre os serviços prestados na ESF nos últimos 12 meses e algumas informações pessoais.

É possível que aconteça alguns riscos de desconfortos e constrangimentos, mas informamos que eles serão minimizados, pois o questionário será respondido individualmente, em um local externo à ESF de forma a garantir sua segurança e o sigilo de suas informações. Os benefícios que esperamos com esse estudo são o de contribuir para a melhoria dos serviços públicos de saúde.

Esclarecemos que sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento. E que caso (a) senhor (a) não deseje participar não haverá nenhum prejuízo para o seu atendimento nessa ESF. Comunicamos também que não haverá qualquer tipo de custo ou remuneração financeira com a sua participação, ou seja, os custos serão assumidos pelos pesquisadores e sua participação é voluntária.

As informações dessa pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo garantido o sigilo de suas informações e ao finalizarmos o estudo os questionários serão guardados pelos pesquisadores em um local seguro e protegido para que continue garantido o sigilo de suas informações.

Fica garantida também, indenização em caso de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação nessa pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Ao participar, você receberá uma cópia desse termo e deverá guarda-la para que a qualquer momento possa entrar em contato conosco, para esclarecer alguma possível dúvida com relação à pesquisa ou a sua participação.



Assinatura do voluntário: _____

Polegar esquerdo

Assinatura do pesquisador: _____

Eu, _____, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do voluntário



Polegar esquerdo

Assinatura de uma testemunha

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Dados dos pesquisadores:

Amanda Natacha da Silva (81) 8628-4444

Derberson José do Nascimento Macêdo (81) 9972- 0932

Keila Cristina de Oliveira Assis (81) 9132-2566

Flávia Gabrielle Pereira de Oliveira (81) 3722-8080

Anexo A- Autorização para uso de dados

Carta de autorização para utilização dos dados

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos, para os devidos fins, que concordamos com a utilização do banco de dados do estudo “Estratégia de Saúde da Família: Qualidade dos Serviços na Visão dos Usuários”, pela aluna de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Amanda Natacha Silva Ferreira Lins, turma 2013/2015, para o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado: “AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE E MOTIVOS DE PROCURA PELO SERVIÇO, EM USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DO MUNICÍPIO DE CARUARU-PE”, sob a orientação da pesquisadora Dra. Taciana Fernanda dos Santos Fernandes.

Ressaltamos que o estudo “Estratégia de Saúde da Família: Qualidade dos Serviços na Visão dos Usuários” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade do Vale do Ipojuca, sobre protocolo de número 00077/2012.

Recife, 12 de abril de 2014.



Flávia Gabrielle Pereira de Oliveira – Orientadora da Pesquisa: “Estratégia de Saúde da Família: Qualidade dos Serviços na Visão dos Usuários”

Anexo B- Parecer do Comitê de Ética para coleta de dados



SOCIEDADE DE EDUCAÇÃO DO VALE DO IPOJUCA
MANTENEDORA DA FACULDADE DO VALE DO IPOJUCA - FAVIP

PARECER

De acordo com as normas vigentes e seguindo diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade do Vale do Ipojuca (CEP/FAVIP), após avaliação do Projeto intitulado: Estratégia de saúde da família: qualidade dos serviços na visão dos usuários dos pesquisadores: Amanda Natacha da Silva, Derberson José do Nascimento Macêdo e Keila Cristina de Oliveira Assis em reunião 03/09/2012, emite parecer favorável.

Protocolo: 00077/2012

Caruaru, 03 de setembro de 2012

J. Josimário

Prof. Dr. Josimário João da Silva

Coordenador do CEP / FAVIP



SOCIEDADE DE EDUCAÇÃO DO VALE DO IPOJUCA LTDA.
CNPJ: 02735.951/0001-65, R. Aguiar da Silva Costa, S/O, Itambépolis, Caruaru - PE
Cep: 55024-901. Fone/Fax: (51) 3722-9100. www.favip.edu.br

Anexo C- Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru-PESecretaria
de Saúde**Governo do Município de Caruaru****DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**

Declaro estar ciente da realização da pesquisa intitulada, **ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: QUALIDADE DOS SERVIÇOS NA VISÃO DOS USUÁRIOS** pelos alunos AMANDA NATACHA DA SILVA, DERBERSON JOSÉ DO NASCIMENTO MACÊDO e KEILA CRISTINA DE OLIVEIRA ASSIS, do curso de Bacharelado em Nutrição, facultando-lhe a coleta de dados para a referida nas Unidades de Estratégia da Família, neste município.

A realização da pesquisa está autorizada, desde que o pesquisador cumpra com os requisitos da Resolução do CNS nº196/96 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para fins de pesquisa.

Caruaru, 06 de setembro de 2012.

Maria Aparecida de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Anexo D - Instrumento de Pesquisa

Avaliação da Atenção Básica pela perspectiva dos usuários – instrumento EUROPEP adaptado para os grandes centros urbanos brasileiros¹².

Legenda: as questões utilizadas neste estudo foram destacadas na cor cinza

Informações e dados pessoais

9. **Nome:** _____

10. **Ano de nascimento:** _____

11. **Sexo:** ___ 1. Masculino ___ 2. Feminino

12. **Qual o maior grau de escolaridade que completou ou que está frequentando neste momento?**

1. Analfabeto ___ 2. Ensino Fundamental incompleto ___ 3. Fundamental completo ou Ensino Médio incompleto ___
4. Ensino Médio completo ou Superior incompleto ___ 5. Superior completo ou mais _____

13. **Código do questionário:** _____

14. **Data da entrevista:** _____/_____/_____

15. **Entrevistador:** _____

16. **Turno da entrevista:** 1. Manhã ___ 2. Tarde ___

17. **Dia da Semana:** 2^a ___ 3^a ___ 4^a ___ 5^a ___ 6^a ___

Questionário

18. **Qual foi o profissional que te atendeu hoje?**

1. Médico ___ 2. Enfermeiro ___ 3. Dentista ___ 4. Não sabe se é médico, dentista ou enfermeiro ___.

11. **Diga por favor, qual o motivo de sua consulta médica?** _____

12. **É atendido nessa unidade há mais de um ano?**

1. Sim ___ 2. Não ___

13. **Quantos dias decorreram entre o dia que marcou e o dia desta consulta?**

1. Fui consultado/a no mesmo dia ___

2. Entre o dia da marcação e o da consulta decorreram _____ dias (13.2.1)

14. **A consulta foi marcada para uma hora adequada para você?**

1. Sim ___

2. A consulta foi marcada, mas para uma hora que não foi adequada para mim ___.

3. Fui atendida (o) no mesmo dia ___

14.1. **Como marcou a consulta?**

1. Fui ao Centro de Saúde para marcar ___

2. Ficou marcada desde a consulta anterior ___

3. O agente Comunitário de Saúde marcou para mim ___

4. Pedi alguém para ir marcar ___ Quem? 14.4.1 _____

15. **Pensa que esperou muito tempo para ser consultado? Foi-lhe dada alguma explicação?**

1. Sim, deram-me uma explicação ___.

2. Sim, e não me deram qualquer explicação para a demora, mas gostaria de ter sabido alguma coisa ___.

3. Sim, não me deram explicação, mas eu compreendi as razões___.
4. Não, não tive que esperar muito tempo___.

Por favor, pense agora no profissional médico que da sua equipe que normalmente te atende nos últimos 12 meses.

- RELAÇÃO E COMUNICAÇÃO

Qual a sua opinião sobre o médico de saúde da sua equipe de saúde da família nos últimos 12 meses em relação a/ao...	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não se aplica
16. Duração da consulta?						
17. Interesse do profissional nos seus problemas de saúde e na forma como ele te ouviu?						
18. Sentir-se à vontade para contar os seus problemas de saúde ao profissional de saúde?						
19. Sua participação nas decisões do cuidado que o profissional de saúde lhe prestou?						
20. Segredo/sigilo da informação sobre o seu problema?						

- CUIDADOS MÉDICOS

Qual a sua opinião sobre o médico de saúde da sua equipe de saúde da família nos últimos 12 meses em relação a/ao...	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não se aplica
21. Alívio rápido dos seus sintomas?						
22. Melhora para desempenhar as suas tarefas diárias?						
23. Exame físico que o profissional fez em você durante a consulta?						
24. Indicação de serviços de prevenção de doenças (por exemplo, exames, vacinas).						

- INFORMAÇÃO E APOIO

Qual a sua opinião sobre o médico de saúde da sua equipe de saúde da família nos últimos 12 meses em relação a/ao...	Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não se aplica
25. Explicação sobre os exames e os tratamentos prescritos?						
26. Informações sobre o que você gostaria de saber dos seus sintomas e de sua doença?						
27. Abordar questões emocionais relacionadas						

	com seus problemas de saúde?						
28.	Incentivo para compreender a importância de seguir suas orientações e tratamento de saúde?						

- CONTINUIDADE E COOPERAÇÃO

Qual a sua opinião sobre o médico de saúde da sua equipe de saúde da família nos últimos 12 meses em relação a/ao...	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não se aplica
29. Conhecimento do profissional sobre você e o seu caso?						
30. Preparação sobre o que esperar de especialistas e dos cuidados hospitalares quando necessário?						

- ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Qual a sua opinião sobre o médico de saúde da sua equipe de saúde da família nos últimos 12 meses em relação a/ao...	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não se aplica
31. Apoio do pessoal deste Centro de Saúde, além dos profissionais que lhe atenderam?						
32. Facilidade em marcar uma consulta adequada (em relação ao horário e data) no Centro de Saúde?						
33. Tempo que esperou para ser atendido (a)?						
34. Rapidez com que os problemas urgentes foram resolvidos?						

Qual a sua opinião em relação as seguintes afirmativas sobre o médico que te atendeu em relação a...

Qual a sua opinião em relação as seguintes afirmativas sobre o médico que te atendeu em relação a...	Concordo muito	Concordo	Nem concordo/ nem discordo	Discordo	Discordo muito	Não aplicável/ não relevante
35. Recomendo esse médico de Saúde da Família aos meus amigos.						
36. Alguma razão para mudar de profissional de Saúde da Família.						

Pedimos agora que pense nos serviços prestados por este Centro de Saúde

Como avalia a qualidade do Centro de Saúde em relação às seguintes áreas?	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não se aplica
37. Organização geral dos serviços.						
38. Horário de atendimento do profissional de Saúde da Família.						
39. Visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde.						
40. Visitas domiciliares dos Médicos e Enfermeiros.						
41. Pontualidade dos profissionais.						
42. Competência, educação e carinho do pessoal médico;						
43. Competência, educação e carinho do pessoal de enfermagem;						
44. Competência, educação e carinho do pessoal administrativo;						
45. Limpeza do Centro de Saúde.						

46. Diga por favor, o que precisa ser melhorado no Centro de Saúde: _____

47. Quantas vezes seu médico de família foi visitar a sua casa nos últimos 12 meses?

47.1 _____ vezes

47.2. _____ Nunca visitou

48. Em geral, diria que a sua saúde está...

1. Ótima _____ 2. Muito boa _____ 3. Boa _____ 4. Regular _____ 5. Má _____

49. Você tem alguma das seguintes doenças há mais de 3 meses? (Marcar todas que se apliquem)

1. Diabetes (“açúcar no sangue”) _____

2. Hipertensão arterial (“pressão alta”) _____
3. Asma ou outras doenças respiratórias crônicas (ex. “chiado no peito”, bronquite, enfisema, rinite alérgica etc.) ___ Qual? _____
4. Doenças do coração (insuficiência cardíaca, infarte, arritmias – “coração tropeçando”, doenças valvares, endocardite, miocardiopatias etc.) _____ Qual? _____
5. AVC- acidente vascular cerebral (“derrame”) _____
6. Problemas digestivos crônicos (ex. úlcera péptica, gastrite, ”azia”, “refluxo”, etc.) _____
Qual? _____
7. Doenças osteoarticulares crônicas (ex. dos ossos, das articulações ou dos músculos, reumatismo, artrite, artrose)_____
8. Doença Mental (ex. depressão, “sofre dos nervos”, “problemas na cabeça”) _____
Qual? _____
9. Tumor (ex. câncer) _____
10. Outras doenças crônicas _____ Por favor indique _____

Você poderia me dar algum telefone para contato? _____