

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA

Ações de promoção da saúde para adultos e idosos e o uso dos serviços de saúde na Atenção Básica: um estudo retrospectivo

Caroline Muniz Catarino

São Carlos
2020

Ações de promoção da saúde para adultos e idosos e o uso dos serviços de saúde na Atenção Básica: um estudo retrospectivo

Caroline Muniz Catarino

Trabalho de Conclusão de Curso ao curso de Bacharelado em Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos como requisito obrigatório à obtenção do título de bacharel em Gerontologia, sob orientação da Prof^ª Dr^ª Grace Angélica de Oliveira Gomes.

São Carlos
2020

Ações de promoção da saúde para adultos e idosos e o uso dos serviços de saúde na Atenção Básica: um estudo retrospectivo

Caroline Muniz Catarino

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Gerontologia pela Universidade Federal de São Carlos.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora

Grace Angélica de Oliveira Gomes

Membro Titular

Eduardo Kokubun

Membro Suplente

Andrei Aparecido de Albuquerque

São Carlos, 25 de Junho de 2020

Dedicatória

Dedico esse trabalho primeiramente à Deus que está sempre comigo em toda a minha trajetória de vida, me abençoando e aos meus anjos que estão sempre me resguardando, assim como, permitindo que eu conhecesse e criasse vínculo com pessoas tão incríveis as quais também dedico este trabalho, sendo elas: minha família e amigos que estão sempre me apoiando, me dando forças e me incentivando a ser uma pessoa melhor a cada dia que se passa.

Agradecimentos

Agradeço à minha família, mesmo aqueles que já partiram. Eu sequer conseguiria imaginar nos meus sonhos mais perfeitos ter vocês. Agradeço por estarem sempre comigo, me apoiando, amando, cuidando e principalmente me incentivando a ser uma pessoa melhor todos os dias. Vocês são a minha base, meu exemplo.

Agradeço meus amigos e amigas da faculdade por estarem sempre comigo, segurando minha mão nos momentos difíceis e multiplicando momentos de alegria. Basicamente, compartilhando nossas vidas, como uma nova família, visto que a maior parte do tempo estávamos juntos. Esse agradecimento é em especial à Ana Carolina, Anabel, Bianca Oliveira, Bianca Siqueira, Carolina, Grazielle, Gabriela, Larissa Cesário, Larissa Ferraz, Natália, Pedro, Isabella, Thainá e a minha “mãe” da faculdade, que têm exercido esse papel desde 2017, Marina. Agradeço também aos demais amigos que estiveram comigo antes e durante este ciclo, compartilhando diversos momentos de felicidade e aprendizado.

Agradeço à Universidade Federal de São Carlos, por ser uma universidade tão incrível na qual pude vivenciar momentos incríveis que irei levar sempre comigo. Ao departamento de Gerontologia e todos os profissionais que compõe a sua equipe, devido aos ensinamentos que me proporcionaram durante a graduação.

À Prof.^a Dr.^a Grace Angélica de Oliveira Gomes por ser como uma madrinha durante toda a graduação, sempre me orientando, ensinando, aconselhando desde 2017, pensando sempre à frente. Uma das pessoas mais responsáveis nesse período pelo meu crescimento como aluna, profissional e como pessoa. À Prof.^a Dr.^a Ariene Angelini dos Santos Orlandi pela disponibilidade que sempre demonstrou aos meus pedidos acadêmicos, pelos inúmeros ensinamentos e pelas oportunidades, assim como o apoio e o carinho que sempre demonstrou por mim. Sou muito grata por tudo !

Ao grupo de pesquisa pela ajuda na coleta de dados do projeto e pelos ensinamentos compartilhados. Agradecimento especial à Camila que me ensinou muito durante o processo de escrita do projeto de iniciação científica e a Nayara, Gabriela e Lorena pela nossa amizade e por estarem sempre ao meu lado, dispostas a me ajudar.

Agradeço também alguns alunos veteranos que conheci durante essa caminhada, pela amizade e pela ajuda em diferentes aspectos, em especial à Ana Julia, Ana Raquel, Bianca, Gustavo, Letícia, Lucas Alves, Lucas Bueno, Nayara e Patrícia.

Por fim, agradeço à FAPESP pelo financiamento do projeto.

RESUMO

Introdução: Nos últimos anos o quadro epidemiológico tem demonstrado que as doenças crônicas não transmissíveis são cada vez mais prevalentes. Conseqüentemente ocorre um aumento na utilização dos serviços de saúde, o que ocasiona maiores gastos para o sistema público de saúde. O oferecimento de ações de promoção da saúde na Atenção Básica de Saúde é considerado uma estratégia eficaz para promoção da saúde e envelhecimento saudável, no entanto, pouco se sabe se a participação em ações existentes na Atenção Básica está associada a menor uso de serviços de saúde. **Objetivo:** Avaliar a relação entre ações de promoção da saúde ofertadas na Atenção Básica e o uso dos serviços de saúde no município de São Carlos, SP. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de caráter longitudinal e retrospectivo a qual identificou as ações de promoção da saúde em todas as unidades de saúde do município e analisou os prontuários médicos e registros de atendimentos dos participantes das ações, a fim de verificar como esses utilizaram os serviços de saúde da Atenção Básica, comparado àqueles que não participaram, com amostra composta por 496 usuários das unidades de saúde. Foram analisados número de atendimentos, motivos de procura do serviço, profissional responsável pelo atendimento, número de exames e número de medicamentos. O estudo seguiu todos os aspectos éticos de pesquisa. Foram executadas análises descritivas e de comparação intergrupo por meio do pacote estatístico Software Statistical Package for the Social Science (SPSS) considerando-se o valor de $p \leq 0,05$, com o Teste Mann Whitney para a comparação entre os grupos. **Resultados:** Das 28 unidades analisadas, 71% possuíam ações de promoção da saúde, divididas em duas categorias: a) atividades corporais/manuais supervisionadas (40,6%), e b) atividades orientadas de educação em saúde (59,4%). A média de idade do grupo participante foi de 60,6 anos ($DP \pm 13,1$) e do grupo não participante foi de 60,4 anos ($DP \pm 13,0$). Dos atendimentos analisados, o grupo participante apresentou maior uso de serviços de saúde em relação a número de atendimentos, número de medicamentos e número de exames comparado ao grupo não participante. **Conclusão:** Indivíduos que participaram das ações de promoção da saúde utilizaram mais o serviço de saúde, o possivelmente associou-se ao fortalecimento do vínculo com a unidade de saúde. Promovido por meio da participação nas ações o que influenciou positivamente a adesão às recomendações para manutenção da prevenção de doenças pelos usuários dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde, Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: In recent years, the epidemiological picture has shown that chronic non-communicable diseases are increasingly prevalent. Consequently, there is an increase in the use of health services, which causes greater expenses for the public health system. Offering health promotion actions in Primary Health Care is considered an effective strategy for healthy aging. Thus, participation in these actions can have an economic impact for users and the public health system. **Objective:** To evaluate the relationship between health promotion actions offered in Primary Care and the use of health services in the city of São Carlos, SP. **Methods:** It was a longitudinal and retrospective research which found health promotion actions in all health units in the municipality and analyzed the medical records and attendance records of the participants in the actions, in order to verify how they used the health network at the primary level, compared to those who did not participate, with a sample of 496 people. Number of visits, reasons for seeking service, professional responsible for the service, number of tests and number of medications were analyzed. The study followed all ethical aspects of research. Descriptive analyzes and intergroup comparison were performed using the statistical package Software Statistical Package for the Social Science (SPSS) considering the value of $p \leq 0.05$, with the Mann Whitney Test for comparison between groups. **Results:** Of the 28 units analyzed, 71% had health promotion actions, divided into two categories: a) supervised body/manual activities (40,6%), and b) health education activities (59,4%). The average age of the participating group was 60,6 years ($SD \pm 13,1$) and the non participating group was 60,4 years ($SD \pm 13,0$). Of the 3252 consultations analyzed, there was a statistically significant difference between the groups for the variables number of visits, number of medications and number of tests. **Conclusion:** Individuals who participated in health promotion actions used the health service more due the strengthening of the bond with the health unit, promoted through participation in the actions, which positively influenced the adherence of recommendations for maintaining health and disease prevention by health service users.

Keywords: Primary Health Care, Health Promotion, Health Services.

Lista de ilustrações

Figura 1 - Mapa das regiões administrativas do município de São Carlos.....	19
Figura 2 - Mapa com as unidades da Atenção Básica do município de São Carlos...	20
Figura 3 - Ações de promoção da saúde e seus desfechos primários e secundários	25
Figura 4 - Fluxograma dos registros de participantes de ações de promoção da saúde e prontuários médicos da Atenção Básica que foram analisados no presente estudo	26

Lista de tabelas

Tabela 1 - Características dos participantes e não participantes de ações de promoção da saúde	28
Tabela 2 - Uso dos serviços de saúde da Atenção Básica por participantes e não participantes de ações de promoção da saúde	29
Tabela 3 - Comparação entre participantes e não participantes de ações de promoção da saúde em relação ao número de atendimentos, medicamentos e número de exames.....	30

Lista de abreviaturas e siglas

- AB** - Atenção Básica
- AS** - Alimentação Saudável
- APS** - Atenção Primária à Saúde
- ASS** - Atenção Secundária à Saúde
- ATS** - Atenção Terciária à Saúde
- AF** - Atividade Física
- DCNT** - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- DM** - Diabetes Mellitus
- ECG** - Eletrocardiograma
- ESF** - Estratégia de Saúde da Família
- HAS** - Hipertensão Arterial Sistêmica
- NASF** - Núcleos de Apoio à Saúde da Família
- PNAB** - Política Nacional de Atenção Básica
- PNPS** - Política Nacional de Promoção à Saúde
- PS** - Promoção da Saúde
- RAS** - Rede de Atenção à Saúde
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TGI** - Trato Gastrointestinal
- UBS** - Unidade Básica de Saúde
- USF** - Unidade de Estratégia de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	12
2. OBJETIVOS.....	18
2.1. Geral.....	18
2.2. Específicos.....	18
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	19
3.1. Delineamento do estudo.....	19
3.2. Local do estudo	19
3.3. População alvo	20
3.4. Amostra.....	20
3.5. Critérios de inclusão.....	21
3.6. Critérios de exclusão.....	21
3.7. Descrição da coleta de dados.....	22
3.8. Instrumentos de coleta de dados.....	23
3.9. Análise estatística.....	24
3.10. Aspectos Éticos.....	24
4. RESULTADOS.....	25
5. DISCUSSÃO.....	31
6. LIMITAÇÕES.....	33
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
8. REFERÊNCIA.....	36
9. ANEXOS.....	43
10. APÊNDICES.....	46

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Juntamente com a transição demográfica, podemos observar mudanças no quadro epidemiológico mundial, no qual há um aumento expressivo e crescente da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o que impacta diretamente no sistema de saúde. Para Malta e colaboradores (2019), o grupo das DCNT compreende doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias, as quais possuem alguns fatores de risco em comum e demandam por assistência continuada.

Nos dias de hoje, a mortalidade no Brasil devido a complicações das DCNT tem representado 72% dos óbitos totais, sendo a mais frequente àquelas de origem das doenças do aparelho circulatório (DAC) (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem de forma mais intensa grupos vulneráveis como idosos e pessoas de baixa escolaridade e renda (MALTA, D.C, MERHY, E.E 2010; FARREL et al 2014; MALTA et al., 2019).

Para dar suporte a esse quadro epidemiológico no Brasil, temos a Lei orgânica nº 8.080 de 1990 que estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada. Sob controle dos seus usuários, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde no país. O SUS segue o conceito amplo de saúde, segundo o artigo nº 196 da Constituição Federal de 1988. Esse artigo estabelece que a saúde é um dos direitos de todos os cidadãos, sendo dever do Estado garanti-lo mediante estratégias de múltiplos aspectos (políticas, econômicas e sociais). Visando promover o acesso universal de maneira igualitária às ações e serviços para promoção, proteção da saúde assim como sua recuperação e a prevenção de doenças e outros agravos (BRASIL, 2013).

Dentre as funções do SUS podemos citar: realizar ações de promoção de saúde, monitorar e controlar vetores, promover educação sanitária e assegurar a continuidade do cuidado nos três níveis de atenção: primário, secundário e terciário. Sendo financiado através de impostos gerais (PAIM, 2011).

Dessa maneira, a gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõem o SUS é ampla e abrange ações e serviços de saúde, sendo organizado em três níveis: a Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Secundária à Saúde (ASS) e

Atenção Terciária à Saúde (ATS) (MENDES, 2011). Quando comparada a ASS e a Terciária o diferencial da APS se dá por diversos aspectos, dentre eles, a dedicação aos problemas mais frequentes, sobretudo em fases iniciais.

A APS de acordo com Pisco e Pinto (2020) têm sua origem determinada em 1978, durante a I Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, realizada na cidade de Alma-Ata, contemplando três componentes: acesso universal e porta de entrada dos serviços de saúde; inseparabilidade da saúde e desenvolvimento econômico e social e participação social (GIOVANELLA, 2018).

Entretanto, surge uma discussão sobre a diferença na abordagem da APS e Atenção Básica (AB), visto que essa se refere a uma abordagem mais seletiva com maior custo efetivo para classes mais baixas. De acordo com Giovanella (2018), o SUS assume essa denominação AB pela concepção de se tratar de serviços básicos de saúde que corresponde a serviços médicos restritos, sendo utilizada a partir de 1970, antes mesmo da “Declaração de Alma Ata”, visando ampliar a cobertura de serviços de saúde.

Dentre as principais diferenças de enfoque entre a AB e APS podemos citar respectivamente: “saúde coletiva x clínica”; “orientação comunitária x serviço de saúde” e “necessidades populacionais x acesso oportuno” (GIOVANELLA, 2018). No Brasil, a Atenção Básica (AB) é definida pela Portaria nº 2.488 do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como ações em saúde voltadas ao âmbito individual ou coletivo. Seu objetivo é desenvolver uma atenção integral, abrangendo a promoção, proteção, manutenção e reabilitação da saúde assim como prevenção de danos, doenças e seus agravos, incentivando sempre a autonomia dos indivíduos e das condições de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a).

Desse modo, a AB visa potencializar a garantia da integralidade, continuidade, eficiência e eficácia do sistema de saúde desempenhando as seguintes funções: sendo a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde; a responsável por coordenar o fluxo dos usuários pelos outros pontos de atenção da rede; manter o vínculo com estes usuários, dando continuidade à atenção à saúde (ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, entre outros), mesmo que estes estejam utilizando os cuidados de outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2011b).

Este nível de atenção à saúde é composto pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pelas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (USF). Estes serviços e sistemas, quando integrados, são capazes de prover uma atenção completa ao usuário sendo capaz

de resolver cerca de 80% das necessidades de saúde presentes na APS, os outros 20% dos casos vão de encontro aos níveis de atenção à saúde que utilizam altas tecnologias de tratamento que podem aumentar a cada nível de atenção que sucede. Assim, a atenção contínua é reconhecida como responsabilidade das equipes da AB (OLIVEIRA, 2016).

Como foi muito citado, a AB tem o papel de ofertar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e seus agravos. O termo Promoção da Saúde (PS) foi definido no Canadá, em 1986 durante a I Conferência Internacional sobre PS, que resultou na Carta de Ottawa. A PS é reconhecida como um processo de aperfeiçoamento da própria saúde para alcançar um estado completo de bem-estar biopsicossocial, sendo capaz de identificar e satisfazer suas necessidades e a forma de se relacionar com o meio externo (MADEIRA, 2018).

Nesse mesmo contexto, foram definidos cinco campos centrais de ação, sendo estes: ação comunitária, políticas públicas (PP), criação de ambientes favoráveis, reorientação dos serviços de saúde e habilidades pessoais. Não obstante, a prevenção de doenças, foi definida como um processo que visa a isenção das mesmas, através de ações com foco na identificação, controle e enfraquecimento dos fatores de risco. Seu objetivo é a ausência de doença (BECKER, 2017).

Dessa maneira, as ações grupais preventivas visam a prevenção e/ou retardamento de doenças, através de orientações de comportamento, já as ações de promoção de saúde visam a erradicação das doenças evitáveis (SANTOS, 2006). A existência de ações preventivas e de PS em unidades da AB é bastante positivo, no entanto, pouco se sabe o quanto essas ações modificam o uso de serviços de saúde. Essas informações podem ser úteis para a área de conhecimento de saúde pública e para a população atendida.

Em 1994, surge a elaboração do Programa Saúde da Família, posteriormente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) pelo Ministério da Saúde. Essa estratégia se caracteriza como uma das principais tentativas de superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico e também de busca da implementação dos princípios do SUS (universalidade, equidade e integralidade). A ESF apresenta-se como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde, baseado na APS (FERTONANI; HOSANNA PATTRIG et al, 2015).

A partir de 2012, o papel da AB e da ESF passaram a ser fortalecidos pela PNAB. A PNAB preconiza que a APS deve articular ações intersetoriais e de PS e prevenção de doenças e agravos. Ademais, a PNAB reafirma que a ESF é responsabilidade do

Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e deve ser prioritária para expansão e consolidação da atenção à saúde. Além disso, no intuito de ampliar a abrangência e a resolubilidade das ações da AB foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A composição dos NASF é definida pelos gestores municipais, a partir dos critérios de prioridade identificados através dos dados epidemiológicos, das equipes de saúde que serão apoiadas e das necessidades locais. Equipes de profissionais de diferentes áreas que atuam de maneira integrada apoiando os profissionais da AB e das equipes de Saúde da Família para atender populações específicas com intuito de colaborar com a integralidade do cuidado (BRASIL, 2012).

Essa colaboração é possível através do auxílio no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários, muitas vezes utilizando processos de referência e contra referência, compartilhando casos. Sendo dessa maneira capaz de facilitar um acompanhamento longitudinal fortalecendo os princípios e o papel da APS na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2012).

Atualmente há dois programas que fazem parte da estratégia do governo a fim de reestruturar o sistema e o modelo de assistência à saúde do SUS, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa Saúde da Família. Ambos com objetivo de reorganizar as UBS para que se concentrem nas famílias e comunidades a fim de integrar a assistência médica com a PS através das ações (PAIM, 2011).

Segundo Rasella (2010) e Guanais (2009) a inserção do Programa Saúde da Família na AB trouxe benefícios como a melhora na notificação de estatísticas vitais e a redução do número de internações hospitalares consideradas evitáveis, que caíram quase 15% desde 1999. Por outro lado, Paim (2011) pontua que o investimento na integração da AB com os outros níveis assistenciais ainda é insuficiente e a oferta de serviços mais especializados fica prejudicada devido a essa baixa integração entre prestadores de serviços dos níveis municipal e estadual.

Para além de fatores genéticos, um estilo de vida inadequado tem sido um dos principais determinantes para aumento da prevalência de DCNTs. De acordo com o Ministério da Saúde (IBGE,2013), o consumo excessivo de sal, alimentos gordurosos e bebidas alcoólicas, o tabagismo e inatividade física estão relacionados com o aumento do risco de DCNT. Para colaborar na redução desses fatores de risco modificáveis, o

oferecimento de atividades que ofereçam ações preventivas e de PS vem sendo consideradas estratégicas ao longo dos últimos anos.

No Brasil, as unidades de saúde da AB são consideradas adequadas para realização dessas ações (DAMICO; KNUTH, 2014; GOMES et al., 2014). O objetivo dessas ações é conscientizar a população em relação a necessidade de um estilo de vida saudável e estimular mudanças de comportamento nessa direção (SHAFIEIAN; KAZEMI, 2017; SOLANKI et al., 2017). Um levantamento realizado por Ramos e colaboradores (2014) com uma amostra representativa do Brasil, mostrou que 62% das unidades referiram possuir no mínimo três programas de PS. Unidades da Atenção Básica de Saúde (UBS) que recebiam recursos para o desenvolvimento do programa Academia da Saúde 84,1% realizavam ações para promoção da atividade física (AF) e 85,4% para alimentação saudável (AS) (FLORINDO, 2016). Outro estudo sobre a existência de ações específicas de AF na AB, verificou que quatro em cada dez unidades de saúde tinham ações de AF, especialmente grupos de caminhada (GOMES et al., 2014).

O modelo de ações oferecidas atualmente podem variar de acordo com o local e as demandas da população visando satisfazer as necessidades percebidas e vivenciadas pela mesma, além de depender também da disponibilidade da equipe de trabalho e dos custos dessas ações (BRASIL, 2010; BABA et al., 2017; HOEHNER et al., 2013; TAMBASCO et al., 2017), mas de forma geral são ações de educação comunitária, as quais podem ser supervisionadas ou não, e ainda, podem ocorrer em forma de campanhas pontuais durante o ano, ou semanalmente na unidade de saúde ou em algum local próximo, variando entre 1 a 3 vezes por semana (GOMES et al., 2014; BENTO et al., 2010).

Estudos têm mostrado a existência de diversos tipos de ações, como atividades focadas nos fatores de risco para hipertensão e controle da doença (CAMARGO-BORGES; MISHIMA, 2009; GOMES et al., 2014), grupos de incentivo para realização de exames (ROECKER; MARCON, 2011), palestras e rodas de conversas na sala de espera das unidades de saúde e mutirões para prevenção de doenças (SHIMIZU; ROSALES, 2009), grupos de artesanato, canto, sessões de terapia comunitária (CARNEIRO et al., 2012; RODRIGUES; RIBEIRO, 2012; BEATO; VAN STRALEN; PASSOS, 2011) e promoção de AF (GOMES et al., 2014; BABA et al., 2017). Parte dessas investigações foram apenas descritivas e outras realizaram uma análise de

efetividade, encontrando resultados positivos, em especial nas temáticas de AS (MACHADO et al., 2013) e AF (RIBEIRO et al., 2017; BABA et al., 2017).

Algumas investigações verificaram a associação entre um estilo de vida saudável, uso e custos de serviços de saúde. Uma revisão sistemática identificou uma relação positiva entre prática de AF e menor custo de saúde. Na mesma direção, os estudos (TURI et al., 2015; CODOGNO et al., 2011; CODOGNO; FERNANDES; MONTEIRO, 2012) identificaram relação positiva entre gastos com medicamentos e AF em forma de prática de caminhada. Na investigação de Giraldo e colaboradores (2013) verificaram uma percepção maior de participantes de programa de exercício físico em unidades de saúde da AB em relação ao uso dos serviços de saúde quando comparados a não participantes. Tais pesquisas apresentaram formas diferentes de recrutamento de sujeitos através de análise dos dados de usuários da AB especificamente na temática de AF (CODOGNO et al., 2011; CODOGNO; FERNANDES; MONTEIRO, 2012) ou utilizando informações de banco de dados de saúde nacionais (BIELEMANN et al., 2015). Além disso, não verificaram outras formas de prevenção como grupos de convívio, grupos de promoção de AS, oficinas de artesanato, dentre outros. Portanto, não analisaram a relação entre a existência e participação dos indivíduos em ações de PS já existentes na AB e o uso dos serviços de saúde.

Pouco se sabe, portanto, o quanto a participação nessas ações está associada ao maior uso de serviços mas sabemos que modifica o número e tipo de atendimento nas unidade de saúde, o que seria um fator importante para garantir a continuidade do cuidado por parte do usuário e futuramente diminuir as complicações causadas por DCNTs. Sujeitos que continuamente se preocupam com os cuidados de saúde ainda na AB possivelmente evitarão o uso excessivo de serviços hospitalares. A análise de informações dos indivíduos participantes especificamente nessas ações já existentes amplia o olhar para níveis não somente individuais, mas coletivos de ações de saúde pública, envolvendo PP já aplicadas, o que é um diferencial dessa pesquisa

Dessa forma, o presente estudo buscou verificar a existência e as características de ações de promoção e prevenção da saúde na AB de um município do interior de São Paulo, bem como comparar o uso dos serviços de saúde da AB de participantes e não participantes de ações de PS. Os resultados podem aprimorar PP de PS e ampliar as pesquisas na área de estratégias de PS no Brasil.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral:

Verificar a relação entre a participação em ações de promoção da saúde e o uso dos serviços públicos de saúde na Atenção Básica.

2.2. Específicos:

- Realizar um levantamento das ações de promoção da saúde existentes nas Unidades Básicas de Saúde e das Unidades de Saúde da Família da cidade de São Carlos;
- Analisar prontuários em relação aos registros de uso dos serviços de saúde (número de atendimentos, motivos de procura do serviço, exames realizados e medicamentos prescritos, dentre outras variáveis) dos participantes e não participantes das ações;
- Comparar o uso dos serviços da Atenção Básica entre os participantes e não participantes das ações de promoção da saúde.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. Delineamento do estudo

Essa pesquisa é de caráter longitudinal, retrospectivo, desenvolvido na Atenção Básica do município de São Carlos, SP, que foi realizada no ano de 2017 a 2018, analisando dados de prontuários no período de julho de 2015 a julho de 2017 de participantes pareados com não participantes de ações de promoção da saúde no período de julho de 2015 a julho de 2016.

3.2. Local do estudo

O estudo foi realizado no município de São Carlos, localizado no interior do Estado de São Paulo, analisando-se prontuários de usuários da rede de atenção à saúde de participantes assíduos das ações de promoção da saúde ofertadas pela Atenção Básica, em todas as unidades presentes nas cinco regiões administrativas do município, sendo estas no momento da submissão deste projeto de pesquisa, como mostra Figura 1.

Figura 1. Mapa das regiões administrativas do município de São Carlos, SP, 2014.



Fonte: Elaborado pela autora do trabalho.

O presente estudo foi realizado nas 13 UBS e nas 15 USF do município de São Carlos (Figura 2), nas quais se realizam ações de promoção da saúde previstas na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) ou outras descritas pela equipe de saúde.

Figura 2. Mapa com as unidades da Atenção Básica do município de São Carlos, SP, 2017.



3.3. População alvo

O estudo foi realizado no município de São Carlos, localizado no interior do Estado de São Paulo, na região Centro-Leste, a uma distância de 58km do centro geográfico (Obelisco). Com uma população estimada em 246.088 habitantes (IBGE/2017), distribuídos em uma área de 1.141 km², em cinco regiões administrativas.

A população-alvo da pesquisa foram sujeitos de ambos os sexos com idade superior a 18 anos, incluindo adultos e idosos, que deveriam estar cadastrados em uma Unidade de Saúde e ter participado de alguma ação de promoção da saúde ofertada pela rede no período de julho de 2015 a julho de 2016.

3.4. Amostra

Para o presente estudo foram analisadas duas amostras: 1) Coordenadores das ações; 2) Participantes e não participantes das ações de promoção da saúde realizadas na Atenção Básica.

A coleta de dados foi realizada em todas as unidades de saúde do município e todos os coordenadores das ações de promoção da saúde foram abordados e convidados a participar da pesquisa. Além disso, os prontuários de todos os usuários assíduos das ações de promoção da saúde foram explorados. Para cada participante, foi explorado o prontuário de um não participante pareado por sexo, idade (± 5 anos), presença de doenças e unidade de saúde de cadastro.

3.5.Critérios de inclusão

Para as ações de promoção de saúde:

- Existir há pelo menos um ano e ocorrer pelo menos uma vez por semana;
- Ser realizada no espaço físico da unidade ou em algum espaço comunitário do bairro, desde que vinculado à unidade;
- Ter objetivo de promoção de saúde e/ou prevenção e controle de DCNT ou outros acometimentos que possam agravar a saúde dos indivíduos.

Para os coordenadores das ações de promoção da saúde:

- Ser responsável pela atividade;
- Concordar em participar da pesquisa, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a análise dos prontuários dos usuários:

- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Ser cadastrado em uma das Unidades Saúde da Família, ou Unidade Básica de Saúde;
- Ter prontuários médicos no intervalo entre julho de 2015 a julho de 2017;
- Participar da ação no último ano por pelo menos três meses seguidos entre julho de 2015 e julho de 2016;
- Participante ter pelo menos de 75% de frequência nas ações;

3.6.Critérios de exclusão

- Limitações de compreensão de dados no prontuário;
- Dados incompletos na lista de frequência nas atividades;
- Impossibilidade de pareamento por sexo, idade e doenças.

3.7. Descrição da coleta de dados

A primeira etapa desta pesquisa consistiu em realizar um levantamento das ações de PS existentes nas UBS e nas USF da cidade de São Carlos. Após a aprovação do Comitê de Ética cada unidade foi visitada com o intuito de conversar com o coordenador desta e perguntar quais ações eram realizadas na unidade e também algumas informações relevantes, tais como o objetivo da ação, o público alvo, quem era o responsável pela ação, quais os materiais utilizados nesta ação, o local em que a ação era realizada, a data de início da ação, o número médio de participantes e se o responsável pela ação realizava o controle de presença com lista de frequência. A ação era contabilizada quando esta ocorria há pelo menos três meses e com frequência no mínimo quinzenal. As ações pontuais, como campanhas não foram incluídas nessa pesquisa. Quando a ação possuía uma lista de frequência, esta era solicitada ao responsável pela ação, para que cada participante fosse identificado, possibilitando a posterior análise do uso dos serviços da atenção primária por essa pessoa.

Após o levantamento das ações e verificação das listas de frequência dos participantes, os quais deveriam ter pelo menos 75% de frequência na ação, foi analisado se estes participantes tinham registros nos prontuários da AB entre o período de julho de 2015 a julho de 2017. Em caso afirmativo, o usuário foi contabilizado como participante da pesquisa e seu prontuário na AB foi analisado, a fim de avaliar o uso do serviço por ele. Todos os nomes dos participantes foram digitados em uma planilha do Excel, juntamente com a data de nascimento, número do prontuário, sexo e unidade a qual pertencia.

A partir desta tabela elaborada na planilha, a análise de prontuários da AB foi iniciada. Todas as UBS de São Carlos e USF que possuíam ações de PS foram contatadas para autorização do acesso aos prontuários. No momento da coleta de dados dos prontuários, as instituições exigiram a documentação de autorização da Secretaria Municipal de Saúde e do Comitê de Ética, previamente obtidas para a realização dessa investigação. Foi realizada análise dos prontuários dos participantes das ações de PS, anotando as informações em uma ficha de registro no momento da coleta dos dados, em relação as variáveis do estudo.

No caso, as variáveis contidas na tabela de registros dos que foram coletadas dos prontuários, foram posteriormente ainda mais especificadas na planilha como: número da visita (1º, 2º, 3º), data de cada visita, queixas apresentadas pelo usuário do serviço

(relacionada aos sinais e sintomas relatados de maneira subjetiva), motivo do atendimento que corresponde a uma variável subdividida podendo ser: relatar alguma queixa de saúde, relatar dor referida, comparecer a consulta agendada, realizar acompanhamento de saúde (quando participava do grupo hiperdia, grupo voltado ao acompanhamento de usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, para aferição da pressão arterial e realização do destro), mostrar exame(s), coletar exames, buscar encaminhamento médico, buscar insumo(s), buscar medicamento(s), buscar/ renovar receita(s); tipo de consulta (profissional que realizou o atendimento) as opções identificadas foram: atendimento sem identificação (quando não tinha assinatura nem a identificação de qual profissional realizou o atendimento), acolhimento encaixe médico, acolhimento enfermagem, consulta multiprofissional, visita domiciliar, consulta médica agendada; número total de doenças que cada usuário apresentava e quais eram, sendo as opções: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), infecção do trato gastrointestinal (TGI), hérnia de disco, câncer, doença cardíaca, hipotireoidismo, fibromialgia, chagas, doença osteoarticular, depressão, dislipidemia, insuficiência renal, gastrite; número de medicamentos em uso, número de medicamentos receitados e o número total de medicamentos contabilizados durante o período analisado; número total de exames que o usuário realizou durante o período analisado, sendo as opções de exames contabilizados: exame de sangue, exame de glicemia, exame de urina, exame de fezes, exame de próstata, exame de Zika/Dengue, raio X, eletrocardiograma (ECG), mamografia, ultrassom, papanicolau, HIV/Sífilis.

Na sequência, em relação aos dados dos não participantes, foram realizados sorteios dentre os prontuários em papel localizados nos armários da unidade, seguindo-se os critérios de inclusão da pesquisa. Foi sorteado um prontuário a cada cinco para manter a aleatoriedade da amostra. Caso o sujeito atendesse ao critério de pareamento, era incluído como não participante da pesquisa.

3.8. Instrumento da coleta de dados

Os instrumentos utilizados foram fichas de registro elaboradas pelos pesquisadores. A ficha de registro das ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças continham os seguintes itens: identificação do local, data da coleta, nome do entrevistador, nome da ação, nome do coordenador responsável por essas ações, público alvo ao qual ela(s) se destina(m), os materiais utilizados para sua realização, a

frequência semanal com que ela(s) ocorre(m), os horários de realização, o(s) objetivo(s) da ação, recursos humanos envolvidos nessas ações, o local de realização, o controle de frequência dos participantes nas atividades, a data que as ações se iniciaram, o número médio de participantes ao mês e observações (informações extras que poderiam ser relatadas).

A tabela utilizada como ficha de registro das informações contidas nos prontuários era composta pelos seguintes itens para preenchimento: número da visita (1º, 2º, 3º...), data da visita, motivo de atendimento, doença(s) registrada(s), tipo de consulta, medicamento(s), outras informações relevantes.

3.9. Análise estatística

Foi elaborado um banco de dados no programa Excel versão 2016 para os dois grupos, e em seguida, os dados foram importados para o programa de software *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 22.0. Foram analisadas frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão das variáveis de ambos os grupos. Os dados categóricos foram comparados através do Teste Qui-quadrado e Exato de Fisher. A normalidade dos dados foi realizada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Como os dados foram não paramétricos, foi realizado o Teste de Mann Whitney para comparação entre grupos. Foi adotada a significância de $p \leq 0,05$.

3.10. Aspectos éticos

A Secretaria de Saúde autorizou a coleta de dados na Atenção Básica do município (ANEXO A). Tomando por base os critérios da Resolução nº466/12 e 196-96 do Conselho Nacional de Saúde, o presente trabalho foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (ANEXO B) o qual foi aprovado (número: 1.759.746. CAAE 57747216.0.0000.5504) e os coordenadores das ações que aceitaram participar receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura (APÊNDICE A).

4. RESULTADOS

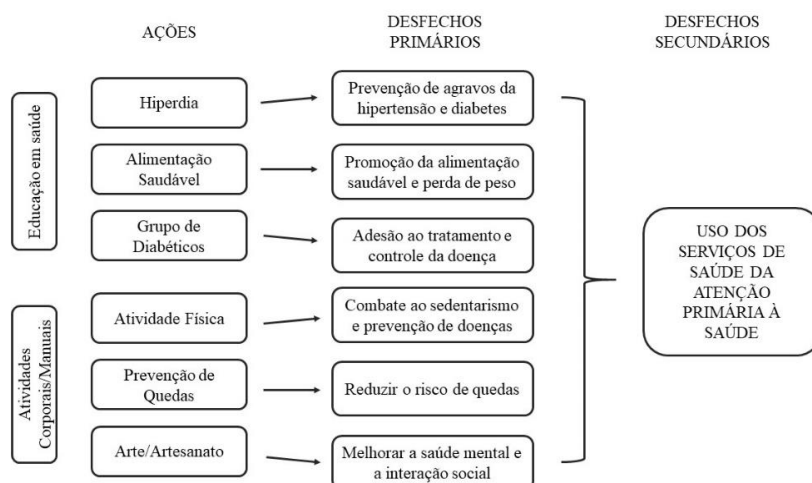
A partir do levantamento das ações de promoção de saúde existentes nas unidades básicas de saúde e unidades da saúde da família de São Carlos, foi possível verificar que, no período da pesquisa, 29% não possuíam ações de promoção da saúde e 71% possuíam ações, totalizando 64 ações existentes.

A partir das ações encontradas, duas categorias foram criadas: a) atividades corporais/manuais supervisionadas (43,8%), como grupo de caminhada (10,9%), alongamento (3,1%), ginástica oriental (3,1%), prevenção de quedas (7,8%), grupos de artesanato e pintura (9,3%); e b) atividades orientadas de educação em saúde (56,2%), como grupos de orientações nutricionais (9,3%), hiperdia (7,8%) e grupo de diabéticos (3,1%).

Ademais, das 64 ações de promoção de saúde encontradas, 75% delas possuíam controle de frequência dos participantes, 45,3% ocorriam no período da tarde e 83% delas eram realizadas no espaço da própria unidade de saúde. A média de frequência das ações era de uma vez por semana, com média de 27 participantes por ação.

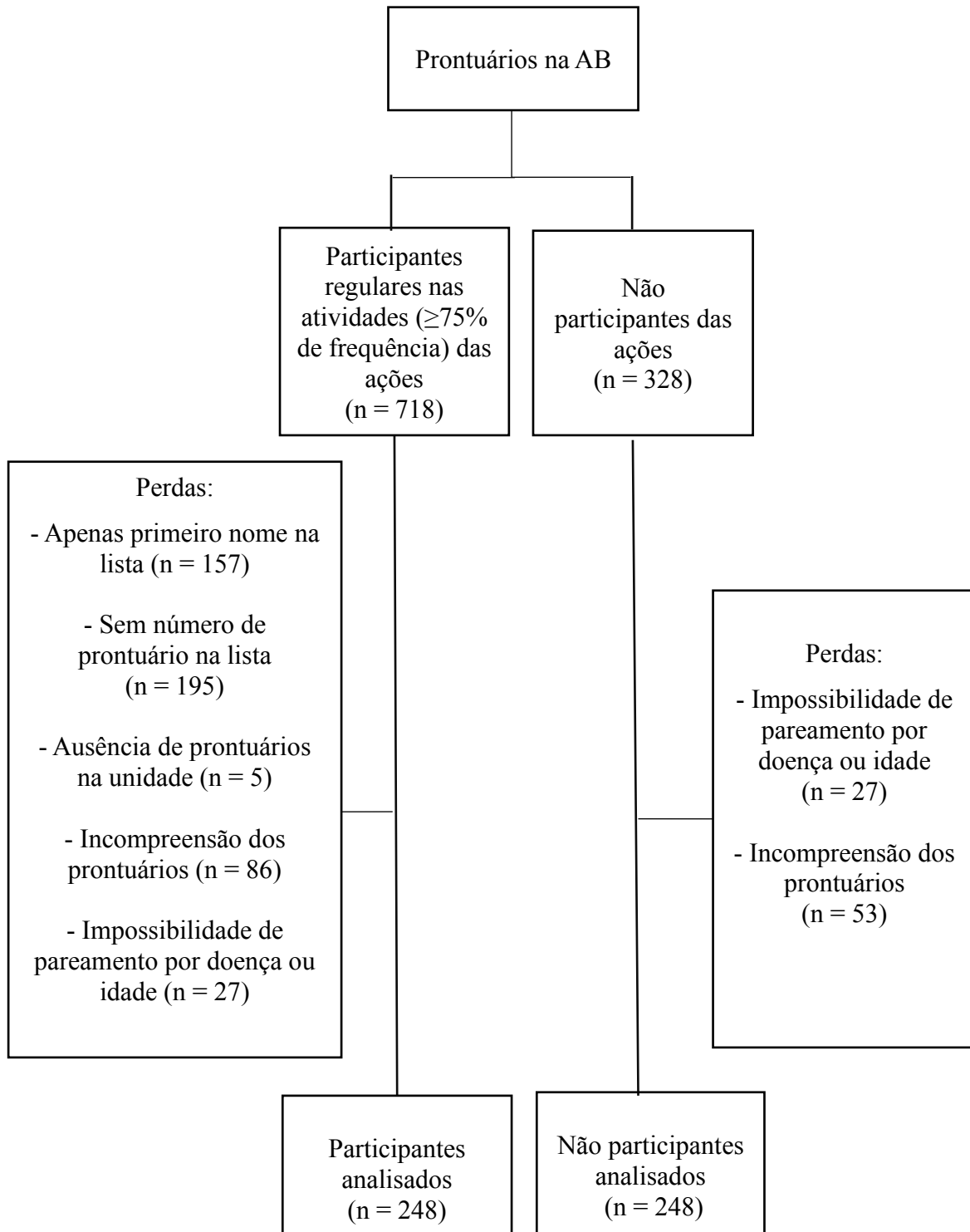
Através dos relatos dos coordenadores em relação aos objetivos da ação foi possível observar os desfechos primários das atividades, que podem então, na sequência, influenciar o desfecho secundário referente ao uso dos serviços de saúde da AB, conforme mostra a figura abaixo (Figura 3).

Figura 3. Ações de promoção da saúde e seus desfechos primários e secundários.



Fonte: elaborado pela autora do trabalho.

Figura 4. Fluxograma dos registros de participantes de ações de promoção da saúde e prontuários médicos da Atenção Básica que foram analisados no presente estudo.



Fonte: autora do trabalho.

A partir das listas de frequência disponibilizadas pelo responsável de cada ação, foram contabilizados 718 participantes das ações no geral, como mostra a figura 4. Destes, 248 participantes de ações de PS e/ou prevenção de doenças fizeram parte da amostra, pois 157 indivíduos apresentavam apenas o primeiro nome na lista de presença, 195 indivíduos dessa mesma lista não tinham número de prontuário, 5 prontuários de indivíduos não foram encontrados nas unidades de saúde, 86 indivíduos não apresentaram registros no período analisado e 27 foram excluídos pela impossibilidade de pareamento com um participante da pesquisa, pois as unidades de saúde tinham quantidades diferentes de prontuários. Sendo assim, analisamos também 248 prontuários de indivíduos não participantes dessas ações. Realizamos uma seleção rigorosa para obtermos prontuários que representassem a amostra e mantivessem a qualidade dos dados.

Em relação ao perfil da amostra do estudo, a média de idade dos participantes das ações foi de $60,6 \pm 13,1$ anos e a média de idade do grupo de não participantes foi de $60,4 \pm 13,0$ anos. Na Tabela 1, estão apresentadas as características dos participantes e não participantes de ações de PS na AB, em relação ao sexo e a presença de doenças.

É possível verificar que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, o que mostra que o pareamento dos indivíduos para realização da pesquisa foi eficiente.

Tabela 1

Características dos participantes e não participantes de ações de promoção da saúde (n = 496). São Carlos - SP, 2018.

	Grupo						p*
	Participantes		Não participantes		Total		
	n**	%	n	%	n	%	
Sexo							
Feminino	181	73,0	181	73,0	362	73,0	1,000
Masculino	67	27,0	67	27,0	134	27,0	
Total	248	100	248	100	496	100	
Presença de Doenças							
Sim	25	10,1	25	10,1	50	10,1	1,000
Não	223	89,9	223	89,9	446	89,9	
Total	248	100	248	100	496	100	

**n=número de sujeitos; *O nível de significância é $p \leq 0,05$

Em uma análise mais detalhada, as doenças mais prevalentes entre os participantes foram hipertensão (8,5%) e diabetes (4,4%). Além dessas, foram identificadas nos prontuários médicos doenças cardíacas, doenças osteoarticulares, doenças do trato gastrointestinal, insuficiência renal, hipotireoidismo, fibromialgia e câncer.

A Tabela 2 apresenta uma comparação entre o grupo de participantes e não participantes em relação ao uso de serviços de saúde da AB. O grupo participante utilizou mais os serviços de saúde da unidade em todas as variáveis analisadas, com exceção da subvariável buscar encaminhamento médico ($p=0,249$) da variável de serviços e nas subvariáveis atendimento “sem identificação” ($p=0,191$) e visita domiciliar ($p=0,984$) da variável de atendimentos.

Tabela 2

Uso dos serviços de saúde da atenção básica por participantes e não participantes de ações de promoção da saúde (n=496). São Carlos- SP, 2018.

Variáveis	Participantes		Não participantes		p*
	n	%	n	%	
Motivo de atendimento					
Queixa de Saúde	93	37,5	56	22,6	0,001
Dor Referida	77	31,0	54	21,8	0,019
Consulta Agendada	186	75,0	142	57,3	0,001
Acompanhamento de Saúde	120	48,4	51	20,6	0,001
Exames					
Mostrar Exames	159	64,1	99	39,9	0,001
Coletar Exames	41	16,5	17	6,9	0,001
Serviços					
Buscar Encaminhamento Médico	31	12,5	23	9,3	0,249
Buscar Insumos	25	10,1	8	3,2	0,002
Buscar Medicamento	11	4,5	3	1,2	0,030
Buscar/ Renovar Receita	82	33,1	37	14,9	0,001
Atendimentos					
Atendimento sem identificação**	14	5,6	8	3,2	0,191
Acolhimento Encaixe Médico	112	45,2	43	17,3	0,001
Acolhimento Enfermagem	136	54,8	87	35,1	0,001
Consulta Multiprofissional	58	23,4	36	14,5	0,012
Visita Domiciliar	43	17,3	43	17,3	0,984
Consulta Médica Agendada	190	76,6	135	54,4	0,001
Tipos de exames					
Exame de Glicemia	5	2,0	0	0,0	0,025
Exame de Urina	15	6,0	15	6,0	1,000
Exame de Fezes	0	0,0	1	0,8	0,156
Exame de Próstata	1	0,4	0	0,0	0,317
Exame de Zika/Dengue	2	0,8	0	0,0	0,156
Raio X	21	8,5	11	4,4	0,068
Eletrocardiograma	17	6,9	12	4,8	0,339

Mamografia	12	4,8	11	4,4	0,831
Ultrassom	10	4,0	10	4,0	1,000
Papanicolau	13	5,2	6	2,4	0,102
HIV/ Sífilis	6	2,4	1	0,4	0,056

*O nível de significância é $p \leq 0,05$. **prontuários sem assinatura do profissional.

Em uma comparação entre o grupo de participantes e não participantes os principais resultados que demonstraram diferença estatisticamente significantes foram as variáveis atendimento ($p=0,001$), medicamento ($p=0,002$) e exame ($p=0,001$), como é apresentado na tabela 3, sendo que o grupo participante apresentou uma maior proporção quando comparado ao grupo não participante.

Tabela 3

Comparação entre participantes e não participantes de ações de promoção da saúde ($n=496$) em relação ao número de atendimentos, número de medicamentos e número de exames. São Carlos – SP, 2018.

Variável	Participantes		Não Participantes		p*
	n**	%	n	%	
Número de Atendimentos					
Não	22	8,9	71	28,6	0,001
Sim	226	91,1	177	71,4	
Medicamento					
Não	102	41,1	129	52,0	0,002
Sim	146	58,9	119	48,0	
Exames					
Não	141	56,9	189	76,2	0,001
Sim	107	43,1	59	23,8	

*O nível de significância é $p \leq 0,05$.

5. DISCUSSÃO

Até onde se sabe, essa é primeira pesquisa brasileira que analisa a relação entre a participação em as ações de promoção da saúde existentes na atenção básica e o uso de serviços básicos de saúde. Dados retrospectivos de ações preexistentes foram utilizados no intuito de identificar as associações reais ao que sendo oferecido nas unidades de saúde. Os resultados principais indicaram uma alta prevalência de ações oferecidas na atenção básica e um maior uso de serviços de saúde entre participantes comparados a não participantes de ações de promoção de saúde.

Essa pesquisa mostrou uma grande proporção de unidades que oferecem ações de promoção de saúde no município, o que corrobora com a prevalência apresentada em outros estudos brasileiros (SOLANKI et al., 2017; FLORINDO et al., 2016). Houveram avanços nos últimos anos nas prioridades destacadas na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em programas e ações educativas de saúde (MALTA et al., 2018) e no número de estabelecimentos que ofertam serviços de saúde e de profissionais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (VIACAVA et al., 2018). Isso possivelmente tem facilitado a oferta e o acesso aos serviços de saúde na Atenção Básica de Saúde.

As ações de promoção de saúde e prevenção de doenças identificadas nessa investigação se caracterizaram em atividades corporais/manuais supervisionadas ou atividades de orientação em grupos. De acordo com a investigação de Ribeiro e colaboradores (2017) tanto intervenção com atividade física supervisionada quanto aquelas que oferecem apenas ações de educação em saúde são efetivas para o aumento da prática de atividade física na atenção básica. Entretanto, apenas a intervenção que utilizou estratégias de educação em saúde apresentou efetividade na manutenção do nível de atividade física a longo prazo.

Estudos brasileiros similares a essa pesquisa sobre ações de educação em saúde apresentaram apenas características descritivas das atividades (BEATO; VAN STRALEN; PASSOS, 2011; CARNEIRO et al., 2012) ou percepção dos usuários da atenção básica em relação ao uso de serviços de saúde (GIRALDO et al., 2013). Pesquisas que verificam efeitos de programas na atenção básica, em sua maioria, tiveram como foco principal efeitos das atividades corporais (GOMES et al., 2014; NAKAMURA et al., 2015; BABA et al., 2017). Estudos mais robustos sobre efetividade

de ações de educação em saúde em outras temáticas de promoção de saúde na atenção básica são ainda, portanto, necessários.

Na presente investigação a média de frequência das ações foi de uma vez por semana. A recomendação para a prática de atividade física, por exemplo, sugere como ideal a sua realização na maior parte dos dias da semana de forma a atingir o mínimo de minutos semanais recomendados (PIERCY et al., 2018). No presente estudo, não se sabe se, caso fosse atingido a recomendação de frequência semanal de atividade física ideal, haveriam resultados diferentes. A baixa oferta de dias da semana possivelmente está associada às limitações de viabilidade por parte da equipe da unidade bem como infraestrutura adequada. Dados do Programa Academia da Saúde mostraram uma ampliação de locais elaborados para aplicação de ações de promoção de saúde na atenção básica, no entanto, ainda há muito a avançar (DESA et al., 2016).

O grupo de participantes apresentou maior número de atendimentos e número de exames, o que possivelmente está relacionado ao fortalecimento do vínculo com a unidade de saúde a partir da entrada nas atividades oferecidas (BARBOSA; BOSI, 2017; CUNHA et al., 2017). O modelo de acolhimento e atendimento de alguns funcionários pode gerar uma sensação de conforto por parte do usuário, o que o motiva a estar mais presente na unidade de saúde. Esse resultado é positivo, considerando que a maior participação em serviços de prevenção e controle de doenças no nível primário de atenção à saúde são desejáveis e possivelmente podem evitar maior uso de serviços hospitalares a longo prazo.

O grupo participante apresentou maior uso de medicamentos comparado ao grupo não participante, o que pode ser explicado pelo fato de serem usuários mais constantes dos serviços públicos da atenção básica, possivelmente utilizando a farmácia da unidade como principal local de coleta de medicamentos. O uso contínuo dos serviços da unidade possivelmente melhora o conhecimento dos profissionais sobre os problemas dessa população e o relacionamento destes com os usuários, os quais possivelmente acabam aderindo melhor ao tratamento medicamentoso e demais orientações acerca da manutenção da saúde (BARBOSA; BOSI, 2017; COSTA et al., 2017; SILVA et al., 2018).

Possivelmente analisar dados de participantes de ações preexistentes na atenção básica pode apresentar resultados diferentes de estudos realizados com usuários não necessariamente participantes dessas ações. Em outros estudos (TURI et al., 2015;

CODOGNO et al., 2011; CODOGNO et al., 2011; TURI et al., 2016) que utilizaram a segunda forma de recrutamento encontraram menor uso de serviços de saúde da atenção básica entre sujeitos suficientemente ativos, portanto, diferente dos resultados da presente pesquisa.

Sendo assim, os principais achados desta pesquisa que tinha como objetivo verificar a relação entre a participação em ações de promoção da saúde e o uso dos serviços públicos de saúde na Atenção Básica demonstraram que houve uma diferença entre os grupos em relação ao uso dos serviços de saúde da atenção primária à saúde, em que o grupo de participantes das ações ofertadas pela Atenção Básica utilizaram mais os serviços do que o grupo de não participantes.

6. LIMITAÇÕES

As principais limitações desta pesquisa estão relacionadas com algumas informações faltantes no momento da coleta de dados. Outras investigações que também seguem essa temática, citam a dificuldade para adquirir informações sobre a prevalência e os tipos de ações que são realizadas (FLORINDO et al, 2016). O conhecimento acerca da duração de cada sessão das ações poderia fornecer maior precisão em relação à duração semanal, o que possibilitaria a verificação de similaridade com as recomendações. A coleta de informações sobre as ações contou com a memória dos coordenadores destas ações, o que pode ter comprometido a confiabilidade das informações.

O conhecimento acerca do tempo e da gravidade da doença de cada participante também seria de suma importância ao analisar o uso dos serviços de saúde por cada participantes, visto que esses fatores influenciam o uso dos serviços de saúde devido às possíveis complicações que a doença causa (MOREIRA et al., 2017). Contudo, essas informações não estavam presentes nos prontuários analisados. Por fim, a má qualidade dos registros em prontuários pode ter afetado os resultados, uma vez que alguns registros foram classificados como incompreensíveis quando preenchidos por alguns profissionais do Programa Mais Médicos que tinham uma escrita difícil de ser compreendida. Assim como, foi identificado que os profissionais não possuem um padrão para preenchimento dos prontuários.

Vale salientar a importância da diferenciação dos conceitos de ações de promoção

de saúde e ações preventivas, visto que, na presente investigação, assim como em outras que abordam essa mesma temática é descrita a dificuldade em definir o que seriam atividades preventivas e o que são atividades de promoção de saúde, uma vez que, essas atividades muitas vezes possuem como foco indivíduos que já apresentam alguma doença crônica, e não somente indivíduos saudáveis (KESSLER et al, 2018).

Todavia, é necessário ressaltar que a pesquisa contou apenas com dados registrados em arquivos em papel da Atenção Básica, não sendo possível, portanto, avançar mais em relação a informações adicionais e diagnósticos para além desses prontuários. Recomenda-se a realização de estudos mais aprofundados nessa área e que, além disso, verifiquem se existe relação do uso dos serviços com as ações preventivas e as ações de promoção de saúde que são ofertadas pela atenção básica que atingem as recomendações ideais mundiais para que seja possível analisar se estas são realmente efetivas na redução do uso do serviço de saúde primário, e até mesmo dos níveis secundário e terciário para aqueles que participam de tais atividades.

Além disso, futuros estudos devem abordar pessoalmente os usuários de ações de promoção da saúde para compreender a percepção dos mesmos em relação ao uso dos serviços de saúde a partir da participação em ações preventivas e ações de promoção de saúde.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste trabalho mostraram diferença entre os grupos em relação ao uso dos serviços de saúde da atenção primária à saúde, em que o grupo de participantes das ações ofertadas pela Atenção Básica utilizaram mais os serviços do que o grupo de não participantes, fato que pode ter ocorrido devido ao fortalecimento do vínculo com a unidade de saúde, promovido mediante a participação das ações. Essa participação pode influenciar positivamente na aderência às recomendações para manutenção da saúde, autocuidado em saúde e prevenção de doenças pelos usuários dos serviços de saúde.

A presente pesquisa pode oferecer ao gestor de cada unidade o embasamento e os resultados que podem garantir a continuidade das ações preexistentes e a identificação da necessidade da população daquela região sendo assim, capaz de planejar novas ações preventivas e de promoção à saúde, oficinas, campanhas e outros serviços. Além disso, esse projeto pode auxiliar os gestores de unidade da Atenção Básica que não possuem

ações a entenderem os possíveis efeitos positivos que essas atividades podem trazer à comunidade atendida. Para a população, um dos benefícios desse projeto é a sensibilização sobre promoção de saúde e prevenção de doenças promovidas pelas ações e posteriores benefícios para a saúde por meio destas ações, fortalecimento do vínculo com a unidade de saúde, além da possível economia por parte do usuário, que participando das ações, poderá ter menos gastos com consultas e procedimentos mais complexos.

Portanto, assim como foi demonstrada a necessidade de formulação de novas ações e decisões estratégicas que fortaleçam o papel da Atenção Básica também fica nítida a necessidade de formulação de políticas públicas de incentivo à promoção da saúde de forma a oferecer cada vez mais acesso a população a ações de cuidado à saúde assim como, incentivar o financiamento desse nível de atenção à saúde. É de suma importância que as unidades tenham o amparo financeiro necessário para que possuam à sua disposição os materiais utilizados nas ações, uma infraestrutura adequada assim como equipe de profissionais capacitados em quantidade que esteja de acordo com a demanda da população.

Em relação ao que era esperado, os resultados desta pesquisa podem não ser positivos quando pensamos na questão financeira, nos gastos que as unidades demandam, entretanto, quando analisados a longo prazo estes resultados podem ser considerados positivos, uma vez que os efeitos podem ser preventivos e evitar maiores custos nos demais níveis de atenção à saúde; além de que os custos com o nível de atenção de primária são relativamente menores do que os custos com os níveis de atenção à saúde secundário e terciário.

8. REFERÊNCIAS

BABA, Camila Tiome et al. Evaluating the impact of a walking program in a disadvantaged area: using the RE-AIM framework by mixed methods. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, p. 709, 2017.

BARBOSA, Maria Idalice Silva; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1003-1022, dez. 2017.

BEATO, Mônica Soares da Fonseca; VAN STRALEN, Cornelis Johannes; PASSOS, Izabel Christina Friche. Uma análise discursiva sobre os sentidos da promoção da saúde incorporados à Estratégia Saúde da Família. **Interface** (Botucatu). v.15, n.37, p. 529-537, 2011.

BECKER, Renata Machado et al. Práticas de promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível na atenção primária. 2017.

BENTO, Paulo Cesar Barauce et al. Exercícios físicos e redução de quedas em idosos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 12, n. 6, p. 471-479, 2010.

BIELEMANN, Renata Moraes et al. Impacto da inatividade física e custos de hospitalização por doenças crônicas. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 75, 2015.

BRASIL. (2010). Política Nacional de Promoção da Saúde. 3.ed. Ministério da Saúde

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 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). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos estados. Brasília: CONASS, 2011b. 436 p. (CONASS Documenta, 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: **Centro Gráfico**, 1988. 292 p. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Textos Básicos de Saúde, 2ª edição. Brasília, 2013.

CAMARGO-BORGES, Celiane; MISHIMA, Silvana Martins. A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. **Saúde e sociedade**, v. 18, p. 29-41, 2009.

CARNEIRO, Angélica Cotta Lobo Leite et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev Panam Salud Publica**. v. 31, n. 2, p. 115-120, 2012.

CODOGNO, Jamile Sanches et al. Custo com tratamento e indicadores de risco em pacientes diabéticos, segundo esquema terapêutico. **Revista da Educacao Fisica**, p. 111-118, 2011.

CODOGNO, Jamile S. et al. The burden of physical activity on type 2 diabetes public healthcare expenditures among adults: a retrospective study. **BMC Public health**, v. 11, n. 1, p. 275, 2011.

CODOGNO, Jamile Sanches; FERNANDES, Rômulo Araújo; MONTEIRO, Henrique Luiz. Prática de atividades físicas e custo do tratamento ambulatorial de diabéticos tipo 2 atendidos em unidade básica de saúde. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 56, n. 1, p. 06-11, 2012.

COSTA, Clarisse Melo Franco Neves et al. Utilização de medicamento pelos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 18s, 2017.

CUNHA, Andrea Taborda Ribas et al. Percepções de usuários sobre humanização na estratégia saúde da família: um estudo ancorado na teoria da dádiva. **Revista Ciência Plural**, v. 3, n. 3, p. 16-31, 2017.

DAMICO, José Geraldo Soares; KNUTH, Alan Goulart. O des(encontro) das práticas corporais e atividade física: hibridizações e borramentos no campo da saúde. **Movimento. Vol. 20, n. 1,(jan/mar de 2014), p. 329-350**, 2014.

DESA, Gisele Balbino Araujo Rodrigues et al. The Health Academy Program as a strategy to promote health and healthy lifestyles: the national implementation scenario. **Ciencia & saude coletiva**, v. 21, n. 6, 2016.

FARRELL, Lisa et al. The socioeconomic gradient in physical inactivity: evidence from one million adults in England. **Social science & medicine**, v. 123, p. 55-63, 2014.

FERTONANI, HOSANNA PATTRIG, et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção primária brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1869-1878, 2015.

FLORINDO, Alex Antonio et al. Promoção da atividade física e da alimentação saudável e a saúde da família em municípios com academia da saúde. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 30, n. 4, p. 913-924, 2016.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00029818, 2018.

GIRALDO, Andrea et al. Influence of a physical activity program on the use of Primary Care services in the city of Rio Claro, SP. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 18, n. 2, p. 186-186, 2013.

GOMES, Grace Angélica de Oliveira et al. Characteristics of physical activity programs in the Brazilian primary health care system. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, p. 2155-2168, 2014.

GUANAIS, Frederico; MACINKO, James. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. **The Journal of ambulatory care management**, v. 32, n. 2, p. 115-122, 2009.

HOEHNER, Christine M. et al. Physical activity interventions in Latin America: expanding and classifying the evidence. **American journal of preventive medicine**, v. 44, n. 3, p. e31-e40, 2013.

IBGE, **Censos demográficos**. São Paulo, 2017.

IBGE. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. **Pesquisa Nacional de Saúde–PNS 2013**, 2014.

MACHADO, Clesiane Honorato et al. Efetividade de uma intervenção nutricional associada à prática de atividade física. **Cadernos Saúde Coletiva**, v.21, n.2, p. 148-153,2013.

MADEIRA, Francilene Batista et al. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 106-115, 2018.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. The path of the line of care from the perspective of non-transmissible chronic diseases/O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis/El trayecto de la línea del cuidado bajo la perspectiva de las enfermedades crónicas no transmisibles. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010.

MALTA, Deborah Carvalho et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1799-1809, 2018.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e Regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190030, 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis - DCNT- no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2006.

MOREIRA, Márlon Martins et al. Impacto da inatividade física nos custos de internações hospitalares para doenças crônicas no Sistema Único de Saúde. **Arquivos de Ciências do Esporte**, v. 5, n. 1, 2017.

NAKAMURA, Priscila M. et al. Effect on physical fitness of a 10-year physical activity intervention in primary health care settings. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 12, n. 1, p. 102-108, 2015.

OLIVEIRA, Nerícia Regina de Carvalho et al. **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. 2015.

PAIM, Jairnilson Silva et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. 2011.

PIERCY, Katrina L. et al. The physical activity guidelines for Americans. **Jama**, v. 320, n. 19, p. 2020-2028, 2018.

PISCO, Luis; PINTO, Luiz Felipe. De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1978-2018 e a gênese da Medicina Familiar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1197-1204, 2020.

RAMOS, Luiz Roberto et al. Prevalência de programas de promoção da saúde em unidades básicas de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 837-844, 2014.

RASELLA, Davide; AQUINO, Rosana; BARRETO, Mauricio L. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. **BMC public health**, v. 10, n. 1, p. 380, 2010.

RIBEIRO, Evelyn Helena Corgosinho et al. Avaliação da efetividade de intervenções de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 56, 2017.

RODRIGUES, Carol Cardoso; RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, n.2, p. 235-255, 2012.

ROECKER, Simone; MARCON, Sonia Silva. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 701-709, 2011.

SANTOS, Luciane de Medeiros dos et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de saúde pública**, v. 40, p. 346-352, 2006.

SHAFIEIAN, Mahnaz; KAZEMI, Ashraf. A randomized trial to promote physical activity during pregnancy based on health belief model. **Journal of education and health promotion**, v. 6, 2017.

SHIMIZU, Helena Eri; ROSALES, Carlos. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde?. 2009.

SILVA, André Santos da et al. Indicadores do uso de medicamentos na atenção primária de saúde: uma revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 41, p. e132, 2018.

SOLANKI, Jayesh Dalpatbhai et al. Knowledge, attitude, and practice of urban Gujarati type 2 diabetics: Prevalence and impact on disease control. **Journal of education and health promotion**, v. 6, 2017.

TAMBASCO, Letícia de Paula et al. Satisfaction in the work of the multidisciplinary team which operates in Primary Health Care. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 140-151, 2017.

TURI, Bruna Camilo et al. Atividade física, obesidade abdominal e compra de medicamentos em adultos: estudo transversal retrospectivo com usuários da atenção básica de saúde. **Journal of Physical Education**, v. 26, n. 4, p. 573-581, 2015.

TURI, Bruna Camilo et al. Caminhada e gastos com saúde em adultos usuários do sistema público de saúde brasileiro: estudo transversal retrospectivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3561-3568, 2015.

TURI, Bruna Camilo et al. Baixos níveis de atividade física e síndrome metabólica: Estudo transversal com usuarios do sistema publico de saúde Brasileiro. **Ciencia e Saude Coletiva**, p. 1043-1050, 2016.

VIACAVA, Francisco et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, p. 1751-1762, 2018.

KESSLER, Marciane et al. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2017389, 2018.

9. ANEXOS

ANEXO A – PARECER DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS



Prefeitura Municipal de São Carlos

Secretaria Municipal de Saúde

Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial

Rua São Joaquim, 1233 – São Carlos-SP
CEP: 13560-300 - Fone (16) 3362-1350

PARECER Nº 87/2016

Trata-se de solicitação de autorização para o desenvolvimento de um Projeto de Pesquisa do Departamento de Gerontologia da UFSCAR e intitulado: “*Ações Preventivas e Uso dos Serviços de Saúde na Atenção Primária, Secundária e Terciária do Município de São Carlos*”, a ser realizado pelos estudantes do Curso de Gerontologia e orientada pelo Profª Dra Grace Angélica de Oliveira Gomes com o objetivo geral : realizar um levantamento das ações preventivas na Atenção Básica de São Carlos e avaliar a relação entre a participação em ações preventivas na Atenção básica e o uso de serviços de saúde da rede de Atenção a Saúde de São Carlos.

A metodologia proposta apresenta grau baixo aos participantes uma vez que será feita por um estudo descritivo através da aplicação de questionários com profissionais de saúde que trabalham nas unidades de saúde primária, secundária e terciária e análise documental de prontuários, sob a supervisão de sua orientadora, porém vale ressaltar o risco do desconforto pela participação, desta forma deverá ser dada liberdade de escolha aos sujeitos em não participarem do estudo ou desistirem de participar a qualquer momento; bem como as atividades serem imediatamente suspensas, caso se perceba riscos ou danos a sua pessoa, não previstos no TCLE.

Os pesquisadores deverão garantir confidencialidade e privacidade dos dados, preservação do anonimato dos profissionais e das equipes, postura ética e empática, explicitando os objetivos e finalidade deste estudo.

Os dados coletados deverão ser única e exclusivamente utilizados para o presente projeto, para fins estatísticos, científicos, sem divulgação e utilização para outros fins.

Considerando que os resultados da pesquisa certamente contribuirão para o fortalecimento das ações que objetivam a construção da Rede Saúde Escola em nosso município, este Departamento nada tem a opor e faz as seguintes considerações:

- O Projeto apresentado será realizado na rede de Atenção a Saúde de São Carlos, mas a atividade proposta não pode acarretar nenhum prejuízo ao serviço neste município;
- A coleta de dados e atividades deverá ser feita pelos estudantes, em parceria com as unidades de saúde, sem qualquer ônus para o serviço;
- O trabalho de campo deste Projeto somente poderá ser iniciado após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, e com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes e;
- Após a conclusão do projeto os resultados deverão ser enviados para que possamos socializar com os demais profissionais do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial.

São Carlos, 15 de Junho de 2016.

Claudia C. A. Mazzucco
Diretora do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial
Secretaria Municipal de Saúde
São Carlos-SP

ANEXO B – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DA PESQUISA

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ações preventivas e uso dos serviços de saúde na Atenção Primária, Secundária e Terciária do município de São Carlos

Pesquisador: Grace Angélica de Oliveira Gomes

Versão: 2

CAAE: 57747216.0.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 067481/2016

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Ações preventivas e uso dos serviços de saúde na Atenção Primária, Secundária e Terciária do município de São Carlos que tem como pesquisador responsável Grace Angélica de Oliveira Gomes, foi recebido para análise ética no CEP UFSCar - Universidade Federal de São Carlos em 12/07/2016 às 11:55.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA
UF: SP **Município:** SAO CARLOS **CEP:** 13.565-905
Telefone: (16)3351-9683 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ações preventivas e uso dos serviços de saúde na Atenção Primária, Secundária e Terciária do município de São Carlos

Pesquisador: Grace Angélica de Oliveira Gomes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57747216.0.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.759.746

Apresentação do Projeto:

Introdução: Diante do elevado envelhecimento da população e conseqüente aumento da utilização dos serviços de saúde, há o inevitável aumento dos custos com saúde pública. Com isso, surge a preocupação em se encontrar formas de amenizar os gastos e promover qualidade de vida através de programas e ações preventivas, como por a caminhada orientada, a qual é uma atividade de baixo custo e fácil acesso. **Objetivos:** 1) realizar um levantamento das ações preventivas e de promoção da saúde na Atenção Básica de São Carlos; 2) avaliar a relação entre a participação em ações preventivas na Atenção Básica e o uso dos serviços de saúde da rede de Atenção à Saúde de São Carlos-SP **Métodos:** É uma pesquisa descritiva, de análise documental, desenvolvida na rede de atenção à saúde primária, secundária e terciária no município de São Carlos-SP, utilizando-se de registros de prontuários médicos dos usuários desta rede e de relatos de coordenadores de ações preventivas da Atenção Básica nos anos de 2014 a 2016. O instrumento utilizado será uma ficha de registro contendo nome da ação preventiva, nome do coordenador responsável

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumana@ufscar.br

10. APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO COORDENADOR DA AÇÃO PREVENTIVA DA ATENÇÃO BÁSICA

O (a) está sendo convidado para participar da pesquisa “Ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças e uso dos serviços de saúde na Atenção Primária, Secundária e Terciária do município de São Carlos”. Os objetivos do estudo são: 1) realizar um levantamento das ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças e de promoção da saúde na Atenção Básica de São Carlos; 2) avaliar relação entre a participação em ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças na Atenção Básica e o uso dos serviços de saúde da rede de Atenção à Saúde de São Carlos-SP; A participação do(a) Sr(a) será importante pois irá oferecer informações sobre a existência e características das ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças desenvolvidas no município. Da mesma forma, a não participação limitará o conhecimento dessas informações para o município. Você foi selecionado para participar da primeira fase da pesquisa, a qual irá analisar as ações de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças aplicadas no período de 2014 a 2016, bem como suas características de funcionamento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou onde trabalha. A coleta de dados ocorrerá ao longo dos anos de 2014 a 2016 e será composta por um questionário com os seguintes dados: nome da ação preventiva, nome do coordenador responsável por essas ações, público – alvo ao qual elas se destinam, os materiais utilizados para sua realização, a frequência semanal com que elas ocorrem, os horários que elas são feitas, seus objetivos, os recursos humanos envolvidos nessas ações, o local onde elas são realizadas e o controle de frequência dos participantes nas aulas, número médio de participantes ao mês. O(a) senhor(a) responderá os questionários por no máximo 20 (vinte) minutos de seu tempo por dia avaliado. Os riscos envolvidos neste estudo são mínimos. O preenchimento destes questionários apresenta a possibilidade de um risco subjetivo como cansaço, constrangimento e impaciência, pois algumas perguntas remetem a informações anteriores. Em caso de algum desconforto durante a aplicação dos instrumentos ou na coleta, você poderá interromper a avaliação imediatamente ou requerer outro dia para continuá-la. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação. Asseguramos que você não será identificado. As informações que você nos der serão guardadas no Departamento de

Gerontologia da UFSCar e servirão somente para dados de pesquisa científica. O sr (a) não terá nenhum gasto financeiro ou prejuízo no trabalho ao participar da pesquisa. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. No momento em que a pesquisa estiver pronta, os resultados serão apresentados em eventos e publicados em revistas científicas.

Grace Angélica de Oliveira Gomes

Rodovia Washington Luiz, Km 235, Caixa Postal 676

CEP: 13565-905 – São Carlos – SP

Fone (16) 3361-6665

Email: graceaogomes@ig.com.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Fui informado (a) que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km 235, Caixa Postal 676 – CEP: 13565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e data: São Carlos, ____/____/____

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE B – FICHA DE REGISTRO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E/OU PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS

Identificação do local	
Data da coleta	
Entrevistador	
Nome da Ação Preventiva	
Nome do Coordenador	
Público alvo	
Materiais utilizados	
Frequência Semanal	
Horário	
Objetivo da Ação Preventiva	
Recursos Humanos	
Local Realizado	
Controle de Frequência nas aulas	
Data de início da ação	
Número médio de participantes por mês	
Observações	

APÊNDICE C – LISTA DE PRESENÇA DOS PARTICIPANTES ASSÍDUOS NAS AÇÕES

Caro coordenador da atividade,

Por favor, preencha o máximo de nomes de participantes que na sua percepção foram assíduos à sua atividade preventiva no último ano. Considere uma frequência nas atividades em torno de 75% ao mês.

DATA DA COLETA: ___/___/___

UNIDADE: _____

ENTREVISTADOR: _____

NOME	FREQUÊNCIA SEMANAL (1 A 5 VEZES)	HÁ QUANTO TEMPO PARTICIPA (MESES, ANOS)	NÚMERO DO PRONTUÁRIO

APÊNDICE D – TABELA DE REGISTRO DOS PRONTUÁRIOS

Nome: _____ Data de nascimento: _____

nº prontuário: _____ UBS/USF: _____

NÚMERO DA VISITA (1ª, 2ª, ETC)				
DATA				
MOTIVOS DE ATENDIMENTO				
DOENÇAS REGISTRADAS				
TIPO DE CONSULTA				
MEDICAMENTOS EM USO				
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES				

AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



CURSO DE GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA- REGULAMENTO DO TCC

Anexo 3 – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO BACHARELADO EM GERONTOLOGIA

NOME DO ALUNO: Caroline Muniz Catarino

NOME DO ORIENTADOR: Grace Angélica de Oliveira Gomes

NOME DO CO-ORIENTADOR: Karina Gramani Say
(Se houver)

TÍTULO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO:
Ações de promoção da saúde para adultos e idosos e o uso dos serviços de
saúde na Atenção Básica: um estudo retrospectivo

DATA: 25 / 06 / 2020

Nome do avaliador	Avaliação (aprovado/reprovado)	Assinatura
Prof. Dr. Eduardo Kokubun	Aprovada	
Profª Drª Grace Gomes	Aprovada	

Sugestão de alteração? (X) Não () Sim