



Revista Brasileira em Promoção da Saúde

ISSN: 1806-1222

ISSN: 1806-1230

rbps@unifor.br

Universidade de Fortaleza

Brasil

Gomes Barbosa, Maria Andressa; de Souza, Nathália Paula; Gonçalves Brito de Arruda, Silvana; Pereira da Silva de Carvalho Melo, Sílvia

**PARTICIPAÇÃO DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 30, núm. 4, 2017, Outubro-, pp. 1-11

Universidade de Fortaleza

Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40854840011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UNEM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto



PARTICIPAÇÃO DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Participation of primary health care users in health promotion practices

Participación de usuarios de la atención primaria en prácticas de promoción para la salud

Maria Andressa Gomes Barbosa

Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz - IAM/FIOCRUZ - Recife (PE) - Brasil

Nathália Paula de Souza

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE - Vitória de Santo Antão (PE) - Brasil

Silvana Gonçalves Brito de Arruda

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE - Vitória de Santo Antão (PE) - Brasil

Silvia Pereira da Silva de Carvalho Melo

Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz - IAM/FIOCRUZ - Recife (PE) - Brasil

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores associados à participação de usuários da atenção primária em práticas de promoção da saúde. **Métodos:** Estudo transversal de caráter descritivo e analítico, realizado no município de Vitória de Santo Antão/Pernambuco, em 2016, com 148 participantes, acima de 20 anos, cadastrados em Unidades de Saúde da Família ou no projeto de Extensão Cintura Fina. A coleta de dados ocorreu através de questionário semiestruturado, no qual constavam dados sociodemográficos, perfil clínico, hábitos alimentares, além de conhecimento e participação em práticas e atividades de promoção da saúde. A associação entre as variáveis foi realizada através do teste qui-quadrado de Pearson, adotando o nível de significância $p < 0,05$. **Resultados:** Dos 148 participantes, 76,4% ($n=113$) foram entrevistados nas Unidades de Saúde da Família e 23,6% ($n=35$) no projeto de extensão, e tinham média de idade de 52,9 anos. Além disso, 93,2% ($n=138$) eram do sexo feminino e 57,4% ($n=85$) possuíam renda familiar de até um salário mínimo. A participação em grupos/atividades de promoção da saúde foi diretamente proporcional ao aumento da idade ($p < 0,001$), presença de comorbidades ($p=0,005$), uso contínuo de medicamentos ($p=0,001$) e o conhecimento sobre a existência dos grupos/atividades ($p=0,001$). Por outro lado, a participação mostrou-se menor entre os que trabalhavam ($p=0,049$) e residiam em domicílios com maior número de pessoas ($p=0,001$). **Conclusão:** As variáveis que se mostraram associadas à participação em atividades de promoção da saúde foram idade, presença de comorbidades, uso de medicamentos, conhecimento sobre a existência de práticas educativas, trabalho e número de pessoas por domicílio.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Participação da Comunidade; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the factors associated with the participation of primary health care users in health promotion practices. **Methods:** Descriptive and analytical cross-sectional study carried out in the municipality of Vitória de Santo Antão, Pernambuco, in 2016 with 148 participants aged over 20 years enrolled in three Family Health Care Centers or in the Small Waist Project. Data were collected using a semi-structured questionnaire addressing sociodemographic data, clinical profile, eating habits, and knowledge about and participation in health promotion practices and activities. Association between variables was checked using Pearson's Chi-squared test with a significance level of $p < 0.05$. **Results:** A total of 148 individuals participated in the study, 76.4% ($n=113$) of whom were interviewed in the Family Health Care Center and 23.6% ($n=35$) in the extension project. The mean age was 52.9 years. In addition, 93.2% ($n=138$) of the participants were women and 57.4% ($n=85$) had a household income of up to one minimum wage. Participation in health promotion groups/activities was directly proportional to increasing age ($p < 0.001$), presence of comorbidities ($p=0.005$), continuous use of medications ($p=0.001$) and knowledge about the existence of groups/activities ($p=0.001$). On the other hand, users' participation was lower among those who worked ($p=0.049$) and those who lived in households with greater number of people ($p=0.001$). **Conclusion:** The variables that were associated with participation in health promotion activities were age, presence of comorbidities, use of medications, knowledge about the existence of educational practices, work and number of people in the household.

Descriptors: Primary Health Care; Community Participation; Health Promotion.



RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores asociados con la participación de los usuarios de la atención primaria en las prácticas de promoción para la salud. **Métodos:** Estudio transversal de carácter descriptivo y analítico realizado en el municipio de Vitória de Santo Antão/Pernambuco en 2016 con 148 participantes con 20 años o más, registrados en las Unidades de Salud de la Familia o no en el proyecto de Extensión Cintura Fina. La recogida de datos se dio a través del cuestionario semiestructurado con los datos sociodemográficos, el perfil clínico, los hábitos alimentarios, además del conocimiento y participación en prácticas y actividades de promoción para la salud. Se realizó la asociación entre las variables a través de la prueba Chi-cuadrado de Pearson con el nivel de significación de $p < 0,05$. **Resultados:** De los 148 participantes, el 76,4% ($n=113$) fueron entrevistados en las Unidades de Salud de la Familia y el 23,6% ($n=35$) en el proyecto de extensión con una media de edad de 52,9 años. Además, el 93,2% ($n=138$) eran del sexo femenino y el 57,4% ($n=85$) tenían la renta familiar de hasta un sueldo mínimo. La participación en grupos/actividades de promoción de la salud ha sido directamente proporcional al incremento de la edad ($p < 0,001$), la presencia de comorbilidades ($p=0,005$), al uso continuo de medicamentos ($p=0,001$) y el conocimiento de la existencia de grupos/actividades ($p=0,001$). En cambio, la participación se mostró menor en los que trabajaban ($p=0,049$) y vivían en domicilios con más personas ($p=0,001$). **Conclusión:** Las variables que se asociaron con la participación en actividades de promoción de la salud fueron la edad, la presencia de comorbilidades, el uso de medicamentos, el conocimiento de la existencia de prácticas educativas, el trabajo y el número de personas por domicilio.

Descriptor: Atención Primaria de Salud; Participación de la Comunidad; Promoción de la Salud.

INTRODUÇÃO

No ano de 1988, a Constituição da República Federativa do Brasil declarou a saúde como um direito de todos e dever do Estado, consolidando o Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁾. A alimentação passou a ser considerada como direito social, no entanto, apenas no ano de 2010, após a aprovação da Emenda Constitucional de nº 64/2010⁽²⁾.

No intuito de reorganizar a Atenção Primária à Saúde e alcançar os princípios doutrinários do SUS, o Ministério da Saúde propôs, no ano de 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integralmente e continuamente, considerando as necessidades populacionais e estabelecendo vínculos entre os usuários e os profissionais⁽³⁾.

As mudanças ocorridas no Brasil nas últimas décadas transformaram o modo de vida da população e também o perfil epidemiológico⁽⁴⁾. Atualmente, o país apresenta um complexo cenário, com a presença de doenças transmissíveis, crônicas, com causas externas⁽⁵⁾. As doenças crônicas são a principal causa de óbitos da população adulta brasileira⁽⁴⁾.

É consenso que várias das patologias incluídas no conjunto das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) possuem alguns fatores de risco modificáveis, como os hábitos alimentares inadequados, a inatividade física e o tabagismo⁽⁶⁾. Estas doenças apresentam forte impacto na morbimortalidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados, aumentam a possibilidade de morte prematura, e trazem efeitos econômicos desfavoráveis para toda a sociedade⁽⁷⁾.

Acarretam ainda em custos diretos e indiretos bastante altos, tanto para as famílias quanto para o sistema de saúde. Sendo assim, é necessário o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas para sua prevenção e controle, de seus fatores de risco e para o fortalecimento dos serviços de saúde por meio de diversas ações, entre as quais estão as de promoção da saúde⁽⁸⁾.

Tanto para os profissionais nas unidades básicas de saúde, no que diz respeito ao aconselhamento sobre alimentação e atividade física, quanto para os usuários na adesão, são encontradas dificuldades, sendo necessárias ações que atinjam esse público e possibilitem maior atenção às práticas de promoção da saúde⁽⁹⁾.

O desinteresse por parte da população, o pouco exercício da cidadania, as ações de saúde voltadas para o modelo biomédico e o desenvolvimento de atividades pouco adaptadas à realidade da comunidade são alguns fatores relacionados à baixa adesão dos usuários em ações de educação em saúde⁽¹⁰⁾. Outros aspectos, como disponibilidade e acesso aos serviços de promoção da saúde e a alimentos saudáveis no território, o tempo de diagnóstico das doenças e o uso de medicamentos, também são sugeridos como possíveis interferentes na adesão dos usuários a modos saudáveis de vida⁽¹¹⁾.

Considerando que diversos atores envolvidos com os aspectos relacionados à saúde, inclusive o usuário, devem se sentir coparticipantes no processo de proteção e cuidado, faz-se necessário ultrapassar as ações fragmentadas e que não priorizam os interesses e necessidades da população⁽¹²⁾. Dessa forma, estratégias apoiadas por políticas públicas eficientes e a participação efetiva dos profissionais em ações de promoção da saúde podem proporcionar mais qualidade de vida e autonomia aos indivíduos⁽¹¹⁾, como também a redução de desperdícios financeiros no setor de saúde e a superposição de ações, tornando as políticas públicas mais efetivas e eficientes⁽¹²⁾. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados à participação dos usuários da atenção primária em práticas de promoção da saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, de caráter descritivo e analítico, de corte transversal, realizado entre os meses de junho a outubro de 2016. A coleta de dados aconteceu em três Unidades de Saúde da Família (USF) localizadas no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil, bem como no projeto de extensão Cintura Fina, vinculado à Universidade Federal de Pernambuco/Centro Acadêmico de Vitória (UFPE/CAV).

O município da Vitória de Santo Antão localiza-se na Zona da Mata Sul do estado de Pernambuco, com distância de 55 km da capital Recife, tendo como população estimada 135.805 habitantes. O mesmo é composto por 25 USF, sendo 20 localizadas na zona urbana e 5 localizadas na zona rural⁽¹³⁾. O presente trabalho abordou as USF de Redenção, Mário Bezerra e Jardim Ipiranga, todas localizadas na zona urbana da cidade.

As USF selecionadas ofereciam aos usuários a prática de exercício físico uma vez por semana (grupo saúde); atividades de promoção da alimentação saudável e de estimulação cognitiva em grupos quinzenais (grupo de nutrição e grupo de estimulação cognitiva); e abordagem de diversos temas relacionados a hábitos de vida saudáveis, promoção da saúde e prevenção de doenças em grupos mensais (grupo de idoso).

O projeto de extensão supracitado abrange usuários do bairro de Água Branca e da Associação de Idosos da Matriz do referido município. Ele oferece atividades vinculadas à atenção primária, sob responsabilidade da UFPE/CAV, três vezes por semana em cada local, incluindo a prática regular de atividade física, atividades educativas de promoção da alimentação saudável e realização de avaliação física e nutricional trimestralmente.

A amostra, composta por 150 participantes, teve perda de dois por recusa na participação, totalizando 148. A amostra foi selecionada por conveniência, sendo incluídos maiores de 20 anos que estivessem presentes nas USF ou no projeto de extensão no momento da coleta de dados. Mulheres grávidas foram excluídas da amostra, porque os comportamentos e hábitos alimentares nessa fase da vida diferem consideravelmente em relação às demais e as informações fornecidas poderiam se caracterizar como viés de pesquisa.

As USF também foram selecionadas por conveniência. Na ocasião da pesquisa, a equipe NASF era composta por um/a nutricionista, um/a assistente social, um/a psicóloga, um/a terapeuta ocupacional, duas fisioterapeutas, além de duas residentes (nutricionista e educadora física), as quais apoiavam matricialmente oito Unidades de Saúde da Família.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, através da aplicação de questionário semiestruturado composto por questões socioeconômicas e demográficas (sexo, idade, escolaridade e renda familiar). Para traçar o perfil clínico dos usuários, utilizaram-se variáveis de morbidade referida (hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e doenças cardiovasculares) e questionou-se o uso de medicamentos. Também foram incluídas questões específicas voltadas para identificar o conhecimento e a participação dos usuários em práticas de promoção da saúde (saber da existência de grupo/atividades de promoção da saúde oferecidas nas USF e participação/adesão nesse tipo de atividade), bem como questões relacionadas aos hábitos alimentares dos indivíduos (aconselhamento sobre alimentação saudável, por qual profissional recebeu esse aconselhamento, se houve seguimento das orientações recebidas e os fatores que influenciam na escolha dos alimentos). As referidas perguntas foram baseadas em instrumentos utilizados em outros estudos^(11,14), os quais foram adaptados à realidade dos locais onde a pesquisa foi realizada.

A “adesão” às práticas de promoção da saúde foi classificada de acordo com a frequência referida de participação nos grupos, considerando a rotina de atividades de cada grupo. Quanto às atividades oferecidas nas USF, considerou-se que tiveram adesão aqueles que frequentavam mensalmente os grupos realizados uma vez ao mês, quinzenalmente aqueles que aconteciam a cada quinze dias, e semanalmente os que eram realizados uma vez na semana. Em relação às atividades do projeto de extensão, considerou-se que houve adesão por aqueles que referiram frequência mínima de participação de uma vez na semana.

Verificou-se o consumo alimentar por meio do teste “Como está sua alimentação?”, proposto pelo Ministério da Saúde na versão de bolso do primeiro Guia Alimentar para a População Brasileira⁽⁶⁾. O questionário contempla 18 questões e para cada resposta há uma pontuação específica. Ao final, somam-se os pontos obtidos pelas respostas. Se o valor atinge até 28 pontos, o indivíduo é classificado como “Você precisa tornar sua alimentação e seus hábitos de vida mais saudáveis!”. Entre 29 e 42 pontos, como alguém que deve “ficar atento com sua alimentação e outros hábitos como atividade física e consumo de líquidos”. Quando o valor é superior a 43 pontos, recebia o “Parabéns! Você está no caminho para o modo de vida saudável”. Todos os questionários foram aplicados de forma individualizada.

Para se identificar a percepção dos usuários quanto aos motivos que os estimulam e as dificuldades encontradas para participar dos grupos/atividades de promoção da saúde, utilizaram-se as seguintes perguntas: “Qual (is) motivo (s) o estimula a continuar frequentando os grupos?” e “Qual a maior dificuldade para você acompanhar/participar com frequência das atividades dos grupos?”, sendo categorizadas as respostas⁽¹⁵⁾.

A análise dos dados ocorreu com auxílio do programa SPSS 20.0. Para se determinar a associação entre as variáveis, utilizou-se o teste qui-quadrado de *Pearson*, adotando o nível de significância $p < 0,05$, considerando como variável dependente a participação dos usuários em grupos/atividades de promoção da saúde.

A Figura 1 retrata o modelo teórico do presente estudo partindo de pressupostos da literatura quanto aos possíveis determinantes e seu nível de relação com o desfecho. No nível mais distal, encontram-se as variáveis socioeconômicas e demográficas, uma vez que influenciam todas as demais. No nível medial, estão os aspectos clínicos. No nível mais proximal, o conhecimento sobre existência das atividades de promoção da saúde e os hábitos alimentares (Figura 1).

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (Parecer nº. 1.599.787). Todos os que participaram desta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

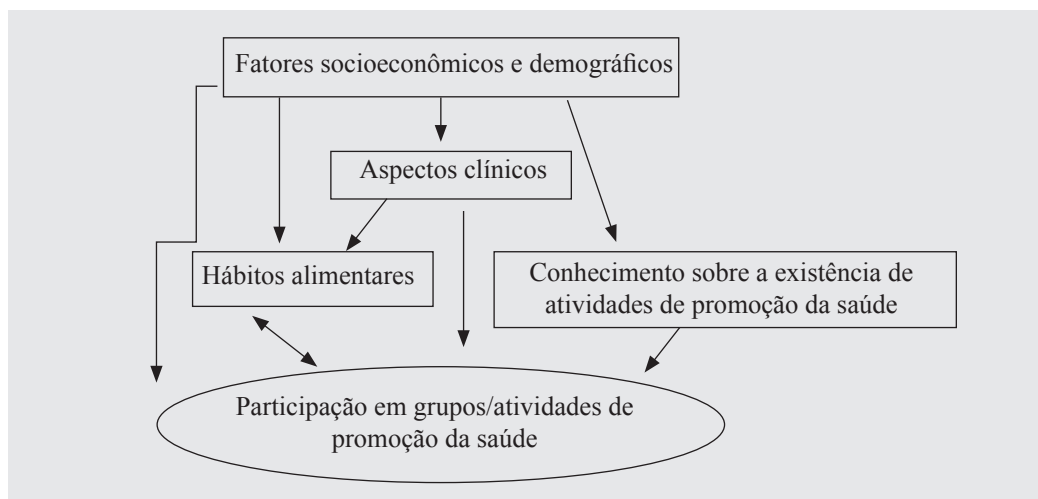


Figura 1 - Modelo teórico dos possíveis determinantes da participação de usuários em grupos de promoção da saúde.

RESULTADOS

Dos 148 participantes avaliados, 113 (76,4%) foram entrevistados em uma USF e 35 (23,6%) no projeto de extensão Cintura Fina. Foi encontrada a média de 52,9 anos, tendo como idade mínima 21 e máxima de 86 anos. Verificou-se entre todos os entrevistados maior prevalência do sexo feminino (93,2%; n=138), idade acima de 60 anos (39,2%; n=58), até 8 anos de estudo (73,6%; n=109), renda familiar de até 1 salário mínimo (57,4%; n=85) e pessoas que não trabalhavam (85,1%; n=126) (Tabela I).

A presença de comorbidades foi relatada por 68,2% (n=101) dos entrevistados, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (48,6%; n=72) e a diabetes *mellitus* (DM) (9,5%; n=14) as mais referidas (Tabela I).

Aproximadamente 60% (n=86) dos usuários não tinham conhecimento sobre a existência de grupo/atividade de promoção da saúde na USF em que está cadastrado. Entre aqueles que sabiam dessa existência (41,9%; n=62), a maior parte soube por meio de profissionais da USF (45,1%; n=28). A adesão aos grupos/atividades de promoção da saúde foi verificada em 88,4% dos indivíduos (Tabela I).

Tabela I - Dados socioeconômicos, demográficos, perfil clínico, conhecimento e participação em grupos/atividades de promoção da saúde de usuários do Sistema Único de Saúde, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016.

Variáveis	n (%)
Dados socioeconômicos e demográficos:	
Sexo	
Masculino	10 (6,8)
Feminino	138 (93,2)
Idade	
21 a 39 anos	36 (24,3)
40 a 59 anos	54 (36,5)
60 ou mais anos	58 (39,2)
Escolaridade	
Até 8 anos de estudo	109 (73,6)
Mais de 8 anos de estudo	39 (26,4)
Renda familiar mensal	
Até 1 SM	85 (57,4)
Acima de 1 e abaixo de 2 SM	48 (32,4)
Acima de 2 SM	15 (10,1)
Número de pessoas que residem no domicílio	
Até 2 pessoas	61 (41,2)
Mais de 2 pessoas	87 (58,7)
Trabalha atualmente	
Sim	22 (14,9)
Não	126 (85,1)
Aspectos clínicos:	
Apresenta comorbidades	
Sim	101 (68,2)
Não	47 (31,8)
Qual comorbidade	
Diabetes Mellitus	
Sim	14 (9,5)
Não	134 (90,5)
Hipertensão Arterial Sistêmica	
Sim	72 (48,6)
Não	76 (51,4)
Doenças Cardiovasculares	
Sim	10 (6,8)
Não	138 (93,2)
Uso contínuo de medicamentos	
Sim	96 (64,9)
Não	52 (35,1)
Conhecimento e participação em práticas de promoção da saúde:	
Sabe sobre a existência de grupo/atividade de promoção da saúde	
Sim	62 (41,9)
Não	86 (58,1)
Como soube da existência desses grupos/atividades*	
Profissionais da USF	28 (45,1)
Vizinho/ amigo/parente	15 (24,1)
Observou quando estava na USF	19 (30,6)
Você participa de algum grupo/atividade de promoção da saúde	
Sim	69 (46,6)
Não	79 (53,4)
Onde participa**	
USF	34 (49,2)
Projeto de extensão (Cintura Fina)	35 (50,7)
Adesão ao grupo/atividade que participa**	
Sim	61 (88,4)
Não	8 (11,5)
Total	148 (100)

n: Frequência absoluta; %: Frequência relativa; SM: Salário Mínimo; * n=62; ** n= 69; USF: Unidades de Saúde da Família.

A participação dos indivíduos em grupos/atividades de promoção da saúde foi diretamente proporcional ao aumento da idade ($p<0,001$), à presença de comorbidades ($p=0,005$), ao uso contínuo de medicamentos ($p=0,001$) e ao conhecimento sobre a existência dos grupos/atividades ($p=0,001$). Por outro lado, a participação mostrou-se menor entre os que trabalhavam ($p=0,049$) e residiam em domicílios com maior número de pessoas ($p=0,001$) (Tabela II).

Tabela II - Variáveis associadas à participação de usuários do Sistema Único de Saúde em grupos/atividades de promoção da saúde, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016.

Variável	n (%)	Participam	Não participam	p*	
		n = 69	n = 79		
n (%)					
n (%)					
Condições socioeconômicas e demográficas:					
Sexo					
Masculino	10 (6,8)	138 (93,2)	3 (4,34)	7 (8,86)	0,275
Feminino		66 (95,6)	72 (91,1)		
Idade					
21 a 39 anos	36 (24,3)	6 (8,69)	30 (37,9)	<0,001	
40 a 59 anos	54 (36,5)	21 (30,4)	33 (41,7)		
60 ou mais anos	58 (39,2)	42 (60,8)	16 (20,2)		
Escolaridade					
Até 8 anos de estudo	109 (73,6)	52 (75,3)	57 (72,15)	0,658	
Mais de 8 anos de estudo	39 (26,4)	17 (24,6)	22 (27,8)		
Renda familiar mensal					
Até 1 SM	85 (57,4)	34 (49,2)	51 (64,5)	0,159	
Acima de 1 e abaixo de 2 SM	48 (32,4)	26 (37,6)	22 (27,8)		
Acima de 2 SM	15 (10,1)	9 (13,04)	6 (7,59)		
Número de pessoas que residem no domicílio					
Até 2 pessoas	61 (41,2)	38 (55,1)	23 (29,1)	0,001	
Mais de 2 pessoas	87 (58,7)	31 (44,9)	56 (70,9)		
Trabalha atualmente					
Sim	22 (14,9)	6 (8,69)	16 (20,2)	0,049	
Não	126 (85,1)	63 (91,3)	63 (79,7)		
Aspectos clínicos:					
Apresenta comorbidade					
Sim	101 (68,2)	55 (79,7)	46 (58,2)	0,005	
Não	47 (31,8)	14 (20,2)	33 (41,7)		
Diabetes Mellitus					
Sim	14 (9,5)	10 (14,4)	4 (5,06)	0,051	
Não	134 (90,5)	59 (85,5)	75 (94,9)		
HAS					
Sim	72 (48,6)	37 (53,6)	35 (44,3)	0,258	
Não	76 (51,4)	32 (46,3)	44 (55,6)		
DCV					
Sim	10 (6,8)	5 (7,2)	5 (6,32)	0,824	
Não	138 (93,2)	64 (92,7)	74 (93,6)		
Uso contínuo de medicamentos					
Sim	96 (64,9)	54 (78,2)	42 (53,1)	0,001	
Não	52 (35,1)	15 (21,7)	37 (46,8)		
Conhecimento dos usuários:					
Sabe sobre a existência de grupo/atividade de promoção da saúde na USF em que está cadastrado					
Sim	62 (41,9)	39 (56,5)	23 (29,1)	0,001	
Não	86 (58,1)	30 (43,4)	56 (70,8)		
Total	148 (100,0)	69 (100,0)	79 (100,0)		

n: Frequência absoluta; %: Frequência relativa; SM: Salário Mínimo; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DCV: doenças cardiovasculares;

*Teste qui-quadrado de Pearson.

Em relação às variáveis relacionadas ao consumo alimentar, o recebimento de aconselhamento sobre alimentação saudável ($p = <0,001$) e essas orientações terem sido fornecidas por nutricionistas ($p = <0,001$) foram estatisticamente maiores entre aqueles que participavam de ações de promoção da saúde (Tabela III).

Através da avaliação do consumo alimentar foi visto que 36 (24,3%) entrevistados se encontram com hábitos alimentares e estilo de vida considerados saudáveis, e 30,4% ($n=21$) dos que participavam de grupo/atividade de promoção da saúde se enquadravam nesse perfil (Tabela III).

Sobre a percepção dos participantes, entre os motivos que os estimulam a frequentarem os grupos, destacam-se: possibilidade de socialização (34,7%; $n=24$), ser bom para a saúde (28,9%; $n=20$), aprender coisas novas (18,8%, $n=13$), bons professores e métodos utilizados (10,1%; $n=7$). Por outro lado, a minoria referiu manutenção ou perda de peso (4,34%; $n=3$) e indicação médica (2,89%; $n=2$).

Sobre as dificuldades que encontram para participarem com frequência das atividades/grupos, os relatos principais foram: falta de tempo (25%, $n=37$), doença (6,1%; $n=9$), morar longe do local das atividades (6,1%; $n=9$) e falta de interesse (6,1%; $n=9$).

Tabela III - Variáveis relacionadas ao consumo alimentar e à associação com a participação em práticas de promoção da saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016.

Variáveis	n (%)	Participam n (%)	Não participam n (%)	p**
Já recebeu aconselhamento sobre alimentação saudável:				
Sim	95 (64,1)	64 (92,7)	31 (39,2)	<0,001
Não	53 (35,8)	5 (7,2)	48 (60,7)	
Por qual profissional*				
Profissionais da ESF	30 (31,6)	9 (14,1)	21 (67,8)	<0,001
Nutricionista	65 (68,4)	55 (85,9)	10 (32,2)	
Quanto às orientações recebidas, você:*				
Realiza todas	20 (21,0)	10 (15,6)	10 (32,2)	0,173
Segue parcialmente	56 (58,9)	40 (62,5)	16 (51,6)	
Não Segue	19 (20,0)	14 (21,8)	5 (16,1)	
Fator que mais influencia na escolha dos alimentos				
Preço	64 (43,2)	26 (37,7)	38 (48,1)	0,188
Hábitos regionais	41 (27,7)	18 (26,1)	23 (29,1)	
Outros fatores	43 (29,0)	25 (36,2)	18 (22,8)	
Você gosta/gostaria de receber orientações sobre práticas de alimentação e nutrição?				
Sim	143 (96,6)	69 (100,0)	74 (93,6)	0,034
Não	5 (3,3)	0 (0,0)	5 (6,32)	
Teste “Como está sua alimentação”				
Fique atento/ Precisa de alimentação mais saudável	112 (75,6)	48 (69,5)	64 (81,0)	0,105
Parabéns	36 (24,3)	21 (30,4)	15 (18,9)	
Total	148 (100,0)	69 (100,0)	79 (100,0)	

n: Frequência absoluta; %: Frequência relativa; * $n = 95$; **Teste qui-quadrado de Pearson; Profissionais da ESF: (médico, enfermeiro, ACS, cirurgião-dentista); ESF: Estratégia Saúde da Família; ACS: Agente Comunitário de Saúde.

DISCUSSÃO

Considerando as variáveis socioeconômicas e demográficas, verifica-se que o perfil encontrado entre a população estudada na presente pesquisa corrobora outro estudo⁽¹⁶⁾, o qual, ao descrever o perfil socioeconômico e demográfico de idosos de uma unidade básica de saúde no Ceará, demonstra uma população predominante do sexo feminino (69,2%), com pouca escolaridade (88,5%), aposentada (69,2%) e com baixa renda mensal (96,2%).

Ao constatar que a participação nos grupos é diretamente proporcional à idade e inversamente proporcional ao número de pessoas que residem no mesmo domicílio, refletiu-se, no presente estudo, como o contexto socioeconômico e demográfico no qual o indivíduo se insere pode interferir na participação em práticas de promoção da saúde ofertadas à comunidade e deve ser considerado na construção destas. Além disso, outro estudo⁽¹⁷⁾ evidenciou que mais da metade dos idosos participantes em

atividades educativas grupais estavam na idade de 60 a 70 anos (51,4%) e apresentavam maior número de morbidades do que os que não participam.

A presença de alguma comorbidade (68,2%), além da utilização contínua de medicamentos (64,9%), referida pela maior parte dos entrevistados da atual pesquisa, foi frequente também em um trabalho que buscou caracterizar idosos frequentadores de grupos de convivência de idosos, sendo identificado que a maioria apresentava ao menos uma doença (85,2%) e fazia uso de pelo menos um medicamento (88,5%)⁽¹⁸⁾.

A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis entre as comorbidades referidas pelos participantes do estudo em questão, como HAS (48,6%) e DM (9,5%), segue a tendência de um problema nacional de saúde pública. A prevalência de HAS entre adultos foi de 32% em 2010, chegando a acometer mais da metade de pessoas com idade entre 60 e 69 anos e 75% daqueles acima de 70 anos⁽¹⁹⁾. A diabetes autorreferida pela população com mais de 18 anos passou de 5,3% para 5,6% entre os anos de 2006 e 2011⁽²⁰⁾. Em Recife, a frequência de adultos que referiu diagnóstico de HAS no ano de 2014 foi de 28,4%, estando entre as maiores frequências observadas nas capitais brasileiras. Já em relação à DM, esse percentual foi de 7,4%⁽²¹⁾.

O desconhecimento sobre grupos/atividades de promoção da saúde nas USF e o papel dos profissionais da USF na articulação do usuário com o serviço de saúde são importantes aspectos a serem considerados no processo de cuidado. Este achado do presente estudo reforça a importância do profissional de saúde na criação de vínculo com o usuário e no desenvolvimento exitoso das atividades executadas pela USF.

O acesso dos usuários aos serviços de saúde, modificando a tradicional forma de entrada, pode ser melhorado através do acolhimento. É através desse acolhimento que se desenvolvem relações de vínculo entre a equipe de saúde e a coletividade, pressupondo que o trabalho em equipe se concretiza por meio da articulação das ações e interação dos profissionais de saúde⁽²²⁾. A participação de agentes comunitários de saúde na coordenação dos grupos de promoção da saúde é considerada importante para promover a vinculação da população às atividades, uma vez que esses profissionais moram no mesmo território, o que facilita o conhecimento do usuário, da história da comunidade e da forma como eles lidam com as relações na vida⁽²³⁾.

A inserção do nutricionista como integrante das equipes de saúde da família também deve ser considerada uma estratégia positiva na expectativa de melhor atender aos princípios de promoção da alimentação saudável, uma vez que esse é o profissional com conhecimento específico para propor estratégias em busca de melhor atender às necessidades de alimentação e nutrição de uma população, considerando suas peculiaridades⁽²⁴⁾. No presente estudo, a maior parte daqueles que haviam recebido aconselhamento sobre alimentação saudável, referiu o nutricionista como profissional diretamente responsável pelas orientações, principalmente entre os que participavam (85,9%) dos grupos/atividades de promoção da saúde.

A atuação do nutricionista tem se destacado enquanto promotor da alimentação adequada e saudável no serviço de atenção primária à saúde, bem como nas práticas de promoção da saúde desenvolvidas nos locais da pesquisa. A presença do profissional na atenção primária foi estabelecida em 2005, por meio da portaria nº 380 do Conselho Federal de Nutricionistas⁽²⁴⁾. A portaria 154/08, que implementa os NASF, prioriza a atuação desses profissionais de acordo com as necessidades dos locais⁽²⁵⁾.

Em contrapartida, um estudo⁽²⁶⁾ realizado com 417 usuários em serviço de atenção primária à saúde verificou que o aconselhamento sobre modos saudáveis de vida foi recebido pela minoria dos usuários (40,8%) e que, entre os profissionais de saúde responsáveis por esse aconselhamento, a categoria médica foi a mais citada (87,6%), enquanto o nutricionista ficou apenas com 1,8% do total. A realização desse aconselhamento é tida como fundamental, uma vez que influencia favoravelmente no padrão alimentar e, consequentemente, na saúde e qualidade de vida da população⁽²⁶⁾. Neste sentido, outro estudo⁽²⁷⁾ concluiu que a implantação dos NASF em municípios de grande porte vem expandindo a inserção do nutricionista na atenção primária à saúde.

O aconselhamento sobre alimentação e nutrição recebido foi seguido parcialmente por significativo percentual dos entrevistados (58,9%) da atual investigação, que citaram como principais dificuldades as condições financeiras e as restrições alimentares. Enquanto outro estudo demonstrou que, entre os que aderiram ao aconselhamento sobre modos saudáveis de vida, 50,9% seguiram total ou parcialmente as orientações propostas e que a principal barreira relatada entre os que não aderiram foi dificuldade para mudar os hábitos (36,2%), falta de tempo (25,4%) e dificuldades financeiras (8,5%)⁽¹¹⁾.

Assim, o aconselhamento e o desenvolvimento de atividades de promoção da alimentação saudável devem considerar o meio socioeconômico, cultural e outras particularidades na qual se insere a coletividade ou o indivíduo ao qual se aplica. Assim sendo, considera-se o papel importante do profissional de saúde no empoderamento do usuário para um cuidado promotor da saúde, e que somente ao conhecer de perto o usuário, o contexto, os potenciais e as adversidades da população atendida é que os profissionais manterão uma relação que propicie o empoderamento⁽²⁸⁾.

Neste contexto, materiais têm sido desenvolvidos pelos órgãos ministeriais almejando orientar os profissionais no desenvolvimento de ações de promoção da alimentação adequada e saudável no contexto da atenção primária à saúde, buscando considerar a integralidade do sujeito. Um exemplo disso é o Novo Guia Alimentar para a População Brasileira, o qual ressalta a importância do ato de comer e busca estimular os hábitos alimentares saudáveis através de orientações que devem ser observadas no dia a dia e se tornam mais fáceis de serem adotadas em conjunto, deixando claro a dimensão que envolve as práticas alimentares da população⁽⁴⁾.

Em pesquisa realizada na UBS Nova Colina, localizada no Distrito Federal, os autores tentaram identificar a metodologia de aprendizagem utilizada nas práticas educativas e a forma de participação dos usuários, concluindo que o modelo tradicional de educação nas práticas de saúde ainda é predominante. Eles ressaltam que a ação educativa precisa ser dialógica para ser efetiva e causar impacto⁽²⁹⁾.

Em relação ao consumo é importante destacar que a maior parte dos entrevistados da presente pesquisa que tiveram sua alimentação considerada adequada participavam de atividades de grupos. Por outro lado, aproximadamente 75% dos entrevistados apresentavam inadequações no consumo e mais da metade deles não participavam de atividades de promoção da saúde. Esses achados corroboram outra pesquisa⁽³⁰⁾, a qual buscou caracterizar hábitos e uso de serviço de saúde entre hipertensos e/ou diabéticos usuários de um serviço de atenção primária, na qual foi encontrado que 76,0% dos entrevistados apresentavam alimentação inadequada/parcialmente adequada e baixa participação (5%) em grupos de hipertensos e diabéticos.

Apesar da baixa participação em atividades de promoção da saúde encontrada entre os usuários das USF (30,1%), a adesão foi considerada satisfatória uma vez que apenas 11,5% dos participantes não aderem às atividades. É possível identificar na literatura registros de baixa e satisfatória participação de idosos em atividades educativas grupais, assim como em ações de lazer e atividade física^(17,31). Ambos os estudos foram realizados no estado de Minas Gerais, sendo o primeiro realizado em Uberaba e o segundo, em Viçosa.

Ao analisarem os motivos da não adesão de uma comunidade em ações educativas, um estudo verificou que é necessário investir no planejamento de estratégias criativas e que reconheçam as necessidades locais⁽⁹⁾. No mesmo estudo, os relatos mostraram que existe uma possibilidade de melhor adesão da comunidade às ações e que, para isso, é preciso uma maior divulgação e diversificar os temas a serem discutidos, bem como o número de reuniões e melhorar a forma de comunicação entre os profissionais e os usuários⁽⁹⁾.

Trabalhadores da área da saúde afirmam que a população tem dificuldades para aderir aos espaços e aos grupos propostos uma vez que estão acostumados ao assistencialismo⁽³²⁾. Muitos usuários do SUS ainda não conseguem colocar as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde como motivo para procura pelo serviço de saúde⁽³³⁾. Os relatos deixam claro que as principais motivações para busca pela unidade de saúde são: estar doente, pegar medicamentos ou precisar de procedimento curativo⁽³³⁾.

Entre os achados do presente trabalho sobre as dificuldades encontradas para participação em atividades de grupos, houve relatos de falta de tempo, morar longe do local das atividades, não saber da existência das atividades, entre outros motivos. O que também foi visto em duas unidades de saúde no Rio de Janeiro, nas quais foi identificado pouco envolvimento dos entrevistados nas atividades coletivas desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família. Entre os motivos alegados para tal estavam: falta de tempo, distância do local, dificuldade de acesso e desconhecimento acerca das atividades desenvolvidas⁽³⁴⁾.

O desinteresse, a impossibilidade e a valorização de aspectos voltados à atenção curativa também são empecilhos para a participação dos usuários nas atividades educativas⁽¹⁰⁾. A necessidade de fazer trabalhos domésticos, cuidar dos netos para os filhos trabalharem, cuidar de familiares doentes, além das condições de saúde não favoráveis, são também motivos que impedem o público-alvo de frequentar integralmente ações de lazer e atividade física⁽³¹⁾.

Quanto aos motivos que estimulam a participação nessas atividades, o principal deles, na percepção dos usuários da atual pesquisa, foi a socialização (34,7%). Em outro estudo⁽³¹⁾ observou-se opinião semelhante. Os entrevistados relataram a socialização como um benefício trazido pelo desenvolvimento das atividades e os autores puderam concluir que o projeto de extensão do qual o grupo participava era visto como espaço de apoio, local de troca de experiências e fortalecimento dos laços sociais pelos próprios usuários. Assim, a criação de espaços que levem ao empoderamento é um importante meio na promoção do cuidado com a saúde⁽³¹⁾.

O conhecimento desses fatores é fundamental, tendo em vista a importância das práticas de promoção da saúde no autocuidado e a consequente prevenção de doenças e melhora da qualidade de vida dos usuários da atenção primária.

Como limitação do presente estudo, pode-se apontar: o tamanho da amostra, que limita as análises estatísticas. Além disso, o delineamento transversal também constitui uma limitação nas análises de associação entre as variáveis associadas e o desfecho pela impossibilidade de inferir relação de causalidade.

CONCLUSÃO

A quantidade de pessoas que reside no mesmo domicílio e a situação de trabalho atual estão inversamente associadas à participação em grupos/atividade de promoção da saúde. Por outro lado, existe uma relação diretamente proporcional com o desfecho quando se considera aspectos sociodemográficos, como a idade mais avançada, a presença de alguma comorbidade e o uso contínuo de medicamentos, e o conhecimento da existência dos grupos/atividades. A possibilidade de socialização e a falta de tempo foram referidas como sendo os principais motivos que estimulam e dificultam, respectivamente, a participação nessas atividades.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não houve conflito de interesses durante o desenvolvimento da presente pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Emenda Constitucional nº 64 de 2010. Diário Oficial da União, Brasília, 05 fev. 2010 [acesso em 2016 Fev 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc64.htm
3. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013 [acesso em 2016 Fev 10]; 66(esp):158-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). Guia alimentar para a população brasileira. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
5. Miranda GMD. Saúde e desigualdade: o desafio brasileiro em um cenário de transição demográfica, epidemiológica e mudanças sociais [tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
6. Ministério da Saúde (BR). Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
7. Ministério da Saúde (BR). Vigilância das doenças crônicas não transmissíveis [acesso em 2017 Mar 02]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>
8. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
9. Santos RP, Horta PM, Souza CS, Santos CA, Oliveira HBS, Almeida, LMR, et al. Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. Rev Gaúch Enferm [Internet]. 2012 [acesso em 2016 Fev 12];33(4):14-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/02.pdf>
10. Marin MJS, Moracvick MYAD, Rodrigues LCR, Santos SC, Santana FHS, Amorin DMR. Conhecendo os motivos da não adesão às ações educativas em saúde. Rev Min Enferm [Internet]. 2013 [acesso em 2016 Fev 16];17(3):500-4. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/668>
11. Toledo MTT, Abreu MN, Lopes ACSL. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. Rev Saúde Pública [Internet]. 2013 [acesso em 2016 Fev 18];47(3):540-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n3/0034-8910-rsp-47-03-0540.pdf>
12. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2015 [acesso em 2016 Dez 15]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_2015_TCU_20160712.pdf Acesso em jan 2017
14. Andrade KA, Toledo MTT, Lopes MS, Carmo GES, Lopes ACS. Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária e práticas alimentares dos usuários. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [acesso em 2016 Mar 18];46(5):1117-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/12.pdf>
15. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
16. Clares JWB, Freitas MC, Almeida PC, Galiza FT, Queiroz TA. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. Rev Rene [Internet]. 2011 [acesso em 2016 Out 20];12(Nesp):988-94. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a14v12esp_n4.pdf
17. Dias FA, Tavares DMS. Fatores associados à participação de idosos em atividades educativas grupais. Rev Gaúch Enferm [Internet]. 2013 [acesso em 2016 Out 20];34(2):70-7. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/22329/26040>
18. Borges PLC, Bretas RP, Azevedo SF, Barbosa JMM. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [acesso em 2016 Out 20]; 24(12):2798-808. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/08.pdf>

19. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. São Paulo, 2010; 95(1 Supl 1):1-51.
20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel-Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
21. Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
22. Pereira IC, Oliveira MAC. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013 [acesso em 2016 Nov 10];66(3):412-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n3/a17v66n3.pdf>
23. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Cadernos HumanizaSUS. Atenção Básica, v. 2)
24. Conselho Federal de Nutricionistas (BR). Resolução CFN nº 380/2005 [acesso em 2017 Mar 1]. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res380.pdf>
25. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 [acesso em 2017 Mar 1]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf
26. Andrade KA, Toledo MTT, Lopes MS, Carmo GES, Lopes ACS. Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária e práticas alimentares dos usuários. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [acesso em 2016 Nov 16];46(5):1117-24. Disponível em: <http://revistas.usp.br/reeusp/article/view/48133/51950>
27. Cervato-Mancuso AM, Tonacio LV, Silva ER, Vieira VL. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [acesso em 2016 Nov 16];17(12):3289-300. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/14.pdf>
28. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [acesso em 2016 Nov 20];17(11):2923-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a08.pdf>
29. Brito PP, Costa MP. Forma de participação dos usuários nas práticas educativas de uma equipe de saúde da família como meio de transformação. Rev APS [Internet]. 2015 [acesso em 2016 Nov 23];18(4):463-9. Disponível em: <https://aps.uff.br/emnuvens.com.br/aps/article/view/2118/930>
30. Bortoluz S, Lima LA, Nedel FB. Condições de saúde e utilização de um serviço de atenção primária em pacientes hipertensos e/ou diabéticos. Ciênc Saúde [Internet]. 2016 [acesso em 2016 Nov 28];9(3):156-66. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/22009/15027>
31. Alemida FLF, Gomes IS, Salgado SML, Freitas EL, Almeida RWS, Oliveira WC, et al. Promoção da saúde, qualidade de vida e envelhecimento: a experiência do projeto “Em Comum-Idade: uma proposta de ações integradas para a promoção da saúde de idosos das comunidades de Viçosa-MG”. Rev ELO [Internet]. 2014 [acesso em 2016 Nov 28];3(2):71-80. Disponível em: <http://www.elo.ufv.br/index.php/elo/article/view/52/50>
32. Onocko-Campos RT, Campos GWS, Ferrer AL, Corrêa CRS, Madureira PR, Gama CAP, et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. Rev Saúde Pública [Internet]. 2012 [acesso em 2016 Nov 28];46(1):43-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/2502.pdf>
33. Franco ECD. A estratégia de saúde da família na perspectiva do usuário. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2012 [acesso em 2016 Dez 01];2(1):49-58. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/4002/3142>
34. Teixeira C, Silva CCS, Bernardes GS, Sá NPP, Prado RS. O vínculo entre usuários e equipes em duas unidades de saúde da família em um município do estado do Rio de Janeiro. Rev APS [Internet]. 2013 [acesso em 2016 Dez 01];16(4):444-54. Disponível em: <https://aps.uff.br/emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/1725/768>

Endereço para correspondência:

Maria Andressa Gomes Barbosa
 Rua Francisco Bezerra das Neves, 54
 Bairro: Abrigo
 CEP: 55695-000 - Sairé - PE - Brasil
 E-mail: andressa.gomes2009@hotmail.com