

Perfil de Saúde dos Usuários da Rede de Atenção Básica Baseado no Cadastro Individual e-Sus

The Health Profile of Basic Care Network Users According to the e-Sus Individual Registry

Perfil de Salud de los Usuarios de la Red de Atención Básica Basada en el Cadastro Individual e-Sus

Angélica Dietrich¹; Christiane de Fatima Colet²; Eliane Roseli Winkelmann^{3*}

Como citar este artigo:

Dietrich A, Colet CF, Winkelmann ER, *et al.* Perfil de Saúde dos Usuários da Rede de Atenção Básica Baseado no Cadastro Individual e-Sus. Rev Fund Care Online. 2019. out./dez.; 11(5):1266-1271. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1266-1271>

ABSTRACT

Objective: The study's purpose has been to assess the health profile, based on the individual registry named e-SUS (*Sistema Único de Saúde* [Unified Health System]), in regards to the users of basic health care services in Ijuí city, *Rio Grande do Sul* State. **Methods:** It is a cross-sectional study with a sample of 400 registered users in 15 Family Health Strategies, within the age group from 20 to 59 years old and according to the e-SUS individual registry. **Results:** There was a predominance of wage earners with a work permit and low education level. Users with low schooling were five times more likely to develop diabetes mellitus ($p=0.01$), whereas high education users were hospitalized more frequently ($p=0.03$). It was observed an association between participating in a community group and the female gender ($p=0.013$), having high education level and private health insurance plan ($p=0.001$). **Conclusion:** The profile of the users shows a direct relationship between low level of schooling and chronic noncommunicable diseases and inversion of hospitalizations.

Descriptors: Population Characteristics, Family Health Strategy, Primary Health Care, Unified Health System.

¹ Fisioterapeuta egressa da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI. E-mail: angelica_dietrich@hotmail.com

² Farmacêutica. Doutorado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente do Departamento de Ciências da Vida- DCVida da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI e colaboradora do Mestrado em Atenção Integral a Saúde – PPGAIS (UNICUZ/UNIJUI). E-mail: chriscolet@yahoo.com.br

³ Fisioterapeuta. Doutorado em Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Docente do Departamento de Ciências da Vida- DCVida da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI e Mestrado em Atenção Integral a Saúde – PPGAIS (UNICRUZ/UNIJUI). E-mail: elianew@unijui.edu.br

RESUMO

Objetivo: Verificar o perfil de saúde, baseado no cadastro individual e-SUS, de usuários dos serviços de atenção básica da cidade de Ijuí/RS.

Métodos: Estudo transversal, com amostra de 400 usuários cadastrados em 15 Estratégias de Saúde da Família, na faixa etária de 20 a 59 anos, baseado no cadastro individual e-SUS. **Resultados:** Verificou-se predomínio de assalariado com carteira de trabalho, baixa escolaridade. Os usuários com escolaridade baixa tiveram cinco vezes mais chance de desenvolver diabetes mellitus (DM) ($p=0,01$), com escolaridade alta internaram com maior frequência ($p=0,03$). Observou associação entre participar de grupo comunitário e o sexo feminino ($p=0,013$) e apresentar alta escolaridade e possuir plano de saúde privado ($p=0,001$). **Conclusão:** O perfil dos usuários mostra relação direta da baixa escolaridade com doenças crônicas não transmissíveis e inversa as internações.

Descritores: Características da População, Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Verificar el perfil de salud, basado en el registro individual e-SUS, de usuarios de los servicios de atención básica de la ciudad de Ijuí/RS.

Metodos: Estudio transversal, con muestra de 400 usuarios registrados en 15 Estrategias de Salud de la Familia, en el grupo de edad de 20 a 59 años, basado en el registro individual e-SUS. **Resultados:** Se verificó predominio de asalariado con carnet de trabajo, baja escolaridad. Los usuarios con escolaridad baja tuvieron cinco veces más posibilidades de desarrollar diabetes mellitus (DM) ($p = 0,01$), con escolaridad alta internaron con mayor frecuencia ($p = 0,03$). Se observó asociación entre participar en el grupo comunitario y el sexo femenino ($p = 0,013$) y presentar alta escolaridad y tener un plan de salud privado ($p = 0,001$). **Conclusión:** El perfil de los usuarios muestra relación directa de la baja escolaridad con enfermedades crónicas no transmisibles e inversa las internaciones.

Descriptores: Características de la Población, Estrategia Salud de la Familia, Atención Primaria a la Salud, Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

A mudança do perfil de saúde epidemiológico no país vem com a predominância das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo uma consequência da urbanização, mudança nos estilos de vida e da globalização¹. No Brasil e em outros países da América Latina, estudos mostram que houve uma mudança de perfil de saúde nas últimas décadas, existindo alterações de mortalidade e morbimortalidade da população, fenômeno conhecido como transição epidemiológica, que se caracteriza pela substituição das principais causas de óbitos, ocorridas anteriormente em razão de doenças infecciosas e parasitárias, posição que passou então a ser ocupada pelas chamadas DCNT com destaque para as relacionadas ao aparelho circulatório, haja vista que são apontadas como as principais responsáveis pelo maior contingente de óbitos registrados em todo o mundo¹⁻².

Em geral, a maioria da população possui fatores predisponentes para desenvolver doenças, com destaque para os relacionados ao estilo de vida, entre estes é comum a prática de alimentação inadequada, composta por alimentos com alto teor calórico e baixo valor nutricional, contribuindo assim para a ocorrência de fatores de risco e consequentemente para o desenvolvimento de inúmeras

doenças³. Também, o ritmo de vida agitada adotada pela sociedade contemporânea, bem como os fatores ambientais, demográficos e socioeconômicos estão associados com as condições de saúde⁴⁻⁵.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo assistencial de atenção básica à saúde, prioritariamente, para as populações com maior risco biológico e socioeconômico. As equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde são responsáveis, dentre outras atribuições, pela prevenção, controle e diagnóstico das doenças mais frequentes. O percentual em acompanhamento é um dos indicadores para monitoramento e avaliação dessa estratégia⁶. Para conhecer este percentual bem como outros indicadores foi elaborado o cadastro individual dos usuários, que é um questionário padrão o qual foi organizado pelo Ministério de Saúde para ser executado pelos agentes de saúde de cada Estratégia de Saúde da Família, sendo que o cadastro individual é constituído de perguntas que respondem as características pessoais, dados sociodemográficos e questões gerais de saúde dos usuários no território das equipes⁶. Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013 tornou obrigatório o preenchimento online no sistema de dados e-SUS, a partir disto permitiu uma análise dos resultados de forma sistemática⁶.

Informações quanto ao perfil de saúde dos indivíduos são de suma importância para a otimização dos serviços de saúde, buscando-se redução dos gastos e excelência dos serviços prestados a população. Além disso, visa auxiliar na sensibilização dos profissionais de saúde e beneficiários sobre a importância de conhecer como essa população se encontra em relação a sua saúde. Portanto tem-se a perspectiva de implementação de práticas que contemplam ações de promoção, prevenção, proteção, e atenção para esta população alvo, influenciando assim, de forma positiva o controle dos possíveis fatores de risco e tratamento adequado as pessoas que se encontram enfermas. Um fato observado durante a estruturação da pesquisa foi a precariedade de estudos na bibliografia que identifiquem a situação da saúde na faixa etária de 20 a 59 anos, portanto a abordagem deste tema servirá como indicador do perfil de saúde da população adstrita na rede de atenção básica.

Diante do exposto, este estudo teve como finalidade verificar o perfil de saúde, de usuários atendidos nos serviços da rede de atenção básica pertencente a cidade de Ijuí/RS, na faixa etária de 20 a 59 anos, baseado no cadastro individual registrado no e-SUS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental, transversal, analítico e quantitativo. A presente pesquisa incluiu usuários adstritos à rede de atenção básica da cidade de Ijuí/RS, na faixa etária adulta de 20 a 59 anos de idade. Os dados foram coletados a partir do registro de informações coletadas das 15 ESF existentes no município, sendo que todas possuem os dados dos usuários registrados em um único banco de dados, o e-SUS. Foi realizado cálculo

de amostragem, com erro de 5% e nível de confiança de 95%, obtendo uma amostra de 400 pessoas, sendo estas estratificadas de forma proporcional em todas as Estratégias de Saúde da Família, proporcionalmente ao tamanho da população adstrita em cada uma. O e-SUS é preenchido pelos agentes comunitários de saúde, os dados foram coletados em ordem aleatória.

O e-SUS é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional⁶. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população⁶. Foram incluídos no estudo os cadastros de indivíduos em faixa etária de 20 a 59 anos que sejam usuários da rede de atenção básica, cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família de Ijuí/RS.

No cadastro individual foi coletado as informações que constam dados da identificação do usuário com informações sociodemográficas, sendo realizadas as seguintes perguntas aos usuários: sexo, raça, nacionalidade, município de nascimento, situação conjugal, frequenta escola, curso mais elevado que frequenta ou frequentou, situação no mercado de trabalho, “frequenta curandeiro(a) benzedeiro(a)?”, “participa de algum grupo comunitário?”, “possui plano de saúde privado?”, “deseja informar orientação sexual/identidade de gênero?”, “tem alguma deficiência?”.

As condições/situações de saúde gerais foram compostas das seguintes perguntas: “está gestante?”, “sobre seu peso o que você considera?”, “está fumante?”, “está dependente ou abusa de álcool?”, “está dependente ou abusa de outras drogas?”, “tem hipertensão arterial?”, “tem diabetes?”, “teve AVC/derrame?”, “teve infarto?”, “tem doença cardíaca?”, “tem ou teve problema nos rins?”, “tem doença respiratória?”, “está com hanseníase?”, “está com tuberculose?”, “tem ou teve câncer?”, “fez ou faz tratamento com psiquiatra ou teve internação por problema de saúde mental?”, “está acamado, está domiciliado?”, “usa plantas medicinais?”, “usa outras práticas integrativas e complementares?”.

As demais perguntas foram sobre situação de rua: “está em situação de rua?”, “recebe algum benefício?”, “possui referência familiar?”, “é acompanhado por outra instituição?”, “visita algum familiar com frequência?”, “quantas vezes se alimenta ao dia?”, “qual a origem da alimentação?”, “tem acesso a higiene pessoal?”.

A escolaridade foi estratificada em baixa e alta. Na escolaridade baixa foi incluso, creche, pré-escola, classe alfabetizada, ensino fundamental 1º a 4º série, 5º a 8º série, ensino fundamental completo, ensino fundamental especial, ensino fundamental EJA 1º a 4º série, 5º a 8º série, alfabetização para adultos (mobral etc.) ou nenhuma alfabetização. Na escolaridade alta foi incluído o ensino médio (científico, técnico) ensino médio especial, ensino médio EJA, superior aperfeiçoamento especialização, mestrado e doutorado.

Após o término da coleta de dados, foram tabulados e analisados através do programa Statistical Package for Social Sciences – SPSS (versão 22.0, Chicago, il, EUA). A análise descritiva foi realizada apresentando média e frequência. Para a análise de associação foi utilizado teste de qui-quadrado. O nível de significância de 0,05 e os intervalos de confiança (IC) de 95%.

O estudo foi projetado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº. 466/2012 e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da UNIJUÍ (nº parecer 1.564.051/2016) e CAAE: (55076016.2.0000.5350).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa analisou 400 cadastros de usuários adstritos à rede de atenção básica, com predomínio do sexo feminino, faixa etária de 50-59 anos, raça branca, situação conjugal casado. Verificou-se predomínio de assalariado com carteira de trabalho, baixa escolaridade, conforme dados apresentados na **Tabela 1**.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica de usuários de Estratégia de Saúde da Família cadastrados no e-SUS. Ijuí/RS, 2015.

Variáveis	n(%)
Sexo do usuário	
F/M	223(55,8)/177(44,2)
Idade	
50-59	113(28,2)
40-49	51(12,7)
30-39	70(17,5)
20-29	47(11,7)
Raça do Usuário	
Branco	389(97,3)
Preto/pardo/amarelo	02(0,5)/08(2,0)/01(0,3)
Estado civil do usuário	
Casado(a)/ Convívio com parceiro(a)	277(69,3)/30(7,5)
Solteiro(a)	74(18,5)
Divorciado (a) / separado (a)/ Viúvo(a)	09(2,3)/10(2,5)
Orientação sexual	
Heterossexual	269(67,3)
Não informou	131(32,2)
Situação no mercado de trabalho	
Assalariado com carteira de trabalho/ sem carteira de trabalho	106(26,5)/25(6,3)
Outro	103(25,8)
Aposentado/pensionista	57(14,3)
Não trabalha	50(12,7)
Autônomo com previdência social/ sem previdência social	23(5,8)/19(4,8)
Desempregado	12(3,0)
Empregador	05(1,3)
Nível de Escolaridade	
Baixa	281(70,3)
Alta	179(29,7)

Respostas relativas a n: número de indivíduos; %: percentual de indivíduos.
F=feminino, M=masculino

Na **tabela 2** estão representadas respostas autorreferidas

sobre comorbidades dos usuários. Dos pacientes que tiveram AVE a maioria foi do sexo masculino ($p=0,05$). Os usuários com escolaridade baixa tiveram cinco vezes mais chance de desenvolver diabetes mellitus (DM) ($p=0,01$) e os usuários com escolaridade alta internaram com maior frequência ($p=0,03$).

Tabela 2- Doenças e comorbidades de usuários de Estratégia de Saúde da Família cadastrados no e-SUS. Ijuí/RS, 2015.

Variáveis	Todos		Sexo		Escolaridade				
	n (%)	M n(%)	F n(%)	OR (IC)	p	Baixa n(%)	Alta n(%)	OR (IC)	P
Tabagista	58 (14,5)	30 (51,7)	28 (48,3)	0,69(0,39-1,22)	0,2	44 (75,8)	14 (24,2)	1,39(0,73-2,65)	0,3
Etilista	05 (1,3)	05 (100)	-	1,03(1,00-1,06)	0,1	03 (60)	2 (40)	0,63(0,10-3,83)	0,6
Drogas	02 (0,5)	02 (100)	-	1,01(0,99-1,03)	0,1	01 (50)	01 (50)	0,42(0,03-6,79)	0,5
Peso Adequado	314 (78,5)	154 (49,1)	160 (50,9)	1,23(1,02-2,33)	0,1	220 (70)	94 (30)	0,82(0,46-1,48)	0,5
HAS	61 (15,2)	26 (42,7)	35 (57,3)	1,07(0,62-1,85)	0,8	49 (80,3)	12 (19,7)	1,88(0,96-3,69)	0,0
DM	25 (6,3)	09 (36)	16 (64)	1,72(0,73-4,09)	0,2	23 (92)	02 (8,0)	5,21(1,21-22,49)	0,0
AVC	03 (0,8)	03 (100)	-	1,01(0,99-1,04)	0,0	02 (66,6)	1 (33,4)	0,84(0,07-9,42)	0,8
Infarto	02 (0,5)	01 (50)	01 (50)	0,78(0,49-12,64)	0,8	02 (100)	-	0,99(0,98-1,00)	0,3
Doença cardíaca	08 (2,0)	04 (50)	04 (50)	-	0,5	05 (62,5)	01 (37,5)	-	0,7
Doença renal	17 (4,2)	04 (24,6)	13 (76,4)	-	0,2	10 (58,8)	07 (41,2)	-	0,4
Doença respiratória	10 (2,5)	05 (50)	05 (50)	-	0,6	06 (60)	04 (40)	-	0,1
Câncer	11 (2,8)	08 (72,7)	03 (18,3)	1,39(0,4-4,82)	0,6	07 (63,6)	04 (36,4)	0,73(0,21-2,56)	0,6
Deficiência	23 (5,7)	10 (43,7)	13 (56,3)	1,02(0,44-2,39)	0,5	14 (60,8)	09 (39,2)	0,64(0,27-1,52)	0,8
Doença mental	14 (3,5)	09 (64,3)	05 (35,7)	0,78(0,27-2,26)	0,6	11 (78,5)	03 (21,5)	1,57(0,43-5,75)	0,4
Internação nos últimos 12 meses?	16 (3,8)	03 (14,4)	13 (86,6)	-	0,1	06 (40)	09 (60)	1,55(1,12-1,99)	0,0

Respostas relativas a resposta sim. HAS: hipertensão arterial sistêmica. DM: diabetes mellitus. AVC: acidente vascular cerebral. n: número de pessoas. M: masculino. F: feminino. n: número de indivíduos; %: percentual de indivíduos, OR(IC): Odds Ratio, IC: (intervalo de confiança), $p \leq 0,05$ estatisticamente significativo.

As respostas autorreferidas sobre as características gerais e de saúde estão representadas na **Tabela 3**. Observou associação entre participar de grupo comunitário e o sexo feminino ($p=0,013$) e apresentar alta escolaridade e possuir plano de saúde privado ($p=0,001$).

Algumas questões presentes no instrumento utilizado na presente pesquisa não foram respondidas afirmativamente por nenhum entrevistado, entre as quais cita-se: estar gestante, ter hanseníase, ter tuberculose, estar acamado ou domiciliado. Observou-se que a questão referente a usuários estar em situação de rua não foi preenchido em

todos os instrumentos analisados.

Tabela 3- Características gerais e de saúde de usuários de Estratégia de Saúde da Família cadastrados no e-SUS. Ijuí/RS, 2015.

Variáveis	Todos		Sexo		Escolaridade				
	N (%)	M n(%)	F n(%)	OR (IC)	P	Baixa n(%)	Alta n(%)	OR (IC)	p
Frequente curandeiro benzedeira	13 (3,2)	09 (69,2)	04 (30,8)	0,48 (0,15-1,49)	0,195	09 (69,2)	04 (30,8)	0,95 (0,29-3,15)	0,935
Participa de algum grupo comunitário?	34 (8,5)	12 (35,2)	22 (64,8)	1,99 (2,12-4,29)	0,013*	25 (73,5)	09 (26,5)	1,91 (0,54-2,64)	0,662
Possui plano de saúde privado?	15 (3,2)	06 (40)	09 (60)	1,18 (0,41-3,39)	0,75	04 (26,7)	11 (73,3)	0,14 (0,04-0,46)	0,001*
Usa plantas medicinais?	60 (15)	12 (20,0)	48 (80,0)	2,99 (1,59-5,64)	0,001*	40 (66,6)	20 (33,4)	0,82 (0,46-1,48)	0,51

Respostas relativas a resposta sim. n: número de indivíduos; %: percentual de indivíduos, OR(IC) odds ratio, (intervalo de confiança), $p \leq 0,05$ estatisticamente significativo.

O perfil de saúde de usuários dos serviços de atenção básica da cidade de Ijuí/RS foi analisado por 400 cadastros individual e-SUS. Os principais dados desta pesquisa mostram predomínio de assalariado com carteira de trabalho, baixa escolaridade. Dos pacientes que tiveram AVE a maioria foi do sexo masculino. Os usuários com escolaridade baixa tiveram cinco vezes mais chance de desenvolver diabetes mellitus e os usuários com escolaridade alta internaram com maior frequência. Observou associação entre participar de grupo comunitário e o sexo feminino e apresentar alta escolaridade e possuir plano de saúde privado.

Os dados desta pesquisa demonstram que 15,2% dos usuários declararam apresentar HAS. Esta doença está entre os problemas de saúde pública mundiais, com prevalência crescente⁷. Na amostra houve maior prevalência entre as mulheres e 80,3% possuíam nível baixo de escolaridade, dados também encontrados por Godoy (2010)⁹. No Brasil, o estudo Vigitel Brasil (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) verificou, em 2013, que 24,1% possuíam diagnóstico médico de HAS, nas 27 capitais brasileiras, sendo de 26,3% entre mulheres e 21,5% entre homens, com a frequência de diagnóstico aumentando com o aumento da idade⁸, estes dados referem-se a população em geral, diferindo da presente pesquisa que incluiu idade até 59 anos.

No atual estudo foi encontrado que 14,5% dos participantes são tabagistas ativos e destes prevalece o sexo masculino (51,7%), 75,8% haviam estudado até oito anos. O tabagismo está associado com doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, pneumonias e asma, problemas oculares, entre outras¹¹. Pesquisas encontradas também demonstram que a média de fumantes ativos na população adulta brasileira foi de 16,1%, com predomínio do sexo masculino (20,5%) e mais elevada entre aqueles que possuem até oito anos de

escolaridade¹⁰⁻¹¹⁻¹².

Entre os prontuários analisados foram relatados três casos de acidente vascular encefálico (AVE), todos no sexo masculino, como apontado por Silva e Lin (2016)¹³. Segundo Paes (2016)¹¹, a incidência de AVE em adultos jovens está aumentando, principalmente à custa do tabagismo. Estima-se que a percentagem de adultos jovens atinja 5 a 10% do total de indivíduos com AVE e sua incidência nesta faixa etária varia entre 7 a 15 casos para cada 100 000 indivíduos/ano.

Outra doença que se destacou entre os usuários foi o DM, um importante problema de saúde mundial, com incidência crescente e alta morbimortalidade, resultando na perda significativa da qualidade de vida⁹. A DM acometeu 6,3% dos usuários, com maior frequência entre as mulheres e com escolaridade inferior a oito anos. Foi verificado que usuários com baixa escolaridade tem cinco vezes mais chances de possuir esta doença. Este dado também foi verificado por estudo no qual 4,9% referiram DM, com predomínio do sexo feminino e o ensino fundamental incompleto⁹, mostrando relação entre escolaridade, classe econômica baixa e presença de comorbidades, sendo esta população que possui maior financiamento pelo SUS¹².

As DCNT também afetam o mercado de trabalho, pois os indivíduos acometidos acabam perdendo força de trabalho, impactando no setor produtivo brasileiro. Estimativas para o Brasil que esta seja a 4ª causa de afastamento do trabalho, no período de 2006 a 2015, representando um prejuízo de US\$ 4,18 bilhões. Ressaltam-se ainda prejuízos relacionados com incapacidades, custos materiais diretos aos pacientes, empobrecimento familiar, além do impacto financeiro sobre o sistema público de saúde¹⁴.

O baixo nível de escolaridade, apresentado pela maioria dos cadastros do e-SUS avaliados nesta pesquisa, pode limitar o acesso às informações, possivelmente comprometendo as habilidades de leitura, escrita e fala, e podendo impactar sobre a compreensão dos fatores de risco da doença e do seu tratamento. Destaca-se que, a baixa escolaridade, frequente na população atendida pelo serviço público de saúde, deve ser um fator considerado pelos profissionais na construção de atividades de educação em saúde desenvolvidas na atenção básica.

Verificou-se que os usuários com doenças crônicas não transmissíveis (15%), fazem uso de terapias complementares com plantas medicinais, sendo que 60% destes tinham baixa escolaridade. O estudo de Lima et al (2014)¹⁵ reforça tais resultados e trazem a predominância entre os analfabetos (36%), além disso, muitos usuários possuem um conhecimento tradicional sobre as plantas e desconhecem sua toxicidade. Ainda sobre esse tema deve-se destacar o risco do uso de plantas medicinais sem orientação de profissional da saúde habilitado e administradas associadas com medicamentos, pode aumentar o risco de interação medicamentos¹⁶⁻¹⁷. Por isto, a importância da comunidade ser orientada quanto à forma de uso e preparo das mesmas, contribuindo para uma terapêutica complementar segura aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Para a participação ativa da comunidade nas ações da equipe torna-se necessário empoderar os usuários no

controle da saúde individual e coletivamente. Controle que perpassa pela possibilidade de identificar os anseios, as necessidades humanas básicas, bem como, de intervir no ambiente local¹⁸⁻¹⁹. Neste estudo, 8,5% frequentavam grupos comunitários, com predomínio de mulheres, fato este que nos mostra que o sexo feminino tem mais preocupação com sua saúde.

Este estudo é importante, pois traz resultados do cadastro individual de um município do Brasil. É o reflexo da política que atualmente está sendo preconizada pelo governo federal junto as ESF, com importante papel desempenhado pelas agentes comunitárias de saúde. Porém, o estudo apresenta limitações em seus resultados incluindo a fragilidade dos dados registrados no cadastro individual, no qual esta pesquisa se baseou. O cadastro é composto por algumas perguntas autorreferidas, e os usuários podem ter respondido incorretamente ou omitido informações, possibilitando vieses no que se refere as questões que condizem nas condições/situações gerais de saúde. Algumas respostas autorreferidas podem ter limitações para servirem como diagnóstico. Quanto ao peso do usuário, variável autorelatada, sem se realizar avaliação por métodos diagnósticos validados, ficando as respostas condicionadas a uma avaliação individual dos usuários, que pode ser superestimada ou subestimada. Para Cardoso et al (2013)¹⁸, o peso tende a ser subestimado frequentemente por mulheres. Desta forma, pode-se considerar este diagnóstico como real em relação a saúde dos usuários? Até que ponto o questionário é eficaz como está sendo formulado e aplicado? Que impacto o mesmo tem nas mudanças das políticas de saúde do país e da ESF, já que a aplicação pelos ACS se faz de forma obrigatória. Outro dado preocupante refere-se as questões não preenchidas pelos coletadores, entre os quais, usuários em situação de rua, gestante, estar acamado e domiciliado, que pode demonstrar equívocos no preenchimento de tais formulários e a necessidade de capacitação e validação deste material.

Em resumo, questiona-se a validade de aplicação deste formulário, forma que está estruturado, em função da falta de treinamento para aplicação do mesmo, questões mal ou não preenchidas, mostrando que alguns dados podem não condizer com a realidade.

CONCLUSÕES

Esta pesquisa possibilitou verificar o perfil de saúde dos usuários do SUS na faixa etária de 20-59 anos do município de Ijuí/RS. Os principais achados deste perfil mostram o predomínio de assalariado com carteira de trabalho, baixa escolaridade. Os usuários com escolaridade baixa tiveram cinco vezes mais chance de desenvolver diabetes mellitus e os usuários com escolaridade alta internaram com maior frequência. Também evidenciou uma associação entre participar de grupo comunitário e o sexo feminino e apresentar alta escolaridade e possuir plano de saúde privado.

Portanto este estudo é importante para relatar que os indivíduos apresentaram número importante de doenças crônicas não transmissíveis, o que pode representar um mal

prognóstico para saúde com o avançar da idade se não forem realizadas ações de educação em saúde com esta população.

Considerando estas informações, a otimização e conscientização dos serviços de saúde será de suma importância, o monitoramento de fatores de risco e da prevalência das doenças a eles relacionados é primordial para definição de políticas de saúde voltadas para prevenção destes agravos, tendo com foco principal as doenças crônicas não transmissíveis presentes no perfil de saúde desta faixa etária.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Neto OLM, Junior JBS. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2006; 15(1): 47-65. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a06.pdf>
2. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(9): 1772-84. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2012000900015&script=sci_arttext&tlng=e
3. Souza LP et al. Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. *Rev. Enferm. Uerj*, 2011; 19(1): 127-33. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a21.pdf>
4. Brink CLVD et al. Self-Reported Disability and Its Association with Performance-Based Limitation in Elderly Men: A Comparison of Three European Countries. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2003; 51(6): 782-8. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2389.2003.51258.x>
5. Pinto SL, Silva RSR, Priore SE, Assis AMO, Pinto EJ. Prevalência de pré-hipertensão e de hipertensão arterial e avaliação de fatores associados em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(6): 1065-75. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2011.v27n6/1065-1075/>
6. Brasil. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil [Internet]. Brasília: Organização da Saúde. 2. Ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>
7. Selem SSC, Castro MA, César CLG, Marchioni DML, Fisberg RM. Validade da hipertensão autorreferida associa-se inversamente com escolaridade em brasileiros. *Arq. Bras. Cardiol.* 2013, 100(1): 52-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n1/aop11612.pdf>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL Brasil 2012 - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf
9. Godoy I. Prevalência de tabagismo no Brasil: medidas adicionais para o controle da doença devem ser priorizadas no Ano do Pulmão. *J. Bras. Pneumol.* 2010; 36(1): 4-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v36n1/v36n1a02.pdf>
10. Henriques M, Henriques J, Jacinto J. Acidente Vascular Cerebral no Adulto Jovem: A Realidade num Centro de Reabilitação. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação* 2015; 27(1): 9-13. Disponível em: <https://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/view/180/106>
11. Paes NL. Fatores econômicos e diferenças de gênero na prevalência do tabagismo em adultos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(1): 53-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/1413-8123-csc-21-01-0053.pdf>
12. Martins PC, Carvalho MB, Machado CJ. Uso de medidas autorreferidas de peso, altura e índice de massa corporal em uma população rural do nordeste brasileiro. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2015; 18(1): 137-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n1/1415-790X-rbepid-18-01-00137.pdf>
13. Silva BM, Lin K. Perfil demográfico do acidente vascular encefálico no hospital universitário prof. Polydoro Ernani de São Thiago (florianópolis, sc) entre os anos 2001 e 2012. *Arq. Catarin. Med.* 2016; 45(2): 43-58. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/75>
14. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(2): 327-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0327.pdf>
15. Lima, DF et al. Knowledge and use of medicinal plants for users of two basic health units. *Rev. RENE* 2014; 15(3): 383-90. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1442/pdf_1
16. Veiga Junior VF. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. *Rev. Bras. Farmacogn.* 2008; 18(2):308-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfar/v18n2/27.pdf>
17. Antonio GD, Tesser CD, Pires R O M. Contributions of medicinal plants to care and health promotion in primary healthcare. *Interface comun. Saúde educ.* 2013; 17(46): 615-33. Disponível em: www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/1801/180128561010/6
18. Cardoso LS, Cezar-Vaz MR, Costa VZ, Bonow CA, Almeida I MCV. Promoção da saúde e participação comunitária em grupos locais organizados. *Rev. Bras. Enferm.* 2013; 66(6): 928-934. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/18.pdf>
19. Fortuna CM, Matumoto S, Pereira MJB, Borges CC, Kawata LS, Mishima SM. Continuing education in the family health strategy: rethinking educational groups. *Rev. Latinoam. Enfermagem* 2013; 21(4): 990-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0990.pdf

Recebido em: 05/04/2018

Revisões requeridas: 07/04/2018

Aprovado em: 21/08/2018

Publicado em: 05/10/2019

***Autor Correspondente:**

Eliane Roseli Winkelmann

RS 155 Km 06 Distrito Santana
Ijuí, Rio Grande do Sul, RS, Brasil

E-mail: elianew@unijui.edu.br

Telefone: +55 11 5576-4430

CEP: 98.700-000