

Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança

Family and community orientation in children's primary healthcare

Altamira Pereira da Silva Reichert ¹
 Alane Barreto de Almeida Leônico ²
 Beatriz Rosana Gonçalves Toso ³
 Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos ⁴
 Elenice Maria Cecchetti Vaz ⁵
 Neusa Collet ¹

Abstract *This article seeks to identify the principle of family and community orientation in Family Health Units, relating to care for the health of children under the age of 10. It is a quantitative, assessment study of 344 family members and/or carers of children under the age of 10, served in the 53 Family Health units of the 3rd ('IIIrd') Health District of the city of João Pessoa, Brazil. The data were collected based on the Family Orientation and Community Orientation variables present in the children's version of the Primary Care Assessment Tool – Brasil. Analysis took the form of simple frequency distribution statistics. Average scores for the components analyzed were between 3.7 and 5.7, lower than the level of 6.6 which is determined for these attributes to be oriented to primary healthcare. There is a weak orientation of the attributes Family Orientation and Community Orientation in the primary care of the services evaluated, and this indicates a need for a full approach to the child, with macro- and micro-political conceptions by those planning and managing healthcare, to ensure that children get full and effective healthcare.*

Key words *Family, primary healthcare, Family Health, child*

Resumo *O objetivo deste artigo é identificar o princípio de orientação familiar e comunitária nas Unidades de Saúde da Família, referente ao cuidado à saúde de crianças menores de dez anos. Pesquisa avaliativa, quantitativa, realizada com 344 familiares e/ou cuidadores de crianças menores de 10 anos, atendidas nas 53 unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário III de João Pessoa. Os dados foram coletados a partir das variáveis orientação familiar e orientação comunitária, presentes no formulário Primary Care Assessment Tool- Brasil, versão criança. A análise ocorreu na forma de estatística simples de distribuição de frequências. Os escores médios para os componentes analisados obtiveram valores 3,7 e 5,7, inferiores ao determinado para que estes atributos estejam orientados à atenção primária, que é de 6,6. Existe uma fraca orientação dos atributos orientação familiar e comunitária na atenção primária nos serviços avaliados, indicando a necessidade de um olhar integral para a criança, com concepções macro e micropolíticas dos planejadores e gestores do cuidado em saúde, a fim de garantir efetividade da atenção à saúde da criança.*

Palavras-chave *Família, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Criança*

¹ Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. Cidade Universitária, Campus I s/n, Castelo Branco I. 58000-000 João Pessoa PB Brasil. altareichert@gmail.com

² Complexo Hospitalar Arlinda Marques.

³ Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

⁴ Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande.

⁵ Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ser estruturada a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata, objetivando implementar outros modelos de assistência, que atendessem às necessidades de saúde da população¹. Assim, no Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, alicerçado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção ao indivíduo, família e comunidade em todos os níveis de assistência, a APS foi ampliada^{1,2}.

Nessa perspectiva, emergiu o Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada um marco na política de saúde brasileira pela proposta de reorganização da prática da atenção à saúde na APS. Como modelo de atenção centrado na família e na equipe multiprofissional com acompanhamento longitudinal^{1,2}, serve de base para a melhoria na qualidade de vida e saúde da população, com destaque para a criança, pelo processo permanente de crescimento e desenvolvimento e os agravos prevalentes nesta fase³.

Na atenção à criança, as ações realizadas na APS no âmbito da ESF são indispensáveis para a prevenção e a promoção à saúde, pois possibilitam a detecção precoce de possíveis alterações, com intervenção em tempo oportuno, reduzindo assim os riscos de morbimortalidade na infância⁴.

Para tanto, faz-se necessário uma assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutive³, pautada nos princípios do Cuidado Centrado na Família e na crença de que as necessidades emocionais e de desenvolvimento infantil, bem como o bem-estar de toda a família, são alcançados com maior eficácia quando os serviços de saúde ativam a capacidade desta para atender às necessidades da criança, a partir do seu envolvimento no planejamento dos cuidados. Destarte, o relacionamento entre a família e os profissionais de saúde é o elemento central para a promoção de um cuidado de qualidade à criança⁵.

O enfoque na família e na comunidade constitui um novo paradigma para o SUS, sendo de fundamental importância para a reorganização dos serviços e da ESF. Tal enfoque, obrigatoriamente, envolve um sistema de Vigilância da Saúde que priorize a vigilância do espaço/população/família/comunidade de ocorrência da doença e não mais a clássica, focada no indivíduo⁶.

Portanto, no momento em que se discute a reorganização dos serviços de saúde no Brasil, salienta-se a importância da avaliação destes, tendo

como objetivo mensurar a qualidade da atenção à saúde da criança neste cenário, que pressupõe contemplar, além dos aspectos biopsicossociais, a criação de elos entre os serviços da APS, família e comunidade⁷.

Nessa perspectiva, define-se⁸ que uma APS efetiva e de qualidade é contemplada pela presença e extensão de quatro atributos essenciais: primeiro contato, continuidade ou longitudinalidade, integralidade e coordenação; e três atributos derivados: centralização familiar, orientação comunitária e competência cultural.

O atributo centralização familiar implica em considerar a família como o sujeito da atenção, e orientação comunitária pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem⁹.

A orientação familiar se efetiva quando: o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração do indivíduo dentro de seus ambientes; a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde; o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados⁸.

Em relação à orientação à comunidade, destaca-se⁸ que as necessidades relacionadas à saúde das pessoas ocorrem em um contexto social; a percepção dessas necessidades frequentemente requer o conhecimento da realidade social. Um entendimento das características de saúde na comunidade e dos recursos disponíveis fornece uma forma mais extensa de avaliar as necessidades, do que uma abordagem baseada apenas nas interações com os pacientes ou com suas famílias.

Esses princípios são condizentes com o que é proposto na ESF, que tem como objetivo romper com o comportamento passivo das equipes de saúde e estender suas ações para toda a comunidade.

A criança, em seu contexto familiar e comunitário, pode estar sujeita a acometimentos em seu processo saúde-doença. Neste estudo, enfoca-se a criança como aquela que se encontra vulnerável aos agravos conhecidos como as doenças prevalentes na infância, e que necessitam de cuidados.

No tocante à oferta de serviços de saúde à criança, as ações realizadas na atenção primária são essenciais para as atividades de prevenção e de intervenção, por ter potencial para detectar precocemente possíveis alterações e diminuir os riscos de morbimortalidade¹⁰. Estudos apontam que as altas taxas de hospitalização, dentre elas a infantil, por condições sensíveis à atenção bá-

sica, indicam uma atenção primária inadequada em relação ao tipo de localização, intensidade e oportunidade de atendimento¹¹⁻¹³.

Reconhecendo a APS como cenário propício para a resolução da maioria dos problemas de saúde da população, questionamos: por que as crianças continuam adoecendo e precisando de internação hospitalar por doenças que poderiam ser resolvidas no nível da atenção primária? Esses serviços de atenção à saúde, especificamente as Unidades de Saúde da Família (USF) têm conseguido resolver os problemas de saúde quando a família traz sua criança doente para atendimento? A família e a comunidade estão contempladas nas ações de saúde das USF?

A fim de realizarmos uma reflexão acerca das ações de saúde voltadas para o público infantil nos serviços de Atenção Primária e propor mudanças a partir daí, tem-se como objetivo identificar o princípio de orientação familiar e comunitária nas Unidades de Saúde da Família, referente ao cuidado à saúde de crianças menores de dez anos.

Métodos

Estudo transversal, avaliativo, de abordagem quantitativa, realizado nas 53 Equipes de Saúde da Família do Distrito Sanitário III (DS-III) do município de João Pessoa (PB). Este possui uma população de 180.000 habitantes e apresenta cobertura de 90,5% das famílias da área pelas ESF. A escolha por este distrito se deu em virtude de ser o maior na rede de atenção básica da referida cidade.

A população do estudo foi composta de familiares (pai, mãe) e/ou cuidadores (avós, tios, cuidadores legais) de crianças com idades até nove anos, onze meses e 29 dias, atendidas nas USF, num período de seis meses anteriores a etapa de coleta de dados da pesquisa, que ocorreu entre julho e dezembro de 2011. O número de atendimentos previamente identificados foi de 21.486 distribuídos entre as equipes, a partir do qual foi estabelecida a amostra, definida por amostragem probabilística casual simples estratificada, com partilha proporcional do número de crianças atendidas por unidade do distrito, sendo constituída por 344 familiares e/ou cuidadores, considerando-se um erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%.

A seleção dos participantes se deu por amostragem sistemática na fila de espera para consulta médica ou de enfermagem, sendo convidado

o último familiar e/ou cuidador legal da criança presente na fila de espera para atendimento, e caso não aceitasse, o imediatamente anterior, e assim, sucessivamente, até completar a cota amostral estabelecida para cada unidade. A entrevista foi realizada no âmbito das unidades de ESF, nas salas de espera, seguindo as recomendações éticas de apresentação do estudo ao participante. Diante disto, foram selecionados os familiares e/ou cuidadores de crianças menores de dez anos de idade residentes na área urbana do município de João Pessoa, que apresentaram condições para ser o respondente do formulário, tais como capacidade de entendimento, expressão e compreensão dos documentos apresentados. O participante deveria conhecer a unidade que iria avaliar sendo incluído aquele que levou a criança para atendimento naquela determinada unidade de saúde por, pelo menos, duas vezes, previamente àquela na qual estava aguardando atendimento.

A coleta de dados foi realizada utilizando um instrumento elaborado e validado no Brasil, PCATool-Brasil versão criança, contendo 45 questões para aferição dos atributos essenciais e derivados da APS, incluindo a orientação familiar, item “I” do instrumento (contemplada com três questões) e orientação comunitária, item “J” do instrumento (com quatro questões). Os dados sobre as características sociodemográficas da família foram obtidos através de um instrumento especificamente elaborado para este fim.

Ressalta-se que há no início do instrumento PCATool três questões que medem o grau de afiliação ao serviço de saúde, podendo o respondente afiliar-se ao profissional “enfermeiro”, “médico” ou ao “serviço” (a própria USF) ou apontar “outro”. Ao optar por um profissional ou serviço, o respondente seguiu o restante da entrevista avaliando aquele profissional ou serviço mencionado. As respostas do instrumento foram do tipo Likert com valores específicos: “com certeza sim” (valor = 4), “provavelmente sim” (valor = 3), “provavelmente não” (valor = 2), “com certeza não” (valor = 1) e “não sei / não lembro” (valor = 0), sendo, ao final, calculado os escores.

Os escores foram calculados pela média dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente¹⁴. O escore médio para os atributos orientação familiar e orientação comunitária foram calculados pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens de cada componente, conforme estabelecido no manual do instrumento PCATool-Brasil, divulgado pelo Ministério da Saúde¹⁴. Assim temos: escore

médio $I = (I1 + I2 + I3)/3$ e escore médio $J = (J1 + J2 + J3 + J4) /4$. Os escores obtidos para cada componente foram transformados em uma escala de 0 a 10, sendo denominado como escore ajustado, seguindo a fórmula:

$$\text{Escore ajustado} = (\text{Escore obtido} - 1) \times 10/3$$

Foram considerados valores elevados ou satisfatórios os escores $\geq 6,6$ e baixos ou insatisfatórios os valores $< 6,6$ demonstrando que o atributo é ou não ofertado de maneira adequada pelo serviço pesquisado. Os dados foram inseridos em uma planilha do programa Microsoft Excel 2010 para formação de um banco de dados e analisados quantitativamente, tabulados sob a forma de estatística simples de distribuição de frequências absolutas e relativas.

A pesquisa foi desenvolvida respeitando os preceitos éticos da Resolução 466/12, sob a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Oeste do Paraná – UNIOESTE.

Resultados

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos 344 familiares e/ou cuidadores de crianças atendidas nas unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário III de João Pessoa, sendo destaque a baixa condição socioeconômica, pela renda familiar de até um salário mínimo mensal em 58,4% das famílias; no entanto, metade da amostra apresentou escolaridade acima de 10 anos de estudo. Com relação ao número de filhos, 45,4% da amostra possui apenas um filho e 33,4% das famílias tem dois filhos. Dos entrevistados, 80% dos pais eram casados/união estável e 43,9% das mães das crianças possuíam a ocupação classificada como Do Lar.

Na Tabela 2 encontram-se os componentes relacionados ao atributo orientação familiar, presente no instrumento do PCATool, com os valores absolutos e as porcentagens referentes às respectivas respostas. Quando os participantes do estudo foram questionados sobre a atitude dos profissionais da APS, se lhes perguntavam sobre suas opiniões acerca do tratamento e cuidado da criança, 33,7% mães responderam que tinham certeza que os enfermeiros não questionavam sobre esse aspecto e 24,1% afirmaram que os médicos não as questionavam. Em relação ao profissional que mais conhece os problemas de saúde da família, 41% dos cuidadores entrevistados estão certos de que são enfermeiros e 20,8% re-

Tabela 1. Características sociodemográficas da família e do cuidador das crianças. João Pessoa (PB), Brasil, 2013.

| Variáveis | n = 334 | |
|--|---------|-------|
| | N | % |
| Qual a renda familiar aproximada? | | |
| Menos do que um salário mínimo | 42 | 12,2% |
| Um salário mínimo | 159 | 46,2% |
| Dois salários mínimos | 91 | 26,4% |
| Três salários mínimos | 31 | 9,0% |
| Quatro salários mínimos | 9 | 2,6% |
| Mais que quatro salários mínimos | 10 | 2,9% |
| Sem renda | - | - |
| Não sabe informar | 2 | 0,6% |
| Quantos anos de estudo tem o principal cuidador? | | |
| 0 a 4 anos | 39 | 11,3% |
| 5 a 9 anos | 114 | 33,1% |
| 10 a 14 anos | 174 | 50,6% |
| 15 anos ou mais | 16 | 4,7% |
| Não sabe informar | 1 | 0,3% |
| Qual o número de filhos na família? | | |
| Um | 156 | 45,4% |
| Dois | 115 | 33,4% |
| Três | 44 | 12,8% |
| Quatro | 16 | 4,7% |
| Cinco | 8 | 2,3% |
| Mais de cinco | 5 | 1,5% |
| Não sabe/não informado | - | - |
| Qual a situação conjugal dos pais da criança? | | |
| Casados | 108 | 31,4% |
| União estável | 167 | 48,6% |
| Solteiros | 50 | 14,5% |
| Viúvo/a | 4 | 1,2% |
| Não sabe informar | 15 | 4,4% |
| Qual é a ocupação da mãe? | | |
| Emprego formal | 52 | 15,1% |
| Conta própria – informal | 30 | 8,7% |
| Trabalhador rural | 1 | 0,3% |
| Sem ocupação no momento | 72 | 20,9% |
| Do lar | 151 | 43,9% |
| Outros | 38 | 11,0% |

feriram o médico. Percebe-se também que 21,8% dos entrevistados acreditam que o enfermeiro se reuniria com sua família, caso fosse necessário.

Conforme os dados da Tabela 3, no que se refere ao atributo orientação comunitária, observa-se que 46,6% dos entrevistados responderam ter certeza de que o enfermeiro costuma realizar visita domiciliar e 22,9% afirmaram que o médico realiza a visita. No tocante ao conhecimento dos profissionais sobre os problemas de saúde im-

Tabela 2. Frequência absoluta e percentual acerca do atributo orientação familiar. João Pessoa (PB), Brasil, 2013.

| Indicador | n = 334 | | | | | | | | | |
|---|---------------|------|--------------|------|--------------|------|---------------|------|-----------------|------|
| | Certo que não | | Provável não | | Provável sim | | Certo que sim | | Não sei/ lembro | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| I1 - O profissional questiona o tratamento da criança com a família | | | | | | | | | | |
| Enfermeiro | 116 | 33,7 | 6 | 1,7 | 16 | 4,7 | 65 | 18,9 | 2 | 0,6 |
| Médico | 83 | 24,1 | 1 | 0,3 | 2 | 0,6 | 26 | 7,5 | 1 | 0,3 |
| USF | 18 | 5,2 | 1 | 0,3 | - | - | - | - | - | - |
| Outro* | 5 | 1,5 | - | - | 1 | 0,3 | 1 | 0,3 | - | - |
| Total | 222 | 64,5 | 8 | 2,3 | 19 | 5,6 | 92 | 26,7 | 3 | 0,9 |
| I2 - O profissional conhece problemas de saúde da família | | | | | | | | | | |
| Enfermeiro | 49 | 14,2 | 3 | 0,9 | 7 | 2 | 141 | 41 | 5 | 1,5 |
| Médico | 35 | 10,2 | 5 | 1,5 | 1 | 0,3 | 72 | 20,8 | - | - |
| USF | 6 | 1,7 | - | - | - | 0 | 13 | 3,8 | - | - |
| Outro* | 3 | 0,9 | - | - | 1 | 0,3 | 3 | 0,9 | - | - |
| Total | 93 | 27 | 8 | 2,4 | 9 | 2,6 | 229 | 66,5 | 5 | 1,5 |
| I3 - O profissional se reuniria com a família quando necessário | | | | | | | | | | |
| Enfermeiro | 23 | 6,7 | 21 | 6,1 | 68 | 19,8 | 75 | 21,8 | 18 | 5,2 |
| Médico | 22 | 6,4 | 15 | 4,3 | 26 | 7,5 | 25 | 7,3 | 25 | 7,3 |
| USF | 3 | 0,9 | 5 | 1,4 | 3 | 0,9 | 3 | 0,9 | 5 | 1,4 |
| Outro* | 2 | 0,6 | 1 | 0,3 | 3 | 0,9 | 1 | 0,3 | - | - |
| Total | 50 | 14,6 | 42 | 12,1 | 100 | 29,1 | 104 | 30,3 | 48 | 13,9 |

* Outro: hospital.

portantes da vizinhança, 16,9% dos entrevistados têm certeza de que os enfermeiros os conhecem e 9,6% estão certos que os médicos conhecem. Em relação à identificação de problemas através de pesquisas na comunidade, 23,8% dos entrevistados não lembraram se o enfermeiro realiza essas pesquisas e 13,4% referem não se lembrar de o médico realizá-las. Observa-se que 16,6% dos cuidadores entrevistados relataram ter certeza de que o enfermeiro convida os membros da família a participarem do Conselho Local de Saúde.

Com relação aos escores médios dos atributos pesquisados, segundo dados da Tabela 4, o escore para a orientação familiar obteve valor de 3,7, portanto, um valor considerado baixo (< 6,6), e o escore para a orientação comunitária, também apresentou valor abaixo do considerado bom, com 5,7.

Discussão

A utilização de um instrumento validado para avaliar serviços de saúde é de suma importância,

pois permite aferir, com base nos atributos da APS, a percepção dos usuários quanto aos serviços prestados à população e, no caso do presente estudo, às crianças menores de 10 anos⁹.

Os escores dos atributos orientação familiar e comunitária em relação ao cuidado às crianças usuárias das Unidades de Saúde da Família pesquisadas foram considerados insatisfatórios para uma atenção efetiva. Esses resultados são preocupantes, tendo em vista que esses atributos representam elementos fundamentais para o fortalecimento do vínculo entre serviço de saúde, famílias e comunidade, considerando a família como o eixo do cuidado à criança, e a ESF, como modelo de saúde vigente.

Estudo⁹ realizados com cuidadores de crianças residentes e cadastrados nas áreas de abrangência das unidades de saúde da família de Montes Claros (MG), também constatou que o escore do atributo de orientação familiar não apresentou valor satisfatório em nenhum dos serviços avaliados.

Os usuários entrevistados nas USF de João Pessoa/PB têm como perfil predominante serem

Tabela 3. Frequência absoluta e percentual acerca do atributo orientação comunitária. João Pessoa (PB), Brasil, 2013.

| Indicador | n = 334 | | | | | | | | | |
|--|---------------|------|--------------|------|--------------|------|---------------|------|-----------------|------|
| | Certo que não | | Provável não | | Provável sim | | Certo que sim | | Não sei/ lembro | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| J1 - Alguém do seu serviço faz visitas domiciliares | | | | | | | | | | |
| Enfermeiro | 18 | 5,2 | 6 | 1,7 | 6 | 1,7 | 160 | 46,6 | 15 | 4,4 |
| Médico | 19 | 5,5 | 2 | 0,6 | 5 | 1,5 | 79 | 22,9 | 8 | 2,3 |
| USF | 4 | 1,2 | - | - | 2 | 0,6 | 13 | 3,7 | - | - |
| Outro* | 4 | 1,2 | - | - | 1 | 0,3 | 2 | - | - | - |
| Total | 45 | 13,1 | 8 | 2,3 | 14 | 4,1 | 254 | 73,8 | 23 | 6,7 |
| J2 - O seu serviço conhece os problemas de saúde da vizinhança | | | | | | | | | | |
| Enfermeiro | 27 | 7,8 | 23 | 6,7 | 51 | 14,8 | 58 | 16,9 | 46 | 13,4 |
| Médico | 24 | 7 | 13 | 3,7 | 15 | 4,4 | 33 | 9,6 | 28 | 8,1 |
| USF | 2 | 0,6 | 4 | 1,1 | 3 | 0,9 | 7 | 2 | 3 | 0,9 |
| Outro* | 3 | 0,9 | 1 | 0,3 | 2 | 0,6 | - | - | 1 | 0,3 |
| Total | 56 | 16,3 | 41 | 11,8 | 71 | 20,7 | 98 | 28,5 | 78 | 22,7 |
| J3 - O seu serviço faz pesquisas na comunidade para identificação de problemas | | | | | | | | | | |
| Enfermeiro | 28 | 8,1 | 16 | 4,7 | 28 | 8,2 | 51 | 14,8 | 82 | 23,8 |
| Médico | 28 | 8,1 | 4 | 1,2 | 7 | 2 | 28 | 8,1 | 46 | 13,4 |
| USF | 9 | 2,5 | 3 | 0,9 | 1 | 0,3 | 4 | 1,2 | 2 | 0,6 |
| Outro* | 3 | 0,9 | 1 | 0,3 | 1 | 0,3 | 1 | 0,3 | 1 | 0,3 |
| Total | 68 | 19,6 | 24 | 7,1 | 37 | 10,8 | 84 | 24,4 | 131 | 38,1 |
| J4 - O seu serviço convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde? | | | | | | | | | | |
| Enfermeiro | 62 | 18 | 23 | 6,7 | 10 | 2,9 | 57 | 16,6 | 53 | 15,4 |
| Médico | 45 | 13,1 | 11 | 3,2 | 9 | 2,6 | 22 | 6,3 | 26 | 7,6 |
| USF | 13 | 3,7 | 1 | 0,3 | 1 | 0,3 | 3 | 0,9 | 1 | 0,3 |
| Outro* | 6 | 1,8 | - | - | 1 | 0,3 | - | - | - | - |
| Total | 126 | 36,7 | 35 | 10,2 | 21 | 6,1 | 82 | 23,8 | 80 | 23,3 |

* Outro: hospital.

de baixa renda, casados, mães que têm a atividade laboral classificada como do Lar e principal cuidador, com escolaridade acima de 10 anos de estudo. A literatura¹⁵⁻¹⁷ destaca que a maioria dos cuidadores infantis atendidos em unidade de saúde possui baixa escolaridade, o que contribui para os maus hábitos alimentares e de cuidados em geral, podendo prejudicar a saúde da criança. Em contrapartida, um estudo⁹ destaca que a escolaridade materna maior que oito anos pode não mostrar melhores escores atribuídos à ESF, visto que, quanto mais escolaridade tem o indivíduo, maior senso crítico ele terá e maior a probabilidade de não utilizar apenas esse serviço como fonte regular de atenção à saúde.

Após a análise das questões utilizadas na avaliação do atributo orientação familiar, percebe-se que poucas mães afirmaram que os profissionais de saúde da APS não costumam averiguar a opinião delas a respeito da saúde das crianças. Contudo, são os enfermeiros quem têm mais probabilidade de fortalecer o laço de confiança da família com o serviço, pois mantêm maior contato com a população e, portanto, quem mais conhece a família e seu contexto social, suas dificuldades e limitações, buscando fazer o acompanhamento das crianças na atenção básica, como preconizado pelo Ministério da Saúde.

Esse atributo apresenta inter-relação com a integralidade da atenção, uma vez que as relações

Tabela 4. Medidas estatísticas dos escores simples e de 0 a 10, com relação à Orientação Familiar e Comunitária. João Pessoa (PB), Brasil, 2013.

| Estatística | Escore Simples | Escore de 0-10 |
|------------------------|----------------|----------------|
| Orientação Familiar | | |
| Média \bar{x} | 2,1 | 3,7 |
| Erro Padrão | 0,06 | 0,1 |
| Mediana | 2,0 | 3,3 |
| Moda | 1,0 | - |
| Orientação Comunitária | | |
| Média \bar{x} | 2,7 | 5,7 |
| Erro Padrão | 0,06 | 0,1 |
| Mediana | 2,7 | 5,8 |
| Moda | 4,0 | 10,0 |

estabelecidas no contexto familiar e os fatores que expõem o usuário a condições adversas ou favoráveis ao processo saúde doença são considerados na prática de saúde¹⁸.

Esse aspecto é reforçado em estudo cujos autores¹⁹ afirmam que a saúde da criança necessita de mudança, no sentido de evitar a indiferença dos trabalhadores de saúde diante das necessidades dos indivíduos, da baixa resolutividade e deterioração da qualidade da assistência prestada, inserindo o usuário em seu ambiente intra e extrafamiliar, articulando a atenção ao usuário com o enfoque na família²⁰.

Para determinar se o cuidado médico à criança na atenção primária com orientação familiar estava associado à qualidade e equidade do cuidado, o presente estudo encontrou que, comparado às crianças que não recebiam o cuidado com esse enfoque, a qualidade do cuidado foi significativamente melhor avaliada e obteve crescimento de 41,7% para 52,0% ao longo do período de avaliação. O acompanhamento do desenvolvimento ao longo do tempo também foi melhor. Os autores reforçam a importância e os benefícios do modelo de atenção à criança com enfoque familiar, acentuando a diminuição das disparidades quando esse enfoque guia o cuidado²¹.

É importante que o médico e o enfermeiro se envolvam com a família, para que haja formação de vínculo. Isso fará com que adquiram uma visão ampla dos problemas, necessidades e prioridades da família, facilitando o desenvolvimento de um adequado plano de cuidado para a criança e seus familiares⁵. Isso porque o vínculo estabelecido entre o profissional e a família faz

com que as ações de saúde se tornem eficazes, por contribuir para a autonomia da família na continuidade do cuidado à criança e na procura pelo serviço de saúde²².

Outro aspecto relevante nos resultados diz respeito ao atributo da orientação comunitária, no que concerne a pesquisa dos profissionais acerca dos problemas de saúde da comunidade. Se forem somar os resultados considerados negativos (Certeza que não e Não sei/lembro), 57% das mães/cuidadoras acreditam que esses profissionais não buscam identificar os problemas de saúde da comunidade.

Para analisar o desempenho no cumprimento dos atributos da APS, estudo que realizou uma avaliação com usuários, profissionais, coordenadores e gestores do serviço de saúde encontrou diferença significativa do princípio da integralidade, e que a percepção da saúde dos usuários estava associada significativamente com a avaliação positiva da prestação de serviços de saúde e do caráter público da mesma. Contudo, identificou baixa qualificação do enfoque familiar e orientação comunitária²³.

Estudo²⁴ pondera que a inserção dos profissionais de saúde na comunidade, através de pesquisas na própria comunidade, não apenas fortalece laços, mas também propicia que as pessoas entendam os determinantes sociais do processo saúde/doença. Isso, porque o contato dos profissionais de saúde com a população propicia espaço para que cada indivíduo seja acolhido e escutado na sua singularidade, o que contribui para restaurar a autonomia da pessoa que demanda atenção à saúde e, conseqüentemente, a disseminação do conhecimento.

Além disso, os resultados mostram que uma pequena porcentagem de mães afirma que os profissionais orientam a comunidade a participar do Conselho Local de Saúde, restringindo a participação da população nas decisões e em mecanismos de participação social. A participação da comunidade, com representação dos usuários dos serviços de atenção básica nos conselhos de saúde, tem sido restrita²⁰, talvez por falta de incentivo dos profissionais de saúde ou porque estes nunca orientaram a população sobre esse aspecto.

Este resultado demonstra a necessidade de uma revisão do processo de trabalho das equipes de saúde da família, a fim de proporcionar condições para que a população tenha participação na formulação de propostas e intervenções, seja no serviço de atenção primária ou nas decisões do Conselho de Saúde²⁰, para que as decisões de atuação do governo junto à comunidade sejam

realizadas em áreas de interesses, necessidades e conhecimento da população.

Conclusão

Este estudo se torna relevante pelo fato de o método avaliativo proporcionar condições para conhecer a realidade vivenciada pelos profissionais e usuários dos serviços de saúde, com possibilidades de traçar estratégias para melhoria dos mesmos, visando à promoção da saúde da criança.

Os dados revelam que os atributos orientação familiar e comunitária no âmbito da APS ainda não estão sendo oferecidos de maneira adequada pela Estratégia Saúde da Família. Portanto, faz-se necessário ampliar o olhar para a criança, com concepções macro e micropolíticas dos planejadores e gestores do cuidado em saúde, a fim de concretizar ações interdisciplinares para garantir a integralidade e efetividade da atenção à saúde infantil.

Para melhorar a oferta dos atributos pesquisados, a APS deve considerar a família como sujeito da atenção, ter conhecimento integral de suas necessidades de saúde e atendê-las de modo singular, como também, reconhecer os recursos disponíveis na comunidade para a promoção da saúde e bem-estar da criança.

Essa perspectiva está diretamente relacionada com a qualidade do cuidado prestado à população infantil, considerando que a saúde da criança depende da família e da comunidade para de fato ser efetivada. Pode-se inferir que APS de qualidade é uma estratégia efetiva na busca da promoção da saúde, prevenção de doenças, melhor estado de saúde das crianças e maior satisfação da família e da comunidade.

Finalmente, acredita-se que os resultados deste estudo possam contribuir para que a orientação familiar e comunitária do cuidado na APS passe a ser foco de atenção para profissionais e gestores na prática assistencial, fazendo valer o direito da população de usufruir de um atendimento de qualidade no SUS.

Colaboradores

APS Reichert e ABA Leôncio participaram da concepção, projeto, análise e interpretação dos dados; redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada. BRG Toso e N Collet participaram da concepção, da redação do artigo; revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada; NCC Brito e EMC Vaz participaram da redação do artigo; revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos Enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery* 2011; 15(4):802-810.
2. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLSM, Reis RS, Franceschini SCC. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). *Cien Saude Colet* 2011; 16(7):3229-3240.
3. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev gauch enferm* 2011; 32(2):345-351.
4. Reichert APS, Almeida AB, Souza LC, Silva MEA, Collet N. Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. *Rev Rene* 2012; 13(1):114-126.
5. Cruz AC, Angelo M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. *Cienc cuid saúde* 2011; 10(4):861-865.
6. Oliveira SAC, Ruffino Netto A, Villa TCS, Vendramini SHF, Andrade RLP, Scatena LM. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. *Rev Latino-am enfermagem* 2009; 17(3):7.
7. Machado MMT, Lima ÂSS, Bezerra Filho JG, Machado MFAS, Lindsay AC, Magalhães FB, Gama IS, Cunha AJLA. Características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):3125-3133.
8. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
9. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev bras saude mater infant* 2011; 11(3):323-333.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual para utilização da caderneta de saúde da criança*. Brasília: MS; 2005.
11. Lima SCCA. *Interações hospitalares de crianças por condições sensíveis à atenção primária à saúde: estudo de tendência temporal em Pernambuco* [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2012.
12. Eggl Y, Desquins B, Seker E, Halfon P. Comparing potentially avoidable hospitalization rates related to ambulatory care sensitive conditions in Switzerland: the need to refine the definition of health conditions and to adjust for population health status. *BMC Health Services Research*. [internet] 2014; 14:25 [cited 2014 Oct 23] Available in: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/25>
13. Freund T, Campbell SM, Geissler S, Kunz CU, Mahler C, Peters-Klimm F, Szecsenyi J. Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care-Sensitive Conditions. *Annals of Family Medicine* [internet] 2013; 11(4):363-70. [cited 2014 Oct 23]. Available in: <http://www.annfam.org/content/11/4/363.full.pdf+html>
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil*. Brasília: MS; 2010.
15. Frota MA, Maia JA, Pereira AS, Nobre CS, Vieira LJES. Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. *Enferm foco* 2010; 1(3):129-132.
16. Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMASM, Souza WV. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):35-44.
17. Ribeiro JM, Siqueira SAV, Pinto LFS. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. *Cien Saude Colet* 2010; 15(2):517-527.
18. Pereira MJB, Abrahão-Curvoc P, Fortuna CM, Coutinho SS, Queluz MC, Campos LVO, Fermino TZ, Santos CB. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. *Rev gauch enferm* 2011; 32(1):48-55.
19. Mello DF, Furtado MCC, Fonseca LMM, Pina JC. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. *Rev bras enferm* 2012; 65(4):675-679.
20. Oliveira VBCA. *Avaliação da atenção primária à saúde da criança no município de Colombo – Paraná* [dissertação]. Colombo: Escola de Enfermagem de São Paulo; 2012.
21. Aysola J, Bitton, AMD, Zaslavsky AM, Ayanian JZ. Quality and Equity of Primary Care With Patient-Centered Medical Homes: Results From a National Survey. *Medical Care* [Internet] 2013; 51(1):68-77. [cited 2014 Oct 23]. Available in: <http://journals.lww.com/lww-medicalcare/pages/articleviewer.aspx?year=2013&issue=01000&article=00013&type=abstract>
22. Vieira VCL, Fernandes CA, Demitto MO, Bercini LO, Scochi MJ, Marcon SS. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. *Cogitare Enferm* 2012; 17(1):119-125.
23. Vega R, Román R, Martínez Collantes J, Ramírez NA. Evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la atención primaria de salud – APS. *Rev. gerenc. políticas salud*; [Internet] 2009; 8(16):165-190; [cited 2014 Oct 23]. Available in: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-586267>
24. Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. *Rev Latino-am enfermagem* 2013; 21(2):554-561.

Artigo apresentado em 15/05/2014

Aprovado em 27/10/2014

Versão final apresentada em 29/10/20214

