

## Artigo Original

# Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família

## Community guidance and family focus: evaluation of users and professionals of the family health strategy

Weslla Karla Albuquerque Silva de Paula<sup>1,2</sup>, Isabella Chagas Samico<sup>3,4</sup>,  
Maria de Fátima Costa Caminha<sup>4</sup>, Malaquias Batista Filho<sup>4</sup>,  
José Natal Figueirôa<sup>4</sup>

### Resumo

**Objetivo:** avaliar a presença e extensão da orientação comunitária e do enfoque familiar na atenção primária à saúde da criança em unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Pernambuco, sob a ótica dos usuários e profissionais. **Método:** estudo transversal, com 431 cuidadores de crianças menores de um ano e 33 profissionais de saúde, realizado com base no instrumento validado PCATool – Brasil versões criança e profissional. Realizou-se análise descritiva e o teste ANOVA foi aplicado para comparar as médias dos escores entre os municípios, no *software* Stata 12.1 SE. **Resultados:** os atributos orientação familiar e orientação comunitária foram considerados de baixo escore (< 6,6), mediante o julgamento dos cuidadores das crianças que utilizavam a ESF como fonte regular de atenção, diferentemente da avaliação realizada pelos profissionais (escores > 6,6). Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes ( $p < 0,05$ ) entre os municípios. **Conclusão:** os atributos foram considerados aquém do ideal na perspectiva dos cuidadores das crianças e mais bem avaliados pelos profissionais de saúde da ESF dos três municípios. Esses resultados pretendem servir a gestores e profissionais de saúde para tomada de decisão no âmbito da Saúde da Família. **Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; saúde da criança; avaliação de serviços de saúde.

### Abstract

**Objective:** To evaluate the presence and extent of community guidance and family focus in the primary health care of children in Family Health Strategy (FHS) units in Pernambuco from the perspective of users and professionals. **Method:** Cross-sectional study with 431 caregivers of under-one children and 33 health professionals. The child and professional versions of the validated PCATool–Brazil instrument were used in the study. Descriptive analysis was performed and an ANOVA was carried out to compare the mean scores between the municipalities using the Stata 12.1 SE software. **Results:** The attributes family focus and community guidance had low scores (< 6.6) according to the judgment of caregivers who use the FHS as a regular source of care, what was different from the evaluation of professionals (scores > 6.6). No statistically significant differences were observed ( $p < 0.05$ ) between the municipalities. **Conclusion:** The attributes were considered to fall short of the ideal from the perspective of caregivers of children and were better evaluated by health professionals of the three municipalities. These results are intended to aid managers and health professionals in decision-making in the Family Health context.

**Keywords:** Primary Health Care; Family Health Strategy; child health; health service evaluation.

<sup>1</sup>Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) - Recife (PE), Brasil.

<sup>2</sup>Curso de Bacharelado em Enfermagem, Faculdade ASCES, Associação Caruaruense de Ensino Superior e Técnico (ASCES), Centro Universitário Tabosa de Almeida (UNITA) - Caruaru (PE), Brasil.

<sup>3</sup>Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS), Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) - Recife (PE), Brasil.

<sup>4</sup>Programa de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) - Recife (PE), Brasil.

Trabalho realizado no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) – Recife (PE), Brasil.

Endereço para correspondência: Weslla Karla Albuquerque Silva de Paula, Rua dos Coelho, 300 – CEP: 50070-550 – Recife (PE), Brasil – Email: weslla19@hotmail.com  
Fonte de financiamento: Bolsa de Pós-graduação à primeira autora deste artigo (Processo nº IBPG-0364-4.01/12), concedida pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE).

Conflito de interesses: nada a declarar.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), sinônimo de Atenção Básica (AB) no Brasil, deve ser o contato preferencial dos usuários com o sistema e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e possui a Estratégia Saúde da Família (ESF) como reorientadora desse modelo de atenção<sup>1</sup>. Os serviços de saúde destinados a ofertar AB devem dispor de alguns atributos específicos, tanto os essenciais acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, como os derivados, orientação comunitária, enfoque familiar e competência cultural<sup>2</sup>.

A atenção básica orientada para a comunidade combina habilidades epidemiológicas e clínicas para regular os programas e acessar as necessidades prioritárias de saúde de uma população definida<sup>2</sup>. As questões para o desenvolvimento do cuidado primário orientado para a comunidade foram sintetizadas em um ciclo composto pelas seguintes etapas: diagnóstico da comunidade, priorização dos problemas de saúde encontrados, avaliação detalhada do problema, planejamento da intervenção, implementação e avaliação<sup>3</sup>.

Por sua vez, o atributo enfoque familiar considera a família (em todas as suas expressões) e compreende sua influência sobre o indivíduo, procurando envolvê-la como parceira nos cuidados de saúde<sup>4</sup>.

Na medida em que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) recomenda que as ações desenvolvidas nesse âmbito devam privilegiar práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, centradas no usuário e que permitam o desenvolvimento de sua autonomia<sup>1</sup>, faz-se necessária a incorporação desses atributos no processo de trabalho das equipes da atenção básica.

Instituída em 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), prevê eixos prioritários para a orientação e qualificação das ações e serviços de saúde da criança<sup>5</sup>. Esses eixos estão estreitamente relacionados à AB e devem ser trabalhados pelas equipes de saúde, compreendendo o contexto familiar e a participação social na produção do cuidado.

Entretanto, estudos que avaliaram a presença da orientação comunitária e do enfoque familiar nos serviços primários de saúde demonstraram baixos escores, mesmo nas unidades com ESF<sup>6-10</sup>, o que se caracteriza como um contrassenso aos princípios da APS e PNAB no Brasil. Ademais, a maioria das publicações sobre os atributos da APS apresenta o escore geral desses atributos, contudo sem detalhar os itens que compõem cada um<sup>6-10</sup>.

Em Pernambuco, cenário deste estudo, dados da Pesquisa Nacional de Saúde evidenciaram uma cobertura de 66,8% da população cadastrada em unidades de saúde da família<sup>11</sup>. No que diz respeito à saúde da criança, o estado apresentava, em 2014,

taxa de mortalidade infantil de 13,2 óbitos por mil nascidos vivos<sup>12</sup>, taxa um pouco maior que a observada no Brasil, no mesmo ano (12,9 óbitos/1.000 NV)<sup>13</sup>. Quanto às hospitalizações, apesar do declínio ocorrido ao longo dos anos, aproximadamente 44% das internações de crianças menores de cinco anos ainda são por condições sensíveis à atenção primária<sup>14</sup>.

Diante dessas considerações, da importância dos referidos atributos da APS como um norte para o trabalho das equipes de saúde da família no cuidado à criança e atentando para a escassez de artigos com esse enfoque e na perspectiva de diferentes atores, o presente estudo objetiva avaliar a presença e extensão dos atributos orientação comunitária e enfoque familiar na atenção à saúde da criança em unidades da ESF de Pernambuco, sob a ótica dos usuários e profissionais.

## MÉTODOS

Estudo de corte transversal em unidades da ESF de três municípios de Pernambuco, sendo um recorte da pesquisa intitulada "Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde da criança em unidades da Estratégia Saúde da Família em Pernambuco", aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), CAAE: 22059913.8.0000.5201. A escolha de cada município levou em consideração os diferentes portes populacionais (M1: grande porte; M2: médio porte; M3: pequeno porte) e razões logísticas de exequibilidade, custos e facilidade para a coleta dos dados.

O cálculo de amostra do número de equipes utilizou a fórmula para populações finitas, considerando o número total de equipes de saúde da família implantadas em cada município, média de escore geral dos atributos da APS de 6,4<sup>7</sup>, desvio-padrão de 1,2<sup>7</sup>, erro estimado de 0,64 (10% do valor da média do escore) e nível de confiança de 95%, acrescidos 20% para possíveis perdas, perfazendo uma amostra final de 36 equipes. A amostragem foi probabilística do tipo aleatória simples por sorteio, permanecendo 26 equipes de saúde da família da zona urbana e 10 equipes da zona rural (município 1: 15; município 2: 6 zona urbana e 6 zona rural; município 3: 5 zona urbana e 4 zona rural). Com base na mesma fórmula e parâmetros<sup>7</sup> e numa média de 70 menores de um ano assistidos por equipes de saúde da família<sup>15</sup>, obteve-se uma amostra final de 432 usuários.

Incluíram-se profissionais médicos e/ou enfermeiros das equipes de saúde da família implantadas havia pelo menos seis meses e cuidadores de menores de um ano, cuja criança havia sido atendida por esses profissionais na unidade da ESF pelo menos uma vez.

A coleta dos dados ocorreu no período de janeiro a julho de 2014. Foi utilizado o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) Brasil, versões criança e profissional já validadas<sup>6,16</sup>. Especialmente, foram investigados os componentes orientação

familiar e comunitária e os respectivos itens que os compõem em cada uma das versões do instrumento. As respostas seguiram uma escala *Likert*, com pontuação de 1 a 4 (com certeza, sim = 4; provavelmente, sim = 3; provavelmente, não = 2; com certeza, não = 1)<sup>16</sup>. Utilizaram-se também dois formulários com questões complementares para coleta dos dados sociodemográficos dos usuários e de formação dos profissionais.

Para a análise dos dados, computaram-se os escores dos atributos enfoque familiar e orientação comunitária, calculados pela média dos valores das respostas dos itens que os compõem, sendo depois transformados em uma escala de 0 a 10 por meio da fórmula: [escore obtido – 1 (valor mínimo)] x 10/4 (valor máximo) – 1 (valor mínimo)<sup>16</sup>. Os valores de escores  $\geq 6,6$  foram classificados como altos, o que corresponde ao valor três ou mais na escala *Likert* e  $< 6,6$ , como baixos<sup>9</sup>.

Realizou-se o teste ANOVA para comparação das médias dos escores entre os municípios, utilizando as respostas dos usuários e profissionais de saúde, sendo consideradas diferenças estatisticamente significantes valores de  $p < 0,05$ . Todas as análises foram realizadas no software Stata 12.1 SE.

## RESULTADOS

A pesquisa envolveu 431 cuidadores de crianças menores de um ano. Houve uma recusa e doze perdas, as quais foram substituídas. Exceto em uma unidade da zona rural de um município, não foi possível a reposição, visto que o número de

menores de um ano cadastrados (11 crianças) era menor que a amostra necessária por unidade da ESF (12 crianças).

A Tabela 1 sumariza as características sociodemográficas de cuidadores de menores de um ano cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família. Os principais cuidadores eram do sexo feminino, mães, com idade média de 27,3 anos e média de escolaridade de 5,3 anos de estudo. A renda média familiar informada foi de R\$ 955,28, com 60,4% das famílias pertencentes à classe C. A maioria dos cuidadores (89,3%) identificou a ESF como fonte regular de atenção à saúde.

Em relação aos profissionais de saúde, 33 foram entrevistados, tendo havido uma perda de três profissionais (aproximadamente 8% da amostra). Do total de respondentes, 91% eram do sexo feminino e possuíam média de idade de 37 anos, sendo 88% de enfermeiros e 12% de médicos, com tempo médio de formação de 13 anos. Oitenta e dois por cento referiram possuir especialização, sendo 45% na área de Saúde da Família, e 88% mencionaram trabalhar 40 h/semanais. Todos os profissionais relataram que suas equipes haviam aderido ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

As Tabelas 2 e 3 apresentam as opiniões dos usuários e profissionais de saúde a respeito do cuidado centrado na família.

Quando os usuários foram interpelados se seu médico ou enfermeiro lhes perguntava sobre suas ideias e opiniões acerca do tratamento e cuidado de sua criança, estes atribuíram baixos escores ( $< 6,6$ ), diferentemente dos profissionais de saúde.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas de cuidadores de crianças menores de um ano cadastradas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família em três municípios. Pernambuco, Brasil, 2014

Variáveis	Município 1 n (%)	Município 2 n (%)	Município 3 n (%)	Total n (%)
Sexo				
Feminino	177 (97,8)	142 (98,6)	106 (100)	425 (98,6)
Idade (anos)				
< 25	70 (38,7)	55 (38,2)	47 (44,3)	172 (39,9)
25-39	90 (49,7)	78 (54,2)	55 (51,9)	223 (51,7)
$\geq 40$	21 (11,6)	11 (7,6)	4 (3,8)	36 (8,4)
Escolaridade				
< 4 anos	98 (54,1)	15 (10,4)	12 (11,3)	125 (29,1)
4 a 7 anos	81 (44,8)	62 (43,4)	35 (33,0)	178 (41,4)
8 a 10 anos	2 (1,1)	38 (26,6)	22 (20,8)	62 (14,4)
11 ou + anos	-	28 (19,6)	37 (34,9)	65 (15,1)
Renda familiar*				
< 1 SM	26 (14,4)	53 (38,4)	53 (50,0)	132 (31,0)
$1 \leq 2$ SM	94 (51,9)	61 (44,2)	43 (40,6)	198 (46,6)
$\geq 2$ SM	61 (33,7)	24 (17,4)	10 (9,4)	95 (22,4)
Classe econômica†				
B	12 (6,6)	15 (11,1)	3 (3,0)	30 (7,2)
C	124 (68,5)	72 (53,3)	56 (55,4)	252 (60,4)
D	45 (24,9)	46 (34,1)	38 (37,6)	129 (30,9)
E	-	2 (1,5)	4 (4,0)	6 (1,4)

\*Nota: valor do salário mínimo (SM) nacional de R\$ 724,00, a partir de 1º de janeiro, Brasil; †Critério de Classificação Econômica Brasil<sup>17</sup>

Tratando-se da investigação sobre doenças e problemas na família da criança, apenas os usuários do município 1 atribuíram altos escores. No quesito acerca de reuniões com outros membros da família caso fosse preciso, tanto usuários como provedores conferiram altos escores. Na Tabela 2, apenas esses dois aspectos apresentaram diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

A avaliação dos usuários e profissionais de saúde sobre o atributo orientação comunitária é demonstrada nas Tabelas 4 e 5.

Quando perguntados sobre a realização de pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que eles (serviços, equipes) deveriam conhecer, os usuários atribuíram baixos escores (<6,6), menores que aqueles concedidos pelos profissionais, exceção feita ao município 3.

Os usuários atribuíram baixos escores à questão sobre serem convidados a participarem dos Conselhos Locais de Saúde. No momento em que os profissionais foram perguntados se faziam pesquisas com os pacientes para verificar se os serviços estavam atendendo às necessidades das pessoas, nos municípios 1 e 2 foram atribuídos maiores escores e, mesmo assim, valores próximos ao ponto de corte.

## DISCUSSÃO

Os achados deste estudo evidenciam que, para ambos os atributos, os usuários conferiram baixas médias de escores, inferiores àquelas concedidas pelos profissionais de saúde.

Compreendida como uma relação de parceria entre a família e os provedores do cuidado para a tomada de decisão em saúde, o cuidado centrado na família deve primar pela troca de informações de maneira aberta e objetiva, pelo respeito às diferenças social, cultural e linguística e pela adoção de planos de intervenções flexíveis, que melhor se adaptem às necessidades da criança e a de seus pares<sup>18</sup>.

Questionar as percepções da família da criança sobre a terapêutica realizada é uma forma de valorizá-la e corresponsabilizá-la pelo tratamento. Entretanto, perguntar a opinião dos cuidadores das crianças parece não ser uma prática rotineira nas ESFs estudadas, semelhantemente ao observado em outro estudo sobre o tema com menores de dois anos assistidos em serviços da atenção básica do município de Colombo (PR)<sup>19</sup>.

Para uma atenção com enfoque na família, os profissionais de saúde devem conhecer as ferramentas de abordagem familiar<sup>2</sup>, a fim de reconhecerem problemas e compor o histórico de saúde da criança. Essas informações possibilitam a continuidade do cuidado<sup>4,20</sup>. Problemas de saúde no indivíduo repercutem no

**Tabela 2.** Avaliação dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre o atributo orientação familiar nos três municípios. Pernambuco, 2014

Atributo orientação familiar	Município 1 Média (DP)*	Município 2 Média (DP)*	Município 3 Média (DP)*	<i>p</i> †
Ideias e opiniões sobre tratamento e cuidado da criança	3,6 (4,6)	3,5 (4,5)	3,5 (4,7)	0,960
Investiga doenças ou problemas na família da criança	7,8 (4,1)	5,8 (4,8)	5,5 (4,9)	0,000
Reunião com membros da família da criança se necessário	6,9 (3,0)	7,3 (3,1)	7,9 (2,6)	0,019
Média	6,1 (2,2)	5,5 (1,9)	5,6 (2,2)	0,941

\*DP: desvio-padrão; †Teste ANOVA significante ( $p < 0,05$ )

**Tabela 3.** Avaliação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o atributo orientação familiar nos três municípios. Pernambuco, 2014

Atributo orientação familiar	Município 1 Média (DP)*	Município 2 Média (DP)*	Município 3 Média (DP)*	<i>p</i> †
Solicita ideias e opiniões ao planejar tratamento e cuidado	8,9 (2,1)	7,7 (4,2)	7,9 (3,5)	0,604
Pergunta sobre doenças e problemas de saúde familiares	10 (0,0)	10 (0,0)	10 (0,0)	-
Disposição para atender e discutir o problema de saúde com a família	9,1 (1,5)	10 (0,0)	9,6 (1,2)	0,198
Média	9,3 (0,6)	9,2 (1,3)	9,2 (1,1)	0,981

\*DP: desvio-padrão; †Teste ANOVA significante ( $p < 0,05$ )

**Tabela 4.** Avaliação dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre o atributo orientação comunitária nos três municípios. Pernambuco, 2014

Atributo orientação comunitária	Município 1 Média (DP)*	Município 2 Média (DP)*	Município 3 Média (DP)*	<i>p</i> †
Alguém do serviço de saúde faz visitas domiciliares?	8,3 (3,7)	9,0 (2,7)	9,4 (2,3)	0,114
A EqSF conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?	7,6 (3,4)	7,0 (3,2)	6,9 (3,3)	0,551
Identifica problemas de saúde na comunidade?	5,4 (4,0)	6,0 (3,5)	5,4 (3,9)	0,444
Convida a família a participar do Conselho Local de Saúde?	4,9 (3,7)	3,6 (4,0)	3,4 (4,6)	0,190
Média	6,5 (1,7)	6,4 (2,2)	6,3 (2,5)	0,984

\*DP: desvio-padrão; †Teste ANOVA significante ( $p < 0,05$ ); EqSF: Equipe de Saúde da Família

**Tabela 5.** Avaliação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o atributo orientação comunitária nos três municípios. Pernambuco, 2014

Atributo orientação comunitária	Município 1 Média (DP)*	Município 2 Média (DP)*	Município 3 Média (DP)*	p†
Faz visitas domiciliares?	10,0 (0,0)	10,0 (0,0)	10,0 (0,0)	-
Conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade	9,8 (0,9)	9,0 (1,6)	9,2 (1,5)	0,303
Ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde	9,6 (1,2)	10 (0,0)	9,6 (1,2)	0,512
Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?				
Pesquisas de satisfação	6,9 (4,1)	7 (4,0)	3,8 (5,2)	0,211
Pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde	6,9 (4,1)	6,7 (4,7)	3,3 (4,7)	0,172
Presença de usuários no Conselho Local de Saúde	6,7 (4,2)	5,7 (4,5)	8,7 (1,7)	0,247
Média	8,3 (1,6)	8,1 (1,8)	7,4 (3,0)	0,787

\*DP: desvio-padrão; †Teste ANOVA significante ( $p < 0,05$ )

contexto familiar, por esse núcleo se tratar de uma importante rede de apoio. Neste quesito, a partir do relato dos cuidadores, infere-se que os profissionais do município 1 se apropriam mais dessas informações de saúde que os provedores das demais localidades estudadas, sendo observada diferença significativa.

Os cuidadores das crianças acreditam que os profissionais estão dispostos a mediar situações de saúde na família quando solicitados, o que indiretamente sinaliza que uma relação de confiança e responsabilidade entre eles possa ter sido estabelecida, a chamada continuidade interpessoal<sup>20</sup>. A diferença estatisticamente significativa observada entre os municípios pode insinuar que naqueles de menor porte haja uma maior proximidade entre usuários e profissionais de saúde.

Uma maneira de se aproximar e conhecer a realidade das famílias é por meio das visitas domiciliares (VDs), as quais fazem parte do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. Cabe a estas aproveitar a ocasião para identificar fatores ambientais e hábitos nocivos à saúde da criança e desenvolver práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos. Para Andrade et al.<sup>21</sup>, além de uma estratégia para a criação de vínculo com a família, a VD é admitida como um momento propício para o desenvolvimento de ações de vigilância da saúde infantil, tendo em vista a oportunidade de reconhecer aquelas crianças que vivem em condições de vulnerabilidade social e outras situações que impõem risco aos direitos da criança.

Os cuidadores das crianças acreditam que os profissionais conhecem bem os problemas de saúde da comunidade, compreensão também tida pelos prestadores dos cuidados. Entende-se que para conhecer as necessidades da população adscrita ao espaço geográfico da ESF, os profissionais devem se valer de mecanismos de coleta de dados.

A utilização de censos e pesquisas epidemiológicas para a identificação do perfil da população e planejamento das intervenções de saúde não é algo recente. Ainda na década de 1940, esses recursos já eram utilizados em comunidades rurais

da África do Sul, sendo esses trabalhos a base do que veio a ser conhecido por *Community-Orientation Primary Care (COCP)*<sup>3</sup>.

No âmbito da ESF, os recursos utilizados para detectar essas informações são as fichas do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) que colaboram para a operacionalização do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), desenvolvido para fins de financiamento e adesão aos programas e estratégias da PNAB<sup>22</sup>. Os resultados sugerem que as informações em saúde são coletadas sem os devidos esclarecimentos à comunidade sobre o motivo e a importância daqueles dados, o que desestimularia a autonomia e a participação popular na tomada de decisão. No município 3, até mesmo os profissionais de saúde atribuíram baixo escore nesse quesito. Não se pode afirmar o motivo, mas talvez eles não reconheçam essa potencialidade das fichas do e-SUS AB.

Incentivar a autonomia dos indivíduos e famílias, seja por meio das ações de promoção da saúde, seja pela participação social, é uma das premissas da PNAB. Os usuários atribuíram baixos escores quanto ao convite para participarem das reuniões dos conselhos locais de saúde. Um estudo que avaliou o grau de conhecimento dos usuários, trabalhadores de saúde e gestores sobre o papel dos Conselhos de Saúde verificou que a maioria desses atores ignorava as funções desse órgão colegiado<sup>23</sup>. Empoderar a comunidade desse conhecimento é crucial para o desenvolvimento da cidadania e para a divulgação desse espaço privilegiado de formulação de estratégias e controle das políticas públicas de saúde.

Sobre a avaliação da satisfação do usuário, verificou-se que não é uma atividade frequentemente executada nos serviços, semelhantemente ao observado em um estudo realizado em unidades da ESF de São Luís (MA), onde mais de 50% dos profissionais responderam que nunca ou quase nunca executavam essas enquetes<sup>24</sup>. Vale ressaltar que todos os profissionais integrantes da atual pesquisa relataram que suas equipes haviam aderido ao PMAQ. Ao contratualizar sua participação no programa,

a equipe firma uma série de compromissos com os gestores municipais e estes, com o Ministério da Saúde, dentre eles a necessidade de a equipe de atenção básica disponibilizar meios de comunicação com os usuários de forma permanente, a fim de eles se expressarem e terem suas reclamações, sugestões e solicitações atendidas<sup>25</sup>.

Observou-se que usuários e provedores do cuidado possuem expectativas divergentes em relação às dimensões enfoque familiar e orientação comunitária, resultado igualmente visualizado em outras investigações que avaliaram os atributos da APS da criança, segundo a ótica dos usuários<sup>6-10,19</sup> e a dos profissionais<sup>24,26-29</sup> em outros municípios brasileiros. Os baixos escores encontrados podem impactar na situação de saúde daquelas comunidades, uma vez que as equipes devem ter os usuários como aliados no desenvolvimento das ações de prevenção, promoção e recuperação dos agravos, objetivando a autonomia e o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.

Apesar de menos da metade da amostra estudada possuir especialidade na área da atenção primária, esse número ainda foi superior ao encontrado em outras investigações<sup>26,27</sup>. Um estudo que analisou a associação entre os atributos da APS e a qualificação de médicos e enfermeiros verificou que a qualificação profissional para a atenção primária estava associada à melhor avaliação das equipes pelos cuidadores de crianças cadastradas nos territórios da ESF<sup>30</sup>.

Assim, tornam-se necessários profissionais preparados para o trabalho nessas comunidades. Neste sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) orientam que os cursos de graduação na área de saúde alinhem seus currículos aos princípios e fundamentos que norteiam o SUS e formem profissionais com perfil generalista, humanista e crítico-reflexivo. A formação voltada para o SUS, com a utilização de metodologias ativas de aprendizagem, aproxima o discente da realidade nas comunidades e desvia o foco do modelo biomédico/hospitalocêntrico.

Entretanto, a falta de formação acadêmica não se configura como o único obstáculo para o desenvolvimento das atividades

orientadas pela PNAB. Têm sido observados uma alta rotatividade de profissionais na AB, particularmente médicos, decorrente da falta de estrutura das unidades e apoio de outros serviços da RAS, sobrecarga de trabalho, falta de capacitação e dificuldades na interiorização e fixação dos profissionais nas equipes de saúde<sup>31</sup>.

Os resultados apresentados devem ser analisados considerando as limitações do estudo. Os achados não se configuram como uma amostra representativa do estado de Pernambuco, restringindo-se a apenas três municípios selecionados por conveniência. Apesar de terem sido investigadas a visão de cuidadores de crianças e a de profissionais de saúde sobre os mencionados atributos, sabe-se que crianças possuem muitas necessidades e, às vezes, os serviços podem não corresponder às expectativas dos usuários.

A despeito das limitações citadas, espera-se que profissionais da ESF e gestores se valham desses achados para o planejamento das suas ações, o que se configuraria num avanço na busca pelo cuidado integral e integrado à criança proposto pela PNAISC.

## CONCLUSÃO

Os atributos enfoque familiar e orientação comunitária foram considerados aquém do ideal na perspectiva dos cuidadores das crianças e mais bem avaliados pelos profissionais de saúde da ESF dos três municípios. Recomenda-se que as equipes de saúde tornem mais explícitas aos usuários as ações direcionadas à família que já são desenvolvidas e ampliem o relacionamento com estas, no sentido de torná-las parceiras no cuidado de suas crianças e de valorizá-las, respeitando as necessidades de cada uma e seu contexto social, econômico e cultural. Ainda, sugere-se que a participação da comunidade no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família seja incrementada, com a ampliação de espaços de discussão entre os pares, de forma a permitir uma maior compreensão das necessidades de saúde locais e o fortalecimento do vínculo longitudinal e do controle social.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011 (BR). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União [Internet], Brasília, 2012 [citado em 19 jul 2014]. Disponível em: [http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002. 726 p.
3. Mulan F, Epstein L. Community-oriented primary care: new relevance in a changing world. *Am J Public Health*. 2002;92(11):1748-55. PMID:12406800. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.92.11.1748>.
4. Haggerty J, Burge F, Lévesque JF, Gass D, Pineault R, Beaulieu MD, et al. Operational Definitions of Attributes of Primary Health Care: Consensus Among Canadian Experts. *Ann Fam Med*. 2007;5(4):336-44. PMID:17664500. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.682>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet], Brasília, 2015 [citado em 11 jan 2016]. Disponível em: [http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)
6. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(8):1649-59. PMID:16832536. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>.

7. 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):323-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000300013>.
8. Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(2):554-61. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200012>.
9. Marques AS, Freitas DA, Leão CDA, Oliveira SKM, Pereira MM, Caldeira AP. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(2): 365-71. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.02992013>.
10. Mesquita Fo M, Luz BSR, Araújo CS. Primary health care and its attributes: the situation of children under two years of age according to their caregivers. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(7): 2033-46.
11. 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 Coletiva*. 2016; 21(2): 327-38.
12. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: estatísticas vitais. Mortalidade – 1996 a 2014. Óbitos infantis – Pernambuco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 9 abr 2017]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10pe.def>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: estatísticas vitais. Mortalidade – 1996 a 2014. Óbitos infantis – Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 9 abr 2017]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10uf.def>.
14. Carvalho SC, Mota E, Dourado I, Aquino R, Teles C, Medina MG. Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. *Cad Saude Publica*. 2015;31(4):744-54. PMID:25945984. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00069014>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: Produção e Marcadores - Pernambuco [Internet]. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2015 [citado em 15 jul 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABPPE.def>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p.
17. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [Internet]. 2011 [citado em 2016 maio 1]. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Utils/FileGenerate.ashx?id=197>
18. Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Matern Child Health J*. 2012;16(2):297-305. PMID:21318293. <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7>.
19. Oliveira VBCA, Veríssimo MLOR. Children's health care assistance according to their families: a comparison between models of Primary Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):30-6. PMID:25789639. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100004>.
20. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med*. 2003;1(3):134-43. PMID:15043374. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.23>.
21. Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Silva MAI, Veríssimo MLOR, Mello DF. Visita domiciliária: tecnologia de cuidado utilizada pelo enfermeiro na defesa da saúde da criança. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(4):1130-6. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500000120015>.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Sobre o SISAB [Internet]. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2015 [citado em 20 fev 2016]. Disponível em: <http://sisab.saude.gov.br/>
23. Martins CS, Sartori MT, Dietrich HLD, Klem FB, Dallagnol C, Albuquerque GSC et al. Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. *Saúde Debate*. 2013; 37(98): 437-45.
24. Alencar MN, Coimbra LC, Moraes APP, Silva AAM, Pinheiro SRA, Queiroz RCS. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(2): 353-64.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 134 p.
26. 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 Saude Publica*. 2012;28(9):1772-84. PMID:23033191. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>.
27. Vitoria A, Harzheim E, Takeda S, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):285-93. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)832](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)832).
28. Silva SA, Nogueira DAA, Paraizo CMS, Fraccolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(N. esp.): 122-8.
29. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):294-303. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)828](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)828).
30. Leão CDA, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(11): 4415-23.
31. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface (Botucatu)*. 2013;17(47):913-26. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0403>.

Recebido em: Maio 01, 2016  
Aprovado em: Abr. 21, 2017