



ciência plural

AValiação DO ATRIBUTO DERIVADO ORIENTAÇÃO FAMILIAR NA SAÚDE DA CRIANÇA

Evaluation of the attribute derived Family Orientation in Children's Health

Tássia Virgínia dos Santos Silva • Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA) / Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) • E-mail: tassiavirginia17@gmail.com

Katarina Marcia Rodrigues dos Santos • Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da FACISA/UFRN • E-mail: katarinamrsantos@hotmail.com

Tainara Lorena dos Santos Ferreira • Enfermeira • Mestre pelo Programa em Pós-Graduação em Saúde Coletiva na UFRN • E-mail: tainara_lorena@hotmail.com

Fábia Barbosa de Andrade - Enfermeira • Doutora em Ciências da Saúde • Professora Adjunto IV da UFRN • E-mail: fabriabarbosabr@gmail.com

Autora responsável pela correspondência

Tainara Lorena dos Santos Ferreira • E-mail: tainara_lorena@hotmail.com

RESUMO

Introdução: O contexto familiar e social influencia nas situações de saúde durante a infância, sendo a orientação familiar um mediador importante entre a família e os profissionais da saúde. **Objetivo:** avaliar o atributo da orientação familiar sob a ótica dos familiares de crianças inscritas em serviços de puericultura da cidade de Santa Cruz, Rio Grande do Norte. **Metodologia:** Trata-se de estudo avaliativo, quantitativo, de caráter descritivo, com amostra composta por 186 pais/responsáveis de crianças de 0 à 2 anos dos serviços de puericultura da cidade de Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil, no ano de 2016, utilizando um questionário validado no Brasil denominado PCA Tools, versão para crianças. **Resultados:** Os resultados mostram que os profissionais não conhecem as famílias (48,9%), incluindo os agravos principais (45,7%), entretanto 79,6% afirmaram que sim a respeito dos antecedentes familiares. Para 63,4% eles não sabem sobre os empregos dos familiares, porém estão cientes sobre a dificuldade para obter recursos financeiros para medicação (47,3%). Referente a conhecerem a ideologia sobre o tratamento e autocuidado, 50,5% acreditam que sim. **Conclusão:** Embora os serviços de saúde da rede da Atenção Primária à Saúde possibilitem maior aproximação com o usuário dos serviços de saúde, bem como em seu contexto familiar e social e tenham sido responsáveis por grandes avanços na saúde pública, ainda se faz necessário implementação de medidas e estratégias para garantir o cumprimento do atributo orientação familiar.

Palavras-Chave: Atenção Primária a Saúde; Saúde da Criança; Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The family and social context influences health situations during childhood, with family orientation being an important mediator between family and health professionals. **Objective:** to evaluate the presence and extension of the family orientation attribute from the perspective of the relatives of children enrolled in childcare services in the city of Santa Cruz, Rio Grande do Norte. **Methodology:** This is an evaluative, quantitative, descriptive study with a sample composed of 186 parents / guardians of children aged 0 to 2 years of childcare services in the city of Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brazil, in 2016, using a questionnaire validated in Brazil called PCA Tools, version for children. **Results:** The results show that the professionals do not know the families (48.9%), including the main diseases (45.7%); however, 79.6% said yes about the family history. For 63.4%, they do not know about family jobs, but are aware of the difficulty in obtaining financial resources for medication (47.3%). Concerning the ideology about treatment and self-care, 50.5% believe that it is. **Conclusion:** Although the health services of the Primary Health Care Network make it possible to bring health services closer to the user, as well as to their family and social context and have been responsible for great advances in public health, it is still necessary to implement measures and strategies to ensure compliance with the family orientation attribute.

Keywords: Primary health care; Children's health; Health Services Evaluation.

Introdução

Os familiares e suas condições de vida são responsáveis pelo impacto na socialização e situações de saúde de suas crianças. Todavia, necessitam de atenção e orientação no autocuidado. Tais questões, por vezes, são viabilizadas por setores de saúde responsáveis pelo acompanhamento do pré-natal e, posteriormente, crescimento e desenvolvimento da saúde da criança, na rede de Atenção Primária a Saúde (APS).

A APS trata-se de uma estratégia dos serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas (secundária, terciária), dando ênfase a promoção da saúde e prevenção de agravos, a cura e a recuperação da comunidade. A orientação familiar remete conhecer o paciente e seus familiares junto a seus conhecimentos e capacidades perante a intervenção imposta¹.

Na perspectiva da política de saúde da criança a orientação familiar é um mediador importante entre a família e os profissionais da saúde, posto que a construção do vínculo e escuta qualificada são essenciais para propiciar o desenvolvimento e crescimento adequado da criança, contribuindo para a consolidação dos demais atributos da Atenção Primária à Saúde².

Cunha e Campos³ destacam que os serviços de saúde que não desenvolvem suas práticas norteados pelo paradigma da atenção à saúde, valorando os determinantes sociais em saúde, além dos sinais e sintomas clínicos, contribuem com a fragmentação da atenção. Neste íterim, sendo as condições socioeconômicas pouco consideradas, o plano de cuidado torna-se fragilizado tendo em vista que nem sempre é possível para os usuários a realização do que foi determinado, devido à falta de recursos necessários, caso não possua disponibilidade no serviço.

Não obstante, o Ministério da Saúde desenvolveu a Caderneta de Saúde da Criança para orientar pais e responsáveis para ações de saúde para cada

faixa etária da vida da criança, com dados que envolvem etapas no crescimento e desenvolvimento infantil.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) preconiza como eixos estratégicos: 1) atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; 2) aleitamento materno e alimentação complementar saudável; 3) promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral; 4) atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; 5) atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; 6) atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; 7) vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno⁴.

A PNAISC se organiza a partir da Rede de Atenção à Saúde e de seus eixos estratégicos, mediante a articulação das ações e serviços de saúde disponíveis nas redes temáticas, em especial aquelas desenvolvidas na rede de saúde materna neonatal e infantil e na atenção básica, esta como coordenadora do cuidado no território.

Nesse sentido, ao prover o cuidado de primeiro contato, contínuo, com ênfase em atividades de promoção e prevenção, além de forte componente de orientação familiar, os serviços de APS possibilitam as condições para um acompanhamento de qualidade da saúde da população infantil⁵.

Neste contexto, busca-se analisar a presença e extensão do atributo derivado orientação familiar, no âmbito de saúde da criança a partir dos serviços de puericultura, em suas potencialidades e fragilidades, na ótica de pais/responsáveis por crianças com idade menor que dois anos, cadastradas no serviço das Unidades Básicas cidade de Santa Cruz, Estado do Rio Grande do Norte, Brasil.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, de caráter avaliativo e com abordagem quantitativa, realizado com pais/responsáveis por crianças menores de 1 ano, 11 meses e 29 dias, atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) na cidade de Santa Cruz, Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. O presente estudo é recorte do estudo intitulado, Construção e validação de escala nos serviços de Puericultura: um estudo de avaliação na Atenção Primária à Saúde.

A seleção da amostra se deu por conveniência, com base no cadastro das Unidades Saúde da Família (USF) e com respeito à proporcionalidade dos usuários cadastrados. Em relação ao quantitativo da amostra, foi adotado erro de 5% e grau de confiança de 95%, além de um poder de 80%, resultando em 186 crianças. A participação das crianças foi condicionada a assinatura das mães de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para coleta de dados foi utilizado o instrumento elaborado e validado pelo Ministério da Saúde intitulado Primary Care Assessment Tools (PCA Tools), versão para crianças. Foram considerados como critérios de inclusão do pai/mãe/responsável: a) Possuir idade superior a 18 anos; b) Ser pai/mãe/responsável por criança menor que 1 ano, 11 meses e 29 dias; c) A criança ser cadastrada e acompanhado pelos serviços de puericultura da rede de Atenção Primária a Saúde do município; d) Realizar leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após a conclusão da coleta de dados, utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0, para armazenamento e análise, realizando a frequência absoluta e relativa dos dados, e medidas de tendência central e dispersão. Quanto aos aspectos éticos, o estudo foi realizado após apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi

segundo o que preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre a pesquisa com seres humanos sob parecer de número 348.896.

Resultados

Esse estudo buscou avaliar o atributo orientação familiar nos serviços de puericultura oferecido na Atenção Primária à Saúde, entendido como atributo derivado dos serviços de saúde¹, foram 186 pais/responsáveis de crianças com idade até 1 ano, 11 meses e 29 dias, das quais 57,0% (106) crianças eram do sexo masculino e 43,0% (80) eram do sexo feminino. A média de idade das crianças em meses foi de 8,21; mediana de 7,00 e o desvio padrão de 6,31. Quanto à escolaridade da mãe, a média foi em torno de 10,46 anos estudados e mediana 9,00, com um valor de Cronbach de 0,71.

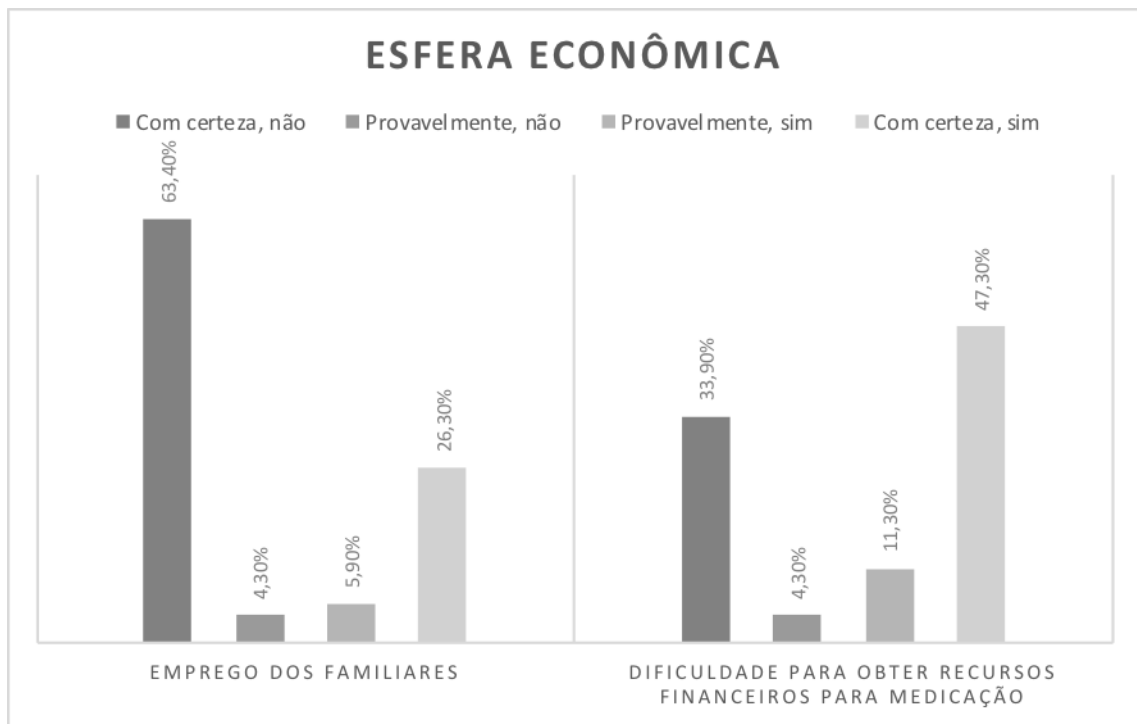
Tabela 01. Apresentação dos dados coletados do atributo Orientação Familiar na Atenção Primária à Saúde. Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil, 2016.

Conhecimento do Médico/Enfermeiro sobre a família e a criança, nos quesitos:	Com certeza, não	Provavelmente, não	Provavelmente, sim	Com certeza, sim
Âmbito familiar	48,9% (n=91)	10,8% (n=20)	7,5% (n=14)	32,8% (n=61)
Agravos Primordiais	45,7% (n=85)	7,0% (n=13)	10,8% (n=20)	32,3% (n=60)
Antecedente Familiares	19,4% (n=36)	-	1,1% (n=2)	79,6% (n=148)
Emprego dos Familiares	63,4% (n=118)	4,3% (n=8)	5,9% (n=11)	26,3% (n=49)
Dificuldade para obter Recursos Financeiros para Medicação	33,9% (n=63)	4,3% (n=8)	11,3% (n=21)	47,3% (n=88)

Ideologia sobre o Tratamento e Autocuidado	38,7% (n=72)	4,8% (n=9)	4,8% (n=9)	50,5% (n=94)
Visitas Domiciliares pela rede de APS	20,4% (n=38)	2,2% (n=4)	5,4% (n=10)	71,5% (n=133)

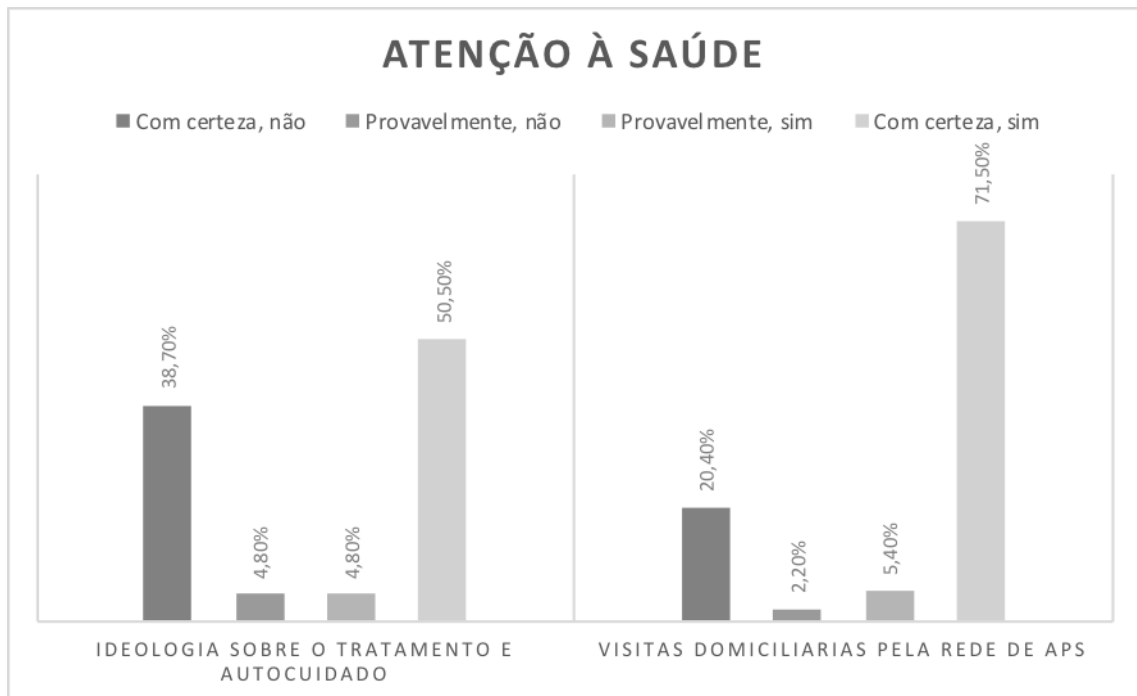
Quando questionados sobre o Médico/Enfermeiro (Tabela 01) está bem inteirado sobre a família, 32,8% (61) responderam com certeza, sim, enquanto 48,9% (91) com certeza, não. Diante o conhecimento desses profissionais sobre os agravos primordiais da família e a criança, 32,3% (60) com certeza, sim, e 45,7% (85) afirmam com certeza, não, revelando o desconhecimento por parte dos profissionais dos principais riscos e agravos que possivelmente foram acometidos. A respeito dos antecedentes familiares, 79,6% (148) dos entrevistados alegaram com certeza, sim, porém, 19,4% (36) relataram com certeza, não.

Figura 01. Apresentação dos dados coletados do atributo orientação familiar, no âmbito da esfera econômica. Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil, 2016.



A figura 01 diz respeito à situação econômica da família, 63,4% (118) dos entrevistados afirmam com certeza, não, sobre o conhecimento do profissional a respeito do emprego dos familiares.

Figura 02. Apresentação dos dados do atributo orientação familiar, no âmbito da atenção à saúde. Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil, 2016.



A figura 02, refere-se aos profissionais conhecerem a ideologia dos entrevistados sobre o tratamento e autocuidado, 50,5% (94) afirmaram com certeza, sim.

Discussão

O modelo das APS proporciona grande impacto na saúde pública com serviços de promoção à saúde, prevenção de agravos, cura e acompanhamento clínico a nível setorial, de caráter individual ou coletivo⁶. E, está presente em alguns países da América do Sul, a partir da presença de equipes multidisciplinares com uma abordagem familiar de forma integral, como observado no Brasil. Já existindo, também, a preocupação pela Venezuela, Equador e Bolívia sobre a compreensão e respeito dos conhecimentos e manejos em saúde entre as culturas⁷.

A situação psicossocial é colocada com um forte influenciador no processo de saúde-doença infantil, a utilização do contexto familiar como subsídio e determinante sobre a saúde da criança durante a consulta de puericultura define o impacto da relação entre o profissional, a criança e o cuidador, bem como, a resolubilidade da eventual situação⁸.

É através da orientação familiar, ou seja, centralização do cuidado no contexto familiar, que se proporciona uma amplitude de considerações no planejamento e nas ações prestadas pela equipe multidisciplinar, tornando-a mais resolutiva, mudando significativamente o modelo assistencial da ESF, bem como tornando mais forte a APS, e minimizando os agravos durante a infância quando bem implementado^{2,9}. O serviço ainda é muito considerado pela população não como opção, mas sim por encontrar-se numa proximidade maior que os demais^{9,10}.

O serviço da APS, no que diz respeito à orientação familiar, foi avaliado através de um instrumento validado, que nos proporcionou reconhecer o vínculo das crianças e familiares cadastrados ao serviço, a partir da perspectiva dos usuários, bem como as fragilidades que impossibilitam a ESF de ser considerada uma referência em assistência para os cuidados na área da puericultura. É de grande importância em possibilitar aos familiares (dentre eles o cuidador) sobre suas aflições, a fim de um aprofundamento na compreensão da criança e suas necessidades, assim como intensificar o apoio dos profissionais, logo, do serviço. Solidificando a aproximação entre equipe e comunidade¹¹.

No presente estudo, percebeu-se que no atendimento, é bastante considerada a possibilidade dos usuários poderem ou não adquirir, a partir de recursos próprios, as medicações prescritas. Porém, é pouco questionado se os familiares estão empregados.

Essa divergência nos resultados, demonstra consideração superficial sobre as informações referentes a condição socioeconômica da família, a qual

contribui para inviabilidade do plano de cuidado mais adequado ao caso mais específico, acarretando em outros problemas como o estabelecimento de diálogo entre profissional-usuário. Além de que, expõe que o modelo assistencial biomédico se mostra ainda muito presente, levando a desestimar o serviço, devido aos profissionais menos conciliáveis com a proposta de assistência^{2,12}.

As condições socioeconômicas e o quadro de saúde da população são determinantes primordiais a serem expostos e considerados durante formação de um profissional de saúde, quando isso não corresponde a realidade, acarreta no despreparo para lidar com os usuários, originando um entrave para se atingir a longitudinalidade do serviço de saúde¹³.

São investigadas as doenças que já acometeram a família e a criança antes, mas que podem ser agravantes do estado de saúde futuramente, como também sobre as ideias e opiniões dos familiares quanto ao tratamento e autocuidado da criança. Nota-se que são feitas as considerações primordiais sobre a situação do usuário, e considerada as perspectivas familiares referentes ao tratamento e possibilidades de mudanças para a preservação do cuidado. Isto torna a assistência mais ampla, como também, uma contribuinte favorável ao atributo de longitudinalidade da APS, que evita a fragmentação da atenção^{2,11}.

Entretanto, pode-se constatar que os profissionais de saúde do serviço não possuem conhecimento sobre os principais agravos da família, ou seja, o papel do familiar e sua influência no quadro de saúde da criança ainda é de frágil incorporação no processo de cuidado e em sua elaboração. O que é comum de algumas realidades^{9,14,15}.

Referente às visitas domiciliares os resultados foram positivos, remetendo a uma participação do serviço em realizar busca ativa, vigilância do estado de saúde da comunidade e atendimento multidisciplinar. De fato, a inserção na comunidade, para avaliação da saúde como um geral, guiar os

usuários até o acolhimento e fornecer atendimento com base nas políticas públicas e recomendações do Ministério da Saúde, do âmbito de várias especialidades profissionais, contribui para solidificação do vínculo, demonstrando proatividade do serviço, além da percepção de amparo.

É muito comum, no que diz respeito a maior periodicidade de tempo em contato com a comunidade, a figura do enfermeiro mais presente, sendo o mais provável que a partir dele se estabeleçam os vínculos e se fortaleçam os laços, durante o acompanhamento das consultas de puericultura¹⁶.

Diferente de outros estudos que apresentaram as visitas como algo esporádico, além de que, existe a maior participação do profissional médico na realização desses atendimentos. Fato que desperta, para a intervenção na saúde da criança, a maior participação da enfermagem na prática clínica^{2,17}.

Nas avaliações pelos profissionais é esperada a consideração de forma abrangente sobre a saúde da criança, considerando aspectos nutricionais, imunização, susceptibilidade a processo infecciosos, desenvolvimento neuropsicológico, ou seja, não somente o aspecto clínico, mas também somado as suas relações familiares, o poder aquisitivo e a influência cultural ao qual está inserido, priorizando um atendimento particular e executado de maneira flexível. Diante que a promoção de uma assistência de carácter apenas científico e técnico não assegura a qualidade e humanização esperada¹¹.

A qualificação dessa assistência trata-se de um processo complexo, porque se refere a uma interação interpessoal, que exige adequações as preferências e a realidade do usuário assistido, portanto, orientações gerais nem sempre são contemplativas à situação¹⁸.

Em aspecto geral, a orientação familiar é realizada, mas de forma ainda insuficiente, devido a generalidade como é aplicada. Pelo ponto de vista dos usuários, ou seja, o cuidador familiar da criança atendida, é apontada como insatisfatória, porém essa ideia foi apontada de forma diferente pelos gestores e profissionais de saúde. O que também foi justificado pela sua obrigação em

incluir os princípios do atendimento segundo o que é determinado pela política adotada pelo serviço^{2,9,10,17,19,20}.

Conclusões

Diante do observado, os serviços das ESF pouco se aproximam do ideal de assistência preconizado, com o atendimento ainda muito limitado ao usuário, média inclusão do contexto familiar e suas considerações para o planejamento de intervenções.

Assim, deve-se a reorganização do setor e capacitação dos profissionais de saúde para o respectivo campo de atuação, no que refere a incorporação da família e os determinantes sociais. O estudo revela a necessidade de uma abordagem mais direta e concentrada no enfoque familiar. Este enfoque deve ocorrer no processo formativo e também através dos processos de educação permanente em saúde dos profissionais atuantes.

É necessário elaborar estratégias de aproximação e apresentação da comunidade ao funcionamento do serviço, transformando a ideologia de preferência da assistência pela proximidade, e passando a considerá-la como a introdução a uma rede de atenção à saúde. Sensibilizar os gestores a promover educação permanente as equipes multidisciplinares, bem como incentivá-los a conhecer a comunidade e atuar sobre ela, considerando as singularidades, como também garantir a continuidade do cuidado, para melhor promoção da saúde.

Referências

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia / Bárbara Starfield. – Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
2. Araujo JP, Viera SC, Toso BRGO, Collet N, Nassar PO. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. Acta paul. enferm. 2014; 27(5):440-6.

3. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde Soc.* 2011; 20(4): 961-970.
4. Brasil MS. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: MS, 2018.
5. Harzheim E, Stein AT, Álvarez-Dardet C. A efetividade dos atributos na atenção primária sobre a saúde infantil. *Rev. Boletim de saúde, Porto Alegre, RS, Jan/jun., 2004; 18(1): 23-39.*
6. Romero RV, Torres JH, Mendez PAM. Una explicación desde el contexto y contenido de las políticas de salud al modelo híbrido y segmentado de atención primaria en salud en bogotá. *Saúde debate (Online).* 2012; 36(94):392-401.
7. Giovanella L, Almeida PF, Romero RV, Oliveira S, Silva HT. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde debate (Online).* 2015; 39(105):300-22.
8. Silva SA, Fracolli LA. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. bras. Enferm (Online).* 2016 jan-fev; 69(1):54-61.
9. Leao CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. Bras. saúde matern. infant.* 2011; 11(3): 323-34.
10. 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): 365-371.
11. Mello DF, Furtado MCC, Fonseca LMM, Pina JC. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. *Rev. bras. Enferm (Online).* 2012 jul-ago; 65(4): 675-9.
12. Oliveira VBCA, Veríssimo MLR. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. *Rev. Esc. Enferm. USP (Online).* 2015; 49(1): 30-36.
13. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. *Rev. bras. enferm.* 2013; 66(esp): 158-64.

14. Daschevi JM, Tacla MTGM, Alves BA, Toso BRGO, Collet N. Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. *Semina cienc. biol. saude.* 2015 jan-jun, 36(1): 31-8.
15. Elias PE, et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva.* 2006, 11930: 633-641.
16. Reichert APS, Leonico ABA, Toso BRG, Santos NCCB, Vaz EMC, Collet N. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. *Ciênc. saúde coletiva (Online)*, 2016; 21(1):119-127.
17. 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.
18. Donabedian A. The quality of care: How can be it assessed? *JAMA (Online)*. 1988; 260(12); 1743-1748.
19. Van Stralen CJ, Belisário SA, Van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidade com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro.* 2008; 24(1): 148-158.
20. Silva SA, Baitelo TC, Fracolli LA. Avaliação da atenção primária à saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. *Rev. latinoam. enferm.* 2015 set-out; 23(5):979-87.

Submetido: 18/12/2018

Aceito: 20/08/2019