

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**ATRIBUTO ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA: AVALIAÇÃO
DOS USUÁRIOS RESIDENTES EM AGLOMERADO
URBANO SUBNORMAL**

Trabalho de conclusão de curso da Faculdade Pernambuco de Saúde – FPS apresentado ao Comitê de avaliação do programa institucional de bolsas de iniciação científica do IMIP/CNPq

Linhas de pesquisa: Epidemiologia e saúde

Aluna: Nicole De Miranda Gugel Castro

Orientadora Suzana Lins da Silva

Co-orientadores: Maria de Fátima Costa Caminha e Malaquias Batista Filho.

Recife

2021

AUTORES

Nicole de Miranda Gugel Castro

Estudante de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Telefone: (81) 99598-7365 E-mail: nicolemirandacastro@hotmail.com

Thaís de Albuquerque Corrêa

Estudante de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Telefone: (81) 99526-1991 E-mail: thaiscorrea_10@hotmail.com

Brena França Torres dos Santos

Estudante de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Telefone: (81)98825-9027 E-mail: brena.torres@hotmail.com

Suzana Lins da Silva

Doutora em Saúde Materno Infantil pelo IMIP

Tutora do 4º Período de Enfermagem da FPS Docente/Pesquisadora do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMP

Telefone: (81) 99155-6712 E-mail: suzanalinsilva@gmail.com

Maria de Fátima Costa Caminha

Pós-Doutorado em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP

Tutora do 4º Período de Enfermagem da FPS Docente/Pesquisadora do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMP

Telefone: (81) 98173-0087 E-mail: fatimacaminha@imip.org.br

Malaquias Batista Filho

Doutorado em Saúde Pública pela Universidade Federal de São Paulo

Líder do Grupo de Estudos da Nutrição do IMIP

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMP

Telefone: (81) 21224781 E-mail: malaquias.imip@gmail.com

Karla Ramos

Doutoranda em Saúde Integral pelo IMIP

Tutora do 7º Período de Enfermagem da FPS Telefone: (81)
999651393 E-mail: karla001ramos@yahoo.com

**ATRIBUTO ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA: AVALIAÇÃO DOS
USUÁRIOS RESIDENTES EM AGLOMERADO URBANO
SUBNORMAL**

**ATTRIBUTE COMMUNITY GUIDANCE: EVALUATION OF RESIDENT
USERS IN SUBNORMAL URBAN AGGLOMERATE**

Nicole de Miranda Gugel Castro¹

Thaís de Albuquerque Corrêa¹

Brena França Torres dos Santos¹

Maria de Fátima Costa Caminha²

Malaquias Batista Filho³

Karla Ramos²

Suzana Lins da Silva²

1 Estudantes da graduação de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

2 Docente da graduação de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

3 Docente pesquisador do Instituto de Medicina Integral Prof Fernando Figueira - IMIP

RESUMO

OBJETIVO: analisar, segundo a ótica dos usuários, a presença do atributo orientação comunitária na atenção à saúde da criança num aglomerado urbano subnormal.

MÉTODO: estudo transversal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) Coelhos I e Coelhos II, sendo um recorte do inquérito intitulado “Avaliação e consolidação dos atributos de atenção primária de saúde num aglomerado urbano subnormal do Recife, PE”. A população foi composta por pais/cuidadores de crianças menores de três anos realizado com base no instrumento validado PCATool – Brasil versão criança. Realizou-se análise descritiva e cálculo das médias dos escores do atributo orientação comunitária, no *software* Stata 12.1 SE. A pesquisa que gerou o banco de dados foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Abordando Seres Humanos do IMIP, CAAE nº 71239917.3.0000.5201.**RESULTADOS:** Foram abordados 103 responsáveis de crianças entre 0 a 3 anos. O atributo orientação comunitária foi considerado de baixo escore (< 6,6), mediante o julgamento dos pais/cuidadores das crianças que utilizavam

a ESF dos Coelhos I e II. **CONCLUSÃO:** Na avaliação dos pais/ cuidadores das crianças o atributo orientado para a comunidade foi avaliado aquém do esperado como adequado. Recomenda-se que seja feita uma capacitação para a equipe multiprofissional da UBS, porque a equipe multiprofissional necessita de uma visão holística sobre o vínculo do profissional com o usuário do SUS, visto que essa capacitação voltada à comunicação entre o profissional e o cliente irá enfrentar os determinantes sociais que ali estejam presentes e ampliar o nível de satisfação da unidade de saúde da família.

Descritores: Serviços de saúde comunitária. Atenção primária à saúde. Avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: to analyze, from the users' perspective, the presence of community guidance in child health care in a subnormal urban agglomeration.

METHOD: cross-sectional study in Coelhos I and Coelhos II Basic Health Units (UBS), part of the survey entitled "Assessment and consolidation of primary health care attributes in a subnormal urban agglomeration in Recife, PE". The population consisting of parents/caregivers of children under three years old performed based on the validated instrument PCATool - Brazil child version. Descriptive analysis and calculation of mean scores for community counseling were performed using the Stata 12.1 SE software. The research that generated the database was approved by the Ethics Committee for Research Approaching Human Beings at IMIP, CAAE no. 71239917.3.0000.5201. **RESULTS:** 103 guardians of children aged 0 to 3 years were identified. The community attribute was considered to have a low score (<6.6), according to the judgment of the parents/caregivers of the children who used an ESF of Coelhos I and II. **CONCLUSION:** In the evaluation of the children's parents/caregivers, the attribute oriented towards the community was evaluated below expectations as adequate. It is recommended that training be carried out for a multidisciplinary team at UBS about the importance of

research in the community, to obtain a better quality of care, because a multidisciplinary team requires a holistic view of the relationship between the professional and the SUS user, as this training focused on communication between the professional and the client will face the social determinants selected there present and expand the level of satisfaction of the family health unit.

KEYWORDS: Community Health Services. Primary health care. Evaluation of health services.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde, e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que, abrange a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente a situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e equidade. ^{1,2}

No Brasil, a APS é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Há diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF) como por exemplo consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas USF. ^{2,3}

Atualmente, há uma Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (Casaps) disponível para apoiar os gestores municipais na tomada de decisões e levar à população o conhecimento do que encontrar na APS. A Casaps envolve outras iniciativas também, como: o Programa Saúde na Hora e o Médicos pelo Brasil. Esse trabalho é realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF), nas Unidades de Saúde Fluviais, nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e nas Academias de Saúde. ²

Ademais, em 2010 o Ministério da Saúde parte do princípio de avaliar a APS através de suas características, adotando um instrumento de avaliação criado desde de 1998 nos Estados Unidos por Bárbara Starfield comumente conhecido como “PCATool– PrimaryCare Assessment Tool”, sendo traduzido e validado para o Brasil como “Instrumento de Avaliação da Atenção Primária”. ⁴

O PCATool consiste em uma forma padronizada de avaliar a presença e extensão de atributos presentes na APS, caracterizados em essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados (atenção saúde, orientação comunitária e competência cultural), além de calcular através desses atributos, score essencial e geral. ⁴ O resultado de estudos nessa linha avaliativa foi a criação do AMAQ (Autoavaliação para Melhoria) e o lançamento em 2011 do Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS e o Programa Nacionalidade Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). A partir desse momento, avaliar se torna um programa instituído e necessário para qualificação da Atenção básica. ⁵

A atenção básica orientada para a comunidade combina várias habilidades, tais como: as

clínicas epidemiológicas que tem função de regular os programas de atenção básica e acessar as necessidades prioritárias da saúde de uma população definida.² Uma maneira de se aproximar da comunidade e conhecer as condições das famílias é na Estratégia de saúde da Família, onde a Visita Domiciliar constitui uma atividade utilizada com a finalidade de subsidiar a intervenção no processo saúde- doença de indivíduos ou o planejamento de ações almejando à promoção de saúde da coletividade.⁶

A Visita Domiciliar pode ser definida como "um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento tanto educativo como assistencial". Constitui-se como uma atividade educativa e assistencial que possibilita uma interação mais efetiva entre os membros da equipe de saúde, na medida em que possibilita o convívio desta com a realidade vivenciada pelo usuário-família. Assim, a visita é um importante instrumento, o qual proporciona ao profissional o conhecimento das condições socioeconômicas, culturais e ambientais onde trabalha.^{6,7}

Neste sentido, a visita domiciliar pode ser utilizada para realizar inquéritos, cadastramentos, controle de usuários faltosos, controle de focos epidêmicos; em resumo, para efetivar ações pontuais. Geralmente, essas ações são realizadas por um agente de saúde treinado, previamente, para desenvolver a atividade em foco.⁶ A assistência domiciliar, no atual cenário das políticas públicas, é caracterizada pelo desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e reabilitação à saúde do indivíduo e família.

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.^{8,9}

Assim, é de suma importância a avaliação através do PcaTool o atributo comunitário, para evitar a ausência de aproximação com a comunidade e a perda da assistência do profissional de saúde aos usuários.

Sendo assim, o presente estudo objetiva analisar, segundo a ótica dos usuários, a presença do atributo orientação comunitária na atenção à saúde da criança num aglomerado urbano subnormal.

MÉTODOS

Estudo de corte transversal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) Coelhos I e Coelhos II, sendo um recorte do inquérito intitulado "Avaliação e consolidação dos atributos de atenção primária de saúde num aglomerado urbano subnormal do Recife, PE". Destaca-se que nesta área funciona um dos maiores complexos de serviços de saúde em seus três níveis de atenção (primária, secundária e terciária) do país, o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), operado exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde.

O inquérito foi aplicado à população de pais/cuidadores de crianças, residentes e

cadastrados nas unidades das ESF Coelhos I e II. A amostra foi por conveniência e incluíram-se os pais/cuidadores de crianças menores de 3 anos que receberam atendimento médico/enfermagem nas unidades mencionadas há pelo menos 6 meses antes da entrevista. Foram excluídos os pais/cuidadores do banco de dados com falta de informações sobre o atributo orientação comunitária.

A coleta de dados ocorreu entre abril à agosto de 2019. Os participantes foram identificados através de registros e prontuários sob controle dos agentes comunitários de saúde (ACS) nas duas unidades de saúde Coelhos I e II. Foram realizadas visitas em suas residências, assim como era relacionada antecipadamente a lista de usuários quando iam para algum atendimento nas unidades de saúde, sendo então também aproveitada esta oportunidade para captação dos participantes. As famílias que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi utilizado o instrumento PCATool-Brasil na versão criança, composto por 55 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS.¹⁴ Especialmente foi investigado o componente orientação comunitária e os respectivos itens que o compõe. 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). Utilizou-se também um formulário com questões complementares para coleta dos dados sociodemográficos dos usuários (Unidade da Saúde da Família, responsável pela criança, sexo da criança, idade materna, chefe da família, Escolaridade chefe da família, Classe Econômica).

Para o banco de dados de interesse específico deste estudo, foi formado um arquivo *ad hoc* seletivamente construído a partir das informações digitadas e validadas na pesquisa primária.

Os dados originais foram digitados no Programa Excel com dupla entrada e validados no Epi-Info 3.5.3. Para a análise, os dados categóricos foram descritos através de tabelas de distribuição de frequências. Foram computados os escores do atributo em questão, 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: $[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10/4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})$. Os valores de escores maior ou igual que 6,6 foram classificados como altos, o que corresponde ao valor três ou mais na escala Likert e < 6,6, como baixos. Todas as análises foram realizadas no software Stata 12.1 SE.

O estudo original foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Abordando Seres Humanos do IMIP (CEP/IMIP), Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 71239917.3.0000.5201.

RESULTADOS

Conforme mostra a tabela 1, foram abordados 103 responsáveis de crianças de 0 a 3

anos de idade. No que se refere ao sexo da criança, 52,4% foram classificadas como feminino e 47,6% masculino. Como cuidador principal, predominou as mães das crianças (86,4%), com a idade prevalente entre 20 e 35 anos (79,6%). Mais da metade (57%) dos responsáveis entrevistados faziam parte da UBS Coelhos II. Em relação a escolaridade, 32% dos chefes da família possuía ensino médio completo com classe econômica prevalente C1, o equivalente a uma renda familiar de R\$1.195.

A tabela 2 apresenta a avaliação dos pais/ cuidadores das crianças em relação ao atributo orientação comunitária. O valor médio geral do atributo apresentou baixo escore (<6,6). Em relação aos componentes do atributo, os escores variaram entre 4,03 a 7,1. Ao serem questionados se alguém do serviço de saúde faz visitas domiciliares e se a equipe de saúde conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança, os pais/cuidadores das crianças atribuíram altos escores (>6,6). 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). Os pais/cuidadores das crianças atribuíram baixos escores à questão sobre serem convidados a participarem dos Conselhos Locais de Saúde.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo permitiu obter uma avaliação dos serviços de saúde básicos de acordo com a opinião dos usuários, no caso, por pais/cuidadores das crianças menores de 3 anos, a partir da aplicação de um instrumento válido que permitiu estimar a extensão do atributo orientação comunitária, na primeira porta de entrada para o SUS, nos serviços de APS.

No que se refere ao atributo orientação comunitária, os escores obtidos através dos usuários das Unidades de Saúde da Família, foram considerados insatisfatórios. Salienta-se ¹⁰ a importância que as equipes precisam dispor aos usuários, como parceiros para o desenvolvimento das ações de prevenção, promoção e recuperação visando o vínculo, autonomia, e enfrentamento de determinantes sociais de saúde¹¹

Pesquisa realizada com pais/cuidadores de crianças com idades até nove anos, onze meses e 29 dias das unidades de saúde da família em João Pessoa(PB), também demonstrou baixa média de escores no atributo comunitário¹². Desde a década de 1940 em comunidades rurais na África do Sul, usa-se censos e pesquisas demográficas para a característica da população, e planejamento de intervenções de saúde, sendo esses a origem da *Community-Orientation Primary Care (COCP)*¹⁰

Nesse estudo, os pais/ cuidadores das crianças apresentam como perfil predominante a baixa renda e escolaridade incompleta, o que pode favorecer a erros na prática alimentar,

principalmente na infância facilitando o surgimento de doenças crônicas no adulto, tais como: diabetes, hipertensão, sobrepeso e obesidade^{13 14 15}. Esse fator é extremamente prejudicial na saúde da criança^{12 16 17}

Neste sentido, as ações que proporcionam ao usuário um atendimento integral e humanizado são um dos pilares da atenção básica e na opinião dos pais/ cuidadores a visita domiciliar (VD) foi bem avaliada. A (VD) é uma atividade regular do programa Saúde da Família realizada pelos agentes comunitários de saúde, enfermeiros e outros profissionais que trabalham na ESF e que, por sua expressão numérica e potencial de intervenção na relação do programa com as famílias, constitui-se em objeto privilegiado de reflexão no interior do modelo assistencial^{18 19}

A VD possibilita a concretização da integralidade, acessibilidade, longitudinalidade e a interação entre o profissional, usuário e família. A assistência de Enfermagem prestada por meio de a visita domiciliar (VD) constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita - a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família - fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos²⁰

Outro ponto bem avaliado pelos pais/cuidadores foi o conhecimento da equipe de saúde sobre os problemas de saúde importantes de sua vizinhança. Ademais, o contato entre o usuário e o profissional de saúde depende do vínculo que é feito através do agente comunitário de saúde. A construção do vínculo, no acolhimento, na inclusão de aspectos relacionais e intersubjetivos no fazer em saúde e no cuidado longitudinal às famílias, a a partir da Estratégia Saúde da Família representam um passo importante na consolidação das práticas pautadas pela integralidade, para um olhar ampliado a comunidade assistida.¹⁷ Vale salientar que a vigilância em saúde é essencial para que as ações com o foco na integralidade sejam feitas nos serviços de saúde²¹

Os pais/ cuidadores das crianças acreditam que os profissionais realizam poucas pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que eles (serviços, equipes) deveriam conhecer. Sendo assim, o papel principal e de responsabilização entre as equipes em Saúde da Família é buscar a opinião da comunidade sobre os atendimento, para que os mesmos consigam participem de forma integral do planejamento e eficacia de um bom atendimento.²²

Nesse aspecto, através da pesquisa e investigação consegue-se preencher espaços para o desenvolvimento de identificação de problemas de saúde, as quais permitem com que os usuários de serviços de saúde tornem-se o protagonista do atendimento, auxiliando na identificação de experiências e a valorização as iniciativas conquistadas. Assim, através das pesquisas na comunidade pode gerar mais impacto na qualidade de vida dessas pessoas²³. A orientação comunitária tem sua importância, porque o contato direto do profissional com a

comunidade vai ter o entendimento sobre as necessidades de saúde da região.

Os cuidadores das crianças atribuíram baixos escores à questão sobre serem convidados a participarem dos Conselhos Locais de Saúde. O conselho de saúde atua na formulação de estratégias e no controle da execução de políticas de saúde. O conselho de saúde pode ser entendido como um órgão colegiado que é composto por pessoas que representam diferentes grupos dentro da sociedade, onde analisa e resolve assuntos com o fim de chegar a um acordo ou uma decisão. É importante citar que o conselho de saúde é estabelecido de acordo com a lei orgânica da saúde 8.142/1990 a fim de garantir a melhoria do sistema de saúde.²⁴

O atributo orientado para a comunidade torna-se prioridade quando ações de saúde são feitas com a interação do usuário e da equipe de saúde, porque a equipe de saúde precisa ter o conhecimento das condições econômicas e culturais para que consiga atingir as metas da prática em saúde dentro dos princípios do SUS²⁵. Ademais, para que o vínculo do profissional e o usuário seja criado é necessário que a equipe detenha de empatia e acolhimento e inclusão a fim de obter um olhar ampliado no processo de saúde - doença.

CONCLUSÃO

Destarte, o estudo voltado para o atributo da orientação comunitária demonstra como a atenção primária é importante, já que é o primeiro nível em saúde e o primeiro contato do profissional com o usuário. Na avaliação dos pais/ cuidadores das crianças o atributo orientado para a comunidade foi avaliado aquém do esperado como adequado. Recomenda-se que seja feita uma capacitação para a equipe multiprofissional da UBS sobre a importância da pesquisa na comunidade, para obter uma melhor qualidade de atendimento, porque a equipe multiprofissional necessita de uma visão holística sobre o vínculo do profissional com o usuário do sus, visto que essa capacitação voltada à comunicação entre o profissional e o cliente ira enfrentar os determinantes sociais que ali estejam presentes e amplie o nível de satisfação da unidade de saúde da família.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Decreto Nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Brasília 2019.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS). Brasília 2020. 83 p. Livroilus. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
4. Harzheim E, Gonçalves MR, Oliveira MMCD, Trindade TGD, Agostinho MR, Hauser L. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/139421/000837729.pdf?sequence=1>
5. Souza BR, Tavares JB, Girard CCP, Ferreira IP. (2019). Avaliação da Atenção Primária à Saúde em uma estratégia saúde da família no interior do Pará: Utilização doPCATool-versão Brasil. APS EM REVISTA, 2019; 1(2), 112-120. Disponível em: <https://www.apsemrevista.org/aps/article/view/24>
6. Santos EM, Morais SHG. A visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família: percepção de enfermeiros. Cogitare Enfermagem, 2011; 16(3), 492-497. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2011/07/21761-88053-1-PB.pdf>
7. Padilha MICS, Carvalho MTC, Silva MO, Pinto VT. Visita domiciliar: uma alternativa assistencial. RevEnferm UERJ. 19
8. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco, 2002. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2326>
9. Araujo JP, Viera CS, Toso BRGDO, Collet N, Nassar PO. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. Acta Paulista de Enfermagem, 2014; 27(5), 440-446. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000500009&script=sci_arttext&tlng=pt
10. Paula Weslla, Samico, Isabella, Caminha, Maria Batista-Filho, Malaquias & Figueiroa, José. (2017). Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. Cadernos Saúde Coletiva. 25. 10.1590/1414-462x201700020113.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS.). Diário Oficial da União, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html

12. Altamira PSR, Alane BAL, Beatriz GT, Nathaniely CCB, Eelenice MCV, Neusa C. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à saúde da criança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016, Paraíba, 1(1):119-127. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KhSc3RFYnKgph9DFJbP9bsy/?lang=pt>
13. Dexis FP. Estratégia Saúde da Família: contribuições das equipes de saúde do cuidado nutricional da criança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016, 21(1):119-127. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KhSc3RFYnKgph9DFJbP9bsy/?lang=pt#>
14. Francisco RC, Sabela CV, Fátima ML, Bárbara M, Rosa MB, Jose RR, Haizea P, Afonso LR, Montserrat GG, Emma M, Ruth ML, Franciso G, Ana C. Effectiveness of a Multicomponent Intervention in Primary Care That Addresses Patients with Diabetes Mellitus with Two or More Unhealthy Habits, Such as Diet, Physical Activity or Smoking: Multicenter Randomized Cluster Trial (EIRA Study). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, 18, 5788. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/11/5788>
15. Isabella F. Hiperdia: Práticas de cuidado em uma unidade de saúde de Belém, Pará. *Rev. Nufen: Phenom. Interd. | Belém*, 8(1), 13-30, jan. – jul., 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912016000100003
16. Marcos A. Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional. *Av Enferm.* 2017;35(1):19-29, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n1/v35n1a03.pdf>
17. Jordana A. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: Revisão integrativa da literatura. Elsevier Editora Ltda. 0103-0582, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/Sq6HBvvD77MyBDKvXwTmNrQ/?lang=pt&format=pdf>
18. Molise FPM. Limitações e potencialidades da visita domiciliar como ferramenta assistencial na saúde da família, 2014. Trabalho de Conclusão de Curso(Curso de especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete. https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Limita%C3%A7oes_potencialidades_visita_domiciliar.pdf
19. Laura GF, Margarita APC, Caroline S, Ewerton C, Daniel DFS, Juliana BH. Qualidade do consumo alimentar e fatores associados em crianças de um ano de vida na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2):429-438, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JnzFZY9BDWFvmLhzn3qrqmH/?lang=pt>
20. Fabrício GL. Visitas domiciliares: Desafio à atenção básica e saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, Florianópolis, v.10, n.26, p.01-18, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68520/41287>
21. Lilliam SF, Maria RB. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. *Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 2009, São Paulo, 44(3):789-95. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/MqLWJKPDrm4jm7pw7FGrCZx/?lang=pt&format=pdf>

22. Ivancko GM, Querino RA, Silva GCS, Borges RD, Limongi JE. Estratégia Saúde da Família e Vigilância em Saúde: conhecimento de médicos de família e comunidade sobre Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro, 2021 Jan-Dez; 16(43):2733. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2733/1610>
23. BRASIL. Casa civil. Lei nº 8.142 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
24. MOURA, Erly. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2):429-438, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SvzSh9fTZwFRGwTfKm4KXPF/?lang=pt>
25. Borges CJ, Munari DB, Bianco VC, Dias PCS, Medeiros M, Stacciarini JMR. Pesquisa participante baseada na comunidade: fundamentos, requisitos e desafios ao pesquisador. *Rev. Enferm. UFSM*. 2019. Acesso em: 2019vol e48: P1-P18. DOI:<https://doi.org/10.5902/2179769232536>

Tabela 1. Características sociodemográficas de cuidadores de crianças cadastradas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família dos Coelhos I e II Recife- Pernambuco, Brasil, 2020.

Variável	n (%)
Unidade da Saúde da Família	
Coelhos I	46 (44,6)
Coelhos II	57 (55,4)
Responsável pela criança	
Mãe	89 (86,4)
Outro	14 (13,6)
Sexo da criança	
Feminino	54 (52,4)
Masculino	49 (47,6)
Idade materna	
15 a 19	12 (11,7)
20 a 35	82 (79,6)
36 a 43	9 (8,7)
Chefe da família	
Mãe	12 (11,7)
Marido/ companheiro	40 (38,8)
Avó	5 (4,9)
Pai	5 (4,9)
Outro	41 (39,9)
Escolaridade chefe da família	
Analfabeto/ Fundamental I incompleto	8 (7,8)
Fundamental I completo /Fundamental II incompleto	18 (17,5)
Fundamental II completo / Médio incompleto	29 (28,2)
Médio completo / Superior incompleto	33 (32,0)
Superior completo	6 (5,8)
Não sabe	9 (8,7)
Classe Econômica*	
C1	97 (94,2)
C2	5 (4,8)
D-E	1 (1,0)

*Critério de Classificação Econômica do Brasil (ABEP- 2018) ²⁴

Tabela 2. Avaliação sobre o atributo orientação comunitária conferidos pelos cuidadores das crianças cadastradas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família dos Coelhos I e II Recife- Pernambuco, Brasil, 2019.

Atributo orientação comunitária	Média	Score
Visitas domiciliares	3,13	7,1
Conhecimento acerca dos problemas de saúde importantes da vizinhança	3,09	6,96
Realização de pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde	2,52	5,06
Convocação dos membros da família para participar de conselho local de	2,21	4,03

saúde

Média geral / Escore geral

2,73

5,8