

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Fernanda Portela Pereira

**RISCO FAMILIAR DE CRIANÇAS ATENDIDAS NA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Santa Maria, RS,
2016

Fernanda Portela Pereira

**RISCO FAMILIAR DE CRIANÇAS ATENDIDAS NA REDE DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para a obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Dra. Eliane Tatsch Neves

Santa Maria, RS
2016

Pereira, Fernanda Portela
Risco familiar de crianças atendidas na rede de atenção
primária à saúde / Fernanda Portela Pereira.- 2016.
72 p.; 30 cm

Orientadora: Eliane Tatsch Neves
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, RS, 2016

1. Enfermagem Pediátrica 2. Atenção Primária à Saúde 3.
Risco 4. Família I. Neves, Eliane Tatsch II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

© 2019

Todos os direitos autorais reservados a Fernanda Portela Pereira. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: nandapp_enf@yahoo.com.br

Fernanda Portela Pereira

**RISCO FAMILIAR DE CRIANÇAS ATENDIDAS NA REDE DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para a obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 26 de agosto de 2016:

Eliane Tatsch Neves, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Aline Cristiane Cavicchioli Okido, Dra. (UFSCar)

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2016

AGRADECIMENTOS

*Agradeço, sobretudo, à **Deus** pela iluminação e amparo nas horas difíceis.*

*À minha mãe, **Honorina**, por todo o investimento e esforço pela minha educação, pelos valores morais que me ensinou, pelo carinho, sem ela eu não conseguiria chegar até aqui.*

*À minha orientadora, **Eliane Neves**, pelos ensinamentos valiosos, por sua paciência, pelo incentivo e palavras encorajadoras nos momentos mais difíceis. Por sua competência profissional.*

*Ao meu companheiro **Rodrigo** e à minha **família**, pelo apoio.*

*À minha amiga, **Andrea Arrué**, pelo companheirismo de sempre e ajuda constante, pela contribuição acadêmica, pelas conversas valiosas, às vezes, até a madrugada.*

*Aos colegas do PEFAS, especialmente, aos doutorandos **Leonardo Jantsch** e **Andressa da Silveira** pelo conhecimento científico compartilhado.*

*À doutoranda **Fernanda Buboltz**; às mestrandas **Jaquiele Kegler**, **Daisy Rodrigues** e **Ana Eliza Belizário**; à bolsista de iniciação científica **Raíra Lopes** e à enfermeira **Janete Carvalho**, pelas contribuições e disponibilidade no processo laborioso de coleta de dados.*

*Às professoras e à coordenação do **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM**, pela oportunidade de aprendizado e evolução.*

Às prefeituras de Santa Maria, Ribeirão Preto e Rio de Janeiro, por autorizarem a coleta de dados.

*Aos **participantes da pesquisa** por disponibilizarem seu tempo e atenção para com este estudo.*

*À todos que fizera parte desta caminhada, **muito obrigada!***

*“Sei que meu trabalho é uma gota no oceano,
mas sem ela,
o oceano seria menor.”*

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

RISCO FAMILIAR DE CRIANÇAS ATENDIDAS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

AUTORA: Fernanda Portela Pereira
ORIENTADORA: Eliane Tatsch Neves

Pesquisa que teve por objetivo analisar o risco familiar de crianças atendidas na atenção primária à saúde (APS) de dois municípios brasileiros. Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, derivado do projeto multicêntrico intitulado “Crianças com necessidades especiais de saúde em serviço de atenção primária em saúde: prevalência e acesso”, aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob o número de CAAE: 32608114.2.0000.5346. O cenário foi a rede de APS dos municípios Santa Maria/RS e Ribeirão Preto/SP e participaram do estudo 407 cuidadores familiares de crianças. Para a coleta utilizou-se questionário com variáveis referentes aos dados demográficos e socioeconômicos das crianças e suas famílias, Instrumento de Triagem de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) e questões inspiradas na Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS). Os dados inseridos no programa Excel[®] por meio de dupla digitação independente, após verificação de erros e inconsistências no programa Epi info foram analisados no programa SPSS-*Statistics* versão 16.0. A análise descritiva dos dados foi apresentada por meio de frequências relativas e absolutas para caracterização das crianças, seus cuidadores principais e condição econômica da família. E as análises bivariadas utilizando-se os escores de risco da escala e as variáveis sociodemográficas e clínicas com nível de significância com $p < 0,05$, considerando intervalo de confiança de 95%. Apresenta-se o Risco Familiar (RF) geral e categorizado em risco menor, médio e máximo, conforme os escores estabelecidos na ERF-CS, e a classificado e em Risco Biológico-Social (BioSoc): risco biológico (Bio), social (Soc) e ambos combinados (Bio+Soc), conforme as sentinelas apresentadas pela família. Prevaleceu as crianças do sexo feminino, cor branca, frequenta escola em turno parcial, 29% apresentam alguma necessidade especial de saúde (NES), 27% já foi hospitalizada, 71,3% utiliza somente o Sistema Único de Saúde (SUS), 97,3% realizou pré-natal, 50,6% nasceu por parto cesáreo. Quanto ao cuidador principal, prevaleceu a mãe, branca, nível médio de escolaridade, 58,5% das famílias da classe econômica C e 19,4% recebe auxílio do governo. O percentual de RF nos municípios foi 28,7%, sendo menor no município de RP que possui maior cobertura de APS. Os testes de associação de variáveis foram significativos somente para Sistema de Saúde e RF, e Sistema de Saúde e risco BioSoc. Em ambos os municípios foi elevado o percentual de risco Soc (34,9%). O RF foi maior para as crianças que estiveram hospitalizadas, que apresentaram problemas ao nascer, com maior percentual de risco Bio+Soc, e as que utilizam somente o SUS, elevado percentual de risco Soc. As CRIANES apresentaram maior RF, risco médio e máximo, e risco Bio, em relação às sem NES. O RF foi maior para as crianças cujo cuidador principal possui menor escolaridade, idade entre 15 e 19 anos, menor renda e que recebem auxílio do governo, com risco Soc elevado. Conclui-se que o forte componente de risco social sugere que as condições econômicas e ambientais interferem no RF das crianças atendidas na APS, e conhecer a intensidade do risco e classificá-lo quanto aos seus componentes biológicos e sociais pode ser uma ferramenta importante no diagnóstico de saúde de um território e priorização dos atendimentos e visitas domiciliares às famílias em maior situação de risco.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica. Atenção Primária à Saúde. Risco. Família.

ABSTRACT

FAMILY RISK OF CHILDREN ATTENDED IN PRIMARY HEALTH CARE

AUTHOR: Fernanda Portela Pereira

ADVISOR: Eliane Tatsch Neves

Research that aimed to analyze the familial risk of children enrolled in primary health care (PHC) two municipalities. This is a transversal study with a quantitative approach, derived from the multicenter research project entitled "Children with special health care needs in primary care service in health: prevalence and access", approved by the Ethics Committee of the Federal University of Santa Maria (UFSM), under number: 32608114.2.0000.5346. The setting was the network of PHC municipalities Santa Maria / RS and Ribeirão Preto / SP and enrolled in the study 407 family caregivers of children. For the data collection was used questionnaire with variables related to demographics, social and economic aspects of children and their families, Screening Instrument of Children with Special Healthcare Needs (CSHCN) and questions inspired by the Family Risk Scale of Coelho-Savassi (FRS-CS). Data entered into Excel® through independent double typing, after checking for errors and inconsistencies in the Epi info program were analyzed using SPSS version 16.0-Statistics program. The descriptive analysis of the data was presented by absolute and relative frequencies to characterize the children, their primary caregivers and economic condition of the family. And the bivariate analysis using the scale risk scores and the sociodemographic and clinical variables with a significance level of $p < 0.05$, with 95% confidence interval. Presents the Family Risk (FR) general and categorized as lower risk, average and maximum, as the scores set out in the FRS-CS, and classified and Biological and Social Risk (BioSoc): biohazardous (Bio), social (Soc) and both combined (Bio + Soc), as the sentries presented by the family. Prevalent children female, white, attends school part-time, 29% have some special healthcare needs (SHN), 27% has been hospitalized, 71.3% only uses the National Health System, 97.3% held prenatal care, 50.6% were born by cesarean section. As the primary caregiver, the mother prevailed, white, middle-level education, 58.5% of households in economy class C and 19.4% receive government assistance. The FR percentage in the municipalities was 28.7%, being lower in Ribeirão Preto municipality that has the highest PHC coverage. Association tests variables were significant only for Health System and FR and Health System and BioSoc risk. In both municipalities was high Soc risk percentage (34.9%). The RF was higher for children who have been hospitalized who had problems at birth, with higher risk percentage Bio + Soc, and only use National Health System, high Soc risk percentage. The CSHCN had higher FR, average and maximum risk and Bio risk in relation to non SHN. The FR was higher for children whose primary caregiver has less education, aged between 15 and 19, lower income and who receive government assistance with high risk Soc. The strong social component of risk suggests that the economic and environmental conditions interfere with the FR of children attending by Primary Health Care.

Keywords: Pediatric Nursing. Primary Health Care. Risk. Family.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da população de abrangência, tamanho do pulo e amostra selecionada das unidades de saúde sorteadas em Ribeirão Preto e Santa Maria. Santa Maria – RS. 2016.....	22
Tabela 2 – Distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas das crianças atendidas na rede de atenção primária à saúde de Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS. Santa Maria – RS. 2016.....	29
Tabela 3 – Distribuição das variáveis clínicas obstétricas e neonatais das crianças atendidas na rede de atenção primária à saúde de Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS. Santa Maria – RS. 2016.....	31
Tabela 4 – Distribuição das variáveis sociodemográficas do cuidador principal e econômicas das famílias de crianças atendidas na rede de atenção primária à saúde de Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS. Santa Maria – RS. 2016.....	32
Tabela 5 – Distribuição da variável Risco Familiar das crianças atendidas na rede de atenção primária à saúde nos municípios de Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS. Santa Maria – RS. 2016.....	34
Tabela 6 – Distribuição da variável Risco Familiar segundo as variáveis clínicas das crianças atendidas na rede de atenção primária à saúde nos municípios de Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS. Santa Maria – RS. 2016.....	34
Tabela 7 – Distribuição da variável Risco Familiar segundo as variáveis sociodemográficas do cuidador principal e econômicas das famílias de crianças atendidas na rede de atenção primária à saúde nos municípios de Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS. Santa Maria – RS. 2016.....	37
Tabela 8 – Distribuição da variável Risco Familiar Biológico-Social das crianças atendidas na rede de atenção primária à saúde nos municípios de Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS. Santa Maria – RS. 2016.....	38
Tabela 9 – Distribuição da variável Risco Familiar Biológico-Social segundo as variáveis clínicas das crianças atendidas na rede de atenção primária à saúde nos municípios de Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS. Santa Maria – RS. 2016.....	39
Tabela 10 – Distribuição da variável Risco familiar Biológico-Social segundo as variáveis sociodemográficas do cuidador principal e econômicas das famílias de crianças atendidas na rede de atenção primária à saúde nos municípios de Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS. Santa Maria – RS. 2016.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
APS	Atenção Primária à Saúde
Bio	Biológico
BioSoc	Biológico-Social
Bio+Soc	Biológico e Social
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPEn	Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem
CRIANES	Crianças com Necessidades Especiais de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CSHCN	<i>Children With Special Health Care Needs</i>
DM	Diabetes Mellitus
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ERF-CS	Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NES	Necessidade Especial de Saúde
PAISC	Programa Assistência Integral à Saúde da Criança
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAS	Pesquisa Nacional de Saúde
RF	Risco Familiar
RP	Ribeirão Preto
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SM	Santa Maria
Soc	Social
SP	São Paulo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
USF	Unidade de Saúde da Família
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	13
1.2	OBJETIVOS	14
1.2.1	Objetivo Geral.....	14
1.2.2	Objetivos Específicos	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1	A CRIANÇA E A FAMÍLIA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	15
2.1.1	A criança com necessidades especiais de saúde.....	15
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	20
3.1	CENÁRIO E POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	20
3.2	CÁLCULO AMOSTRAL	21
3.3	AMOSTRA/AMOSTRAGEM	21
3.4	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	23
3.5	INSTRUMENTO DE PESQUISA	24
3.5.1	Risco Familiar: A Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS)	24
3.5.2	Variável Dependente: Risco Familiar	26
3.5.3	Variáveis Independentes.....	27
3.6	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	27
3.7	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	28
4	RESULTADOS	29
4.1	CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS E SEUS CUIDADORES.....	29
4.2	O RISCO FAMILIAR DAS CRIANÇAS ATENDIDAS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	33
4.3	O RISCO FAMILIAR BIOLÓGICO-SOCIAL DAS CRIANÇAS ATENDIDAS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	38
5	DISCUSSÃO	44
6	CONCLUSÕES.....	50
	REFERÊNCIAS.....	53
	ANEXO A – ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO-SAVASSI E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DAS FAMÍLIAS*	58
	ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA	59
	APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, ECONÔMICA E CLÍNICA DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA	61
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	71
	APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE, PRIVACIDADE E SEGURANÇA DOS DADOS	72

1 INTRODUÇÃO

Por muito tempo a infância não era percebida pela família e nem pelo Estado como uma etapa do ciclo vital, com necessidades singulares, desta forma a criança ocupou diferentes posições na sociedade e evidenciou inúmeras transformações políticas e sociais, enfrentando diversas situações de vida e de saúde para, finalmente, depois de muitos anos, ser considerada sujeito social com características particulares (ARAÚJO, et al. 2014).

As crianças encontram-se em situação de vulnerabilidade pelo simples fato de dependerem totalmente de cuidados de um adulto para sobreviver (ARIÉS, 2011). Ao longo do tempo, no Brasil e no mundo foram desenvolvidas políticas e programas sociais e de saúde direcionadas às crianças, com vistas especialmente para a redução da mortalidade infantil.

Conforme relatório publicado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2013), o Brasil é citado como modelo a ser seguido no combate à mortalidade infantil, apresentando uma queda de 77% nesta taxa nos últimos 22 anos. Em 1990, a taxa de mortalidade infantil (TMI) era de 62 mortes a cada mil nascimentos, passando para 14, no ano de 2012. Na década de 80 as principais causas de óbitos estavam relacionadas às doenças infecto contagiosas, que sofreram um declínio nas décadas seguintes, crescendo em importância as causas perinatais decorrentes de problemas durante a gravidez, parto e nascimento, respondendo por mais de 50 % das causas de óbitos no primeiro ano de vida.

Uma das ações que contribuíram para a queda da TMI foi a publicação, na década de 80, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), as estratégias propostas pelo programa incluíam ações básicas, tais como: promoção do aleitamento materno, orientação alimentar no primeiro ano de vida, controle da diarreia, controle das doenças respiratórias na infância, imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 1984).

Outras ações são associadas ao declínio da TMI no Brasil, tais como: o programa de imunizações, o Programa de Agentes Comunitários, a estratégia de saúde da família (ESF) e a Pastoral da Criança. Além disso, as ações de saneamento básico e o combate à fome e à miséria por meio de programas sociais como o Bolsa Escola e o Bolsa Família (ARAÚJO e PAES, 2016).

Em contraponto com o declínio da TMI, os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde, nas últimas décadas, contribuíram para a elevação da sobrevivência de crianças consideradas inviáveis e/ou extremamente frágeis clinicamente. Esses avanços resultaram em um maior número de crianças que necessitam de cuidados médicos complexos, e assim

elevaram-se os índices de crianças com doenças crônicas e/ou incapacitantes, muitas delas tornando-se dependentes de tecnologia (SILVEIRA e NEVES, 2012).

Este conjunto de crianças que demandam cuidados especiais de saúde, ou seja, apresentam temporariamente ou permanentemente uma condição física crônica, de desenvolvimento, de comportamento ou emocional foram denominadas primeiramente nos Estados Unidos da América como *Children With Special Health Care Needs* (CSHCN) (McPHERSON, 1998) e, no Brasil, de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) (CABRAL, 1999).

Essas crianças em sua maioria são egressas da terapia intensiva neonatal e ou pediátrica, apresentam doença crônicas, necessidade acompanhamento de saúde periódico por um tempo indeterminado e acompanhamento em instituições de reabilitação (REZENDE e CABRAL, 2010). Segundo Neves e Silveira (2013), no Brasil, não existem estimativas oficiais acerca do número de (CRIANES) dentre a população em geral. Entretanto, pode-se identificar o crescimento do grupo de CRIANES nos índices epidemiológicos de forma inversamente proporcional à redução da mortalidade infantil, resultado do aumento da sobrevivência.

As políticas públicas de atenção à saúde da criança, no Brasil, garantem acesso universal à saúde, preocupam-se com o bem-estar, a qualidade de vida e a prevenção dos fatores de risco ainda na infância (BRASIL, 1988; 1994; 2006). Porém, em relação às CRIANES ainda não há uma cultura de reconhecimento dos seus direitos com oferta regular, sistematizada, organizada e sistema de referência e contrarreferência para seu atendimento (LEAL; CABRAL; PERREAULT, 2010).

Neste sentido, em 2015, respondendo a anseios de entidades da sociedade civil e militantes da causa dos direitos da criança e do adolescente foi publicada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que tem como uma das suas metas a atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas, consistindo em estratégias para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível (BRASIL, 2015a).

A PNAISC possui sete eixos estratégicos, com relação à temática estudada destacam-se os eixos: promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral, atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas, atenção à

saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade, que vem ao encontro dos objetivos deste estudo.

No contexto da atenção básica é preconizado “um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.” (BRASIL, 2003, p.7), sendo a via de entrada preferencial no sistema. Estas ações envolvem tecnologias de alta complexidade e baixa densidade, objetivando resolver problemas de saúde mais frequentes e relevantes da população, pautados nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Devem ser considerados: a singularidade, complexidade, inteireza e inserção sociocultural dos sujeitos, visando a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a redução de danos que comprometam o viver saudável dos indivíduos. (BRASIL, 2003)

No sentido de identificar as crianças em maior risco social e de saúde, e portanto, que podem encontrar-se em situação de maior vulnerabilidade, pretende-se utilizar-se como base teórica para investigação de risco a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS). A ERF –CS é um instrumento de estratificação de risco familiar baseado na ficha A do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Foi desenvolvida no estado de Minas Gerais e vem sendo utilizada em Estratégia Saúde da Família (ESF), pois utiliza sentinelas de risco que são avaliadas na primeira visita domiciliar (VD) realizada pelo agente comunitário de saúde (ACS). Tem o objetivo de determinar o risco social e de saúde de famílias adscritas em determinado território, identificando o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar (COELHO e SAVASSI, 2004; SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012).

A ERF-CS mostra-se relevante para estabelecer prioridades no atendimento domiciliar às famílias e na atenção à população adscrita, pois auxilia na identificação e classificação das famílias em situação de risco, e assim as que demandam maior atenção.

A partir do exposto, tem-se com questões de pesquisa: Qual o risco social e de saúde famílias de crianças atendidas na atenção primária à saúde? Qual a relação entre o risco social e de saúde e possuir uma CRIANES na família?

1.1 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Este estudo justifica-se pela contribuição na área do conhecimento de enfermagem e da saúde, pela possibilidade de identificar e classificar o risco social e de saúde das famílias de crianças, assim como conhecer a sua relação com os fatores sociodemográficos e as condições clínicas das crianças. Por oferecer informações que possam subsidiar ações de melhorias no atendimento e priorização de acesso nos serviços de saúde, sobretudo na atenção

primária, às famílias em situação de risco, além da possibilidade de apresentar dados que possam auxiliar na orientação das políticas públicas para as crianças e ações específicas para esta clientela.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

- Analisar o risco familiar de crianças atendidas na atenção primária à saúde (APS) de dois municípios brasileiros.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as crianças atendidas na APS de dois municípios brasileiros e seus principais cuidadores;
- Relacionar o risco familiar com as variáveis clínicas das crianças atendidas na APS;
- Relacionar o risco familiar das crianças atendidas na APS com as variáveis sociodemográficas do seu cuidador principal e econômicas das suas famílias;
- Relacionar o risco familiar e a presença de uma CRIANES na família.
- Identificar o risco familiar das crianças atendidas na APS em risco biológico e risco social e relacionar às variáveis clínicas e sociodemográficas do seu cuidador principal e econômicas das suas famílias.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A CRIANÇA E A FAMÍLIA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Starfield (2002) conceitua a APS como o nível dos sistemas de saúde de entrada no sistema para qualquer necessidade ou problema de saúde, oferecendo atenção à saúde da população para todas as condições. Apresenta as seguintes características: responsabilização pelo acesso, qualidade e custos, atenção à prevenção, ao tratamento e à reabilitação e trabalho em equipe. Ainda que a APS fundamenta e determina o trabalho de todos os outros níveis.

O impacto da APS na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde é evidenciado pelos melhores indicadores de saúde, eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, no tratamento de condições crônicas, no cuidado, nas práticas preventivas, na satisfação dos usuários e redução das iniquidades sobre o acesso aos serviços de saúde. Tendo em vista que a APS busca priorizar ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Para Oliveira e Pereira (2013), a organização dos serviços de saúde da APS a partir da ESF propõe que a atenção à saúde tenha como centro a família e o reconhecimento das necessidades da população em função do contexto físico, econômico e cultural desta, que devem ser apreendidas por meio do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território. Deste modo, ao considerar a família como objeto da atenção, a ESF está contemplando dois atributos derivados da APS: a orientação familiar/comunitária e a competência cultural.

Corroborando a recomendação da OPAS/OMS (2007), a APS deve se renovar para atuar frente aos constantes desafios oriundos das mudanças epidemiológicas da população. Nesse contexto, as crianças precisam ser acompanhadas e ter suas demandas de cuidados em saúde atendidas pelos profissionais, considerando suas condições de vulnerabilidade, tendo em vista ainda que a emergência de CRIANES represente uma destas mudanças e desafio para o qual os serviços de atenção básica precisam estar preparados.

2.1.1 A criança com necessidades especiais de saúde

A vulnerabilidade individual, social e programática atinge o grupo de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES), por sua fragilidade clínica, dificuldade de

acesso aos serviços de saúde e a inexistência de políticas públicas específicas (NEVES; CABRAL, 2008; SILVEIRA; NEVES, 2012). As condições de moradia, renda familiar, as relações enfraquecidas dentro da rede de cuidados em saúde e a dependência dos serviços de saúde públicos, também acentuam a vulnerabilidade social destas crianças (REZENDE; CABRAL, 2010). Ainda, dentre os diversos desafios das CRIANES, destacam-se a necessidade do cuidado domiciliar e a dificuldade de acesso aos serviços para o acompanhamento dessas crianças no contexto da comunidade (NEVES; SILVEIRA, 2013).

Diante do exposto, podemos supor que as CRIANES são candidatas à grupo de risco em virtude das suas características clínicas e sociais, devendo ter seu atendimento priorizado, conforme estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Tendo em vista a importância deste grupo no contexto da saúde da criança buscou-se na literatura as tendências da produção científica sobre a temática CRIANES.

Em junho de 2014, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, sobre a natureza e tendências das produções científicas na temática CRIANES.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos na temática CRIANES, disponíveis na íntegra *online*; nos idiomas português, inglês ou espanhol e responder ao objetivo da pesquisa. E como critérios de exclusão: artigos sem resumo ou com incompletude na base de dados, textos não disponíveis *online*. Não foi predeterminado marco inicial do recorte temporal, sendo datado de 2001 o primeiro artigo identificado, contemplando artigos publicados até 2013. A busca bibliográfica foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no mês de junho de 2014.

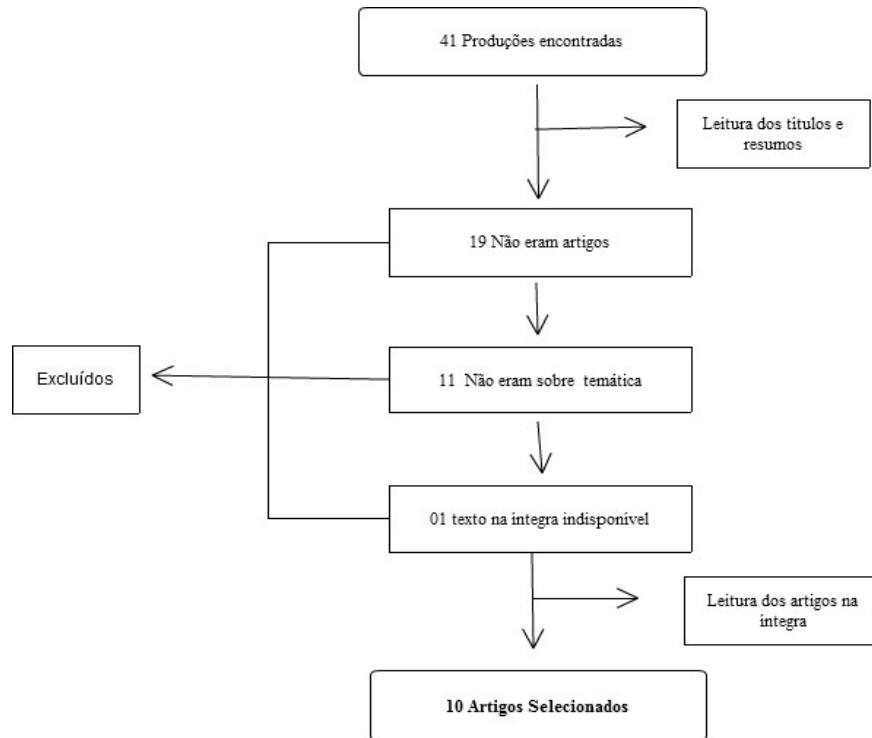
Para o levantamento dos dados utilizou-se a seguinte estratégia de busca: ("saude da crianca" or "assistencia integral a saude da crianca") or "pediatria" [Descritor de assunto] and (("crianca com deficiencia" or "criancas com incapacidade") or "doenca cronica") or "pessoas com necessidades especiais" [Descritor de assunto]

Foram encontrados 41 estudos e a seleção se desenvolveu por meio da leitura dos títulos e resumos, totalizando 10 artigos na íntegra para posterior análise.

Elaborou-se uma ficha de análise das produções, composta pelo número do artigo, correspondente à sua referência, e resultados. Os artigos foram identificados pela letra A de “artigo”, seguida de uma numeração (A1, A2, A3...), sucessivamente. Na ficha foram analisadas as variáveis: ano de publicação, região de procedência da produção, utilizando-se como critério de definição de região a procedência do autor principal, subárea do conhecimento, tipo de estudo e natureza.

Os 10 artigos analisados foram obtidos conforme o fluxograma apresentado a seguir na Figura 1, após procedeu-se a caracterização dos estudos.

Figura 1 – Fluxograma da seleção de artigos na base de dados



Quanto ao ano de publicação constatou-se a primeira em 2001, com progressão em seu número ao longo deste período, principalmente a partir de 2009, desde então ocorreram 70% (n=7) das publicações.

No que se refere à procedência observa-se a predominância das regiões sul e nordeste com maior número de publicações nesta temática, com 30% (n=3) cada. Em relação à subárea do conhecimento, a enfermagem se destaca respondendo por 80% (n=8) das produções.

Quanto ao tipo de estudo prevaleceram pesquisas de campo correspondendo a 80% (n=8) do total. Já a abordagem metodológica mais utilizada nos estudos foi a qualitativa com 60% (n=60).

Quanto aos participantes da pesquisa predominaram os estudos com familiares cuidadores de CRIANES, o principal cenário foi o ambiente hospitalar e a temática predominante foi cuidados domiciliares.

Realizou-se ainda, outro estudo com o objetivo de identificar a tendência acerca da temática CRIANES, em teses e dissertações defendidas no Brasil, na área de enfermagem, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: Qual a tendência acerca da temática Crianças com

Necessidades Especiais de Saúde em teses e dissertações defendidas no Brasil, na área de enfermagem?

Para a coleta de dados realizou-se levantamento no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e nos catálogos *on line* do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEn), disponibilizados pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), sem recorte temporal. Utilizou-se como estratégia de busca a expressão “Crianças com Necessidades Especiais de Saúde”, obtendo-se 54 produções no Banco de Teses e 07 nos catálogos do CEPEn. Foram critérios de inclusão trabalhos que abordavam a temática proposta; ser pesquisa desenvolvida pela área de concentração da enfermagem e ter resumo disponível online, e critérios de exclusão tese ou dissertação com resumo incompleto e estudos duplicados.

Aplicados nos resumos os critérios de inclusão e exclusão obteve-se um total de 10 produções que constituíram o corpus da pesquisa e foram organizadas em um quadro sinóptico, contendo as seguintes variáveis: título, autor, orientador, tipo de publicação, ano de publicação, abordagem metodológica, instituição, cenário, participantes e objetivo. A análise teve um primeiro momento descritivo em que os dados foram tabulados e analisados sob forma de estatística simples, e a seguir foi aplicada a análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2008), onde foram identificados os principais temas abordados nas produções.

A análise das produções selecionadas permitiu identificar as dissertações como tipo de produção predominante 70% (n=7), seguida de teses 30% (n=3). Em relação ao ano de publicação das pesquisas observa-se progressão nesta temática, as publicações iniciaram no ano de 2005 e apresentaram aumento significativo entre os anos de 2010 e 2012, quando foram publicados 60% (n=6) dos estudos.

A maioria das pesquisas é realizada nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo a 70% (n=7) e 30% (n=3), respectivamente, convergindo com a instituição de origem dos estudos tendo-se a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) como precursora dos estudos nesta temática, onde foram realizadas as primeiras pesquisas e respondendo por 50% (n=5) do total.

No que se refere aos cenários predominou os ambientes hospitalar e ambulatorial em 80% (n=8), ou seja, atenção terciária e secundária à saúde, o domicílio das crianças apareceu em 20% (n=2) e apenas um mencionou-se a atenção primária como cenário de uma das etapas do estudo. No que diz respeito aos participantes, 100% (n=10) foram realizados com familiares ou familiares/cuidadores, sendo que em um estudo houve a participação concomitante de profissionais e em outro a de crianças.

A abordagem metodológica qualitativa foi a mais utilizada 90% (n=9), sendo que em 61% (n=6) dos estudos qualitativos utilizaram o Método Criativo e Sensível, aplicando dinâmicas de criatividade e sensibilidade, para coleta de dados.

A análise de conteúdo dos resumos permitiu identificar quatro temas principais: 1) O cuidado de enfermagem e o cuidado domiciliar: os diversos aspectos do cuidado permearam a maioria dos estudos publicados, os enfrentamentos e desafios impostos pelo cuidado, principalmente em âmbito domiciliar, e as estratégias utilizadas pelas famílias para superá-los sendo o tema predominante nas produções, assim como, a participação da enfermagem e a sua influência no cuidar da família. 2) A rede social ou rede de apoio: ter uma CRIANES na família impõe muitos desafios e para superá-los geralmente se estabelece uma rede social de apoio a esta família, e esta esteve presente em muitos estudos.

Destacou-se ainda que, o enfermeiro possui papel fundamental para identificar as fragilidades na rede e promover o apoio social entre os familiares, amigos, comunidade e a articulação entre os serviços de saúde. 3) A mãe como principal cuidadora: a figura materna foi reconhecida como a principal cuidadora em muitos estudos, assim como, apontou-se ainda a sobrecarga de tarefas e tensão emocional vividas pelas mesmas, a importância do empoderamento das mesmas, entre outros aspectos. 4) Educação em saúde: também foi marcante os aspectos que envolvem a educação em saúde, especialmente no que se refere à educação em saúde como uma das estratégias de superação no enfrentamento das demandas de cuidados. Apontando ainda a necessidade de suporte adequado às famílias que aprendem, muitas vezes, pelo método de tentativas de erro e acerto e pelo conhecimento adquirido com familiares ou com os profissionais de saúde.

Por meio da busca por produções que abordassem a temática CRIANES, constatou-se que a tendência dos estudos está voltada para a família da criança, aos aspectos relacionados ao cuidado, especialmente os cuidados modificados em ambiente domiciliar.

O ambiente hospitalar e ambulatorial como cenário predominante nas investigações, sendo que o ambiente domiciliar também esteve presente em alguns estudos. Desta maneira, podemos observar a escassez de trabalhos que tenham como objeto a atenção primária à saúde, e a importância da superação desta lacuna do conhecimento tendo-se em vista que a atenção básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012a).

Assim como, observou-se a pouca participação dos profissionais e gestores da saúde nas investigações nesta temática, essencial para a melhoria dos serviços de saúde e atendimento das demandas desta clientela, em especial no que se refere à atenção primária.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo transversal com uma abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa, que tem suas raízes no pensamento positivista lógico, tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana (POLIT, BECKER, HUNGLER, 2004). É a busca por resultados exatos evidenciados por meio de variáveis preestabelecidas, em que se verifica e explica a influência sobre as variáveis, mediante análise da frequência de prevalência e correlações estatísticas (MICHEL, 2005).

Este estudo faz parte do projeto multicêntrico aprovado no Edital MCTI/CNPq nº 14/2014 – chamada UNIVERSAL, intitulado “Crianças com necessidades especiais de saúde em serviço de atenção primária em saúde: prevalência e acesso”, envolvendo os municípios de Ribeirão Preto/SP, Rio de Janeiro/RJ e Santa Maria/RS com financiamento CNPq Edital MCT. E responde a um dos objetivos propostos pela pesquisa “Identificar e classificar o grau de risco familiar de crianças com necessidades especiais de saúde”. No município do Rio de Janeiro, o projeto encontra-se na fase de coleta de dados.

Para este estudo foram analisados os dados referentes às cidades de Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob o número de CAAE: 32608114.2.0000.5346.

3.1 CENÁRIO E POPULAÇÃO DO ESTUDO

O estudo teve como cenário a rede de atenção primária à saúde de dois municípios brasileiros, Santa Maria/RS e Ribeirão Preto/SP.

O município de Santa Maria/RS está localizado na região central do Estado do Rio Grande do Sul, tem um território de 1.779,556 km² e conta com uma população de aproximadamente 260 mil habitantes. A rede de atenção primária à saúde (APS) desta cidade é composta por 32 unidades de atendimento distribuídas em seis regiões sanitárias. Sendo que, 19 são Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 13 são Unidades de Saúde da Família (USF), com cobertura de 21,5% da população (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

O município de Ribeirão Preto, situado na região Nordeste do estado de São Paulo, tem um território de 652 km² e uma população estimada em 563.107 habitantes, o que o torna o nono município mais populoso do estado de São Paulo (RIBEIRÃO PRETO, 2010). A APS do município é composta por 47 estabelecimentos de atenção primária, dos quais 28 UBS, 13 USF, 5 Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS) e uma Unidade Básica e

Especializada (RIBEIRÃO PRETO, 2010). Estes dados, de 2010, serviram como referência pra construção do projeto e do desenho metodológico.

Foram participantes do estudo cuidadores familiares de crianças em serviços de atenção primária em saúde. Neste estudo, foram consideradas como crianças segundo o que estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei N.º 8.069, de 13 de julho de 1990 no Art. 2.º, ou seja, os menores de 12 anos de idade (BRASIL, 2006).

Estabelecemos como critérios de inclusão: ser cuidador familiar de crianças (zero a 12 anos incompletos), maior de 18 anos de idade, residente nos municípios de Santa Maria/RS ou Ribeirão Preto/SP, usuário em serviços de atenção primária em saúde (unidades básicas, estratégias de saúde da família). Estabeleceu-se como critério de exclusão desconhecer as condições clínicas e sociais da criança, requisito necessário ao preenchimento do questionário de pesquisa.

3.2 CÁLCULO AMOSTRAL

O tamanho amostral foi calculado no programa R 3.0.3, considerando os seguintes parâmetros: o número de crianças de zero a 12 anos incompletos residentes em Santa Maria (N=39.474), em Ribeirão Preto (N=93.035); a prevalência de P=0,20, baseada nas estimativas de CRIANES dos Estados Unidos da América (NS-SHCN, 2009/2010); o nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$); a diferença de $d=0,025$ e o efeito do delineamento do estudo estimado para a amostra por conglomerados de $deff=2$. A fórmula utilizada para o cálculo foi:

$$n = (N \cdot z_{1-\alpha}^2 \cdot P(1-P)) / (d^2 \cdot (N-1) + z_{1-\alpha}^2 \cdot P(1-P) \cdot deff)$$

Foi estimada uma amostra total de 407 sujeitos: 286 em Ribeirão Preto e 121 em Santa Maria (SZWARCOWALD e DAMACENA, 2008).

3.3 AMOSTRA/AMOSTRAGEM

A estratégia de seleção para a amostra foi realizada em dois estágios. No primeiro estágio, foram selecionadas as unidades de atenção básica de saúde dos municípios, que totalizavam: 45 em Ribeirão Preto e 24 em Santa Maria. As unidades foram ordenadas pelo tamanho da população adstrita e divididas em nove grupos de cinco unidades em Ribeirão

Preto e oito grupos de três unidades em Santa Maria. Para cada grupo, uma unidade de saúde foi selecionada aleatoriamente, totalizando oito unidades sorteadas em Santa Maria e nove em Ribeirão Preto. Foram excluídas as unidades que possuíam pronto-atendimento 24 horas e as unidades rurais dos municípios.

No segundo estágio, foram selecionados os familiares das crianças por amostragem sistemática. O recrutamento dos participantes foi feito conforme a chegada dos usuários, maiores de 18 anos, à recepção da unidade para qualquer tipo de atendimento em saúde (consultas, coleta de exames, atendimento farmacêutico, vacinação e/ou acompanhando alguém em uma destas situações). O tamanho do “pulo” foi calculado dividindo-se N/n , onde N é representado pela população adscrita na unidade de atenção básica amostrada e n , o total da amostra ($n=407$).

Assim, as regiões amostradas com o respectivo número de participantes em cada unidade de saúde e o pulo encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição da população de abrangência, tamanho do pulo e amostra selecionada das unidades de saúde sorteadas em Ribeirão Preto e Santa Maria. Santa Maria – RS. 2016

Municípios	Unidade	População adscrita	Pulo	Amostra
Ribeirão Preto	AMI - UBS Celiseos	42551	43	94
	Dom Mielle	14148	14	31
	Abranches	19941	20	44
	V Mariana	11049	11	24
	Joao Rossi	20890	21	46
	M Gracias	7638	8	17
	USF Paiva	7650	8	17
	USF Portal	2805	3	6
	NSF II	3212	3	7
Santa Maria	Rubem Noal	11456	12	25
	Kennedy	9801	10	22
	Dom Antônio Reis	9030	9	20
	Roberto Binato	6865	7	15
	Joy Bets	6151	6	14
	Vitor Hoffman	5471	6	12
	Urlândia	4484	5	10
	São João	1706	2	4

3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados, em Ribeirão Preto e Santa Maria, teve início em abril de 2015 e término em julho do mesmo ano, para esta etapa contou-se com a participação de auxiliares de pesquisa das três instituições envolvidas Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), UFSM e Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), sendo alunos da graduação, pós-graduação mestrado e doutorado, além de enfermeiros técnicos-administrativos participantes dos grupos de pesquisa, os quais foram devidamente capacitados para tal finalidade.

Para a coleta dos dados foi aplicado um questionário elaborado pelos pesquisadores (APÊNDICE A), que contém questões relacionadas aos dados clínicos da criança e de atendimento/seguimento em saúde, dados do cuidador principal, dados sobre pré-natal, parto e nascimento da criança, internações prévias, dados sociodemográficos e econômicos da família por meio do Critério de Classificação Econômica (Critério Brasil) da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas, além de questões inspiradas na Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS) e o Instrumento de Triagem de CRIANES (COELHO; SAVASSI, 2004; ABEP; 2015; ARRUE; et al, 2016).

Os participantes foram cuidadores familiares de crianças usuários de serviços da APS dos municípios do estudo, conforme já mencionado. A amostragem foi sistemática e o recrutamento realizado por demanda de atendimento, ou seja, conforme os cuidadores familiares chegaram à unidade para qualquer tipo de atendimento (consultas, coleta de exames, atendimento farmacêutico, vacinação e/ou acompanhando de alguém em uma destas situações) momento no qual foram convidados a participar da pesquisa.

A pergunta de abordagem era, se estes possuíam crianças menores de 12 anos em suas casas. Em caso afirmativo, recebiam esclarecimentos sobre os objetivos do estudo, riscos e benefícios com a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Cabe ressaltar que previamente à etapa de coleta de dados propriamente dita, foi desenvolvida a etapa de metodológica de pré-teste e validação de face do Instrumento de Triagem de CRIANES, descrita a seguir:

Pré-teste e validação de face: Realizado em Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS em agosto e setembro de 2014. Nesta etapa, participaram 30 sujeitos em cada município.

A validade de face foi avaliada, então, com 60 participantes, sendo a seleção por demanda de atendimento nas unidades de saúde da rede de atenção dos municípios escolhidas

aleatoriamente. Aplicou-se somente o Instrumento de Triagem a cuidadores familiares de crianças menores de 12 anos.

Os resultados apontaram que dos 27% que não entenderam a questão referente ao uso de remédios receitados por um médico, 22% interpretaram como automedicação ou uso de medicamento controlado. Apresentaram dificuldade de compreensão do que seria um serviço de saúde mental e consultas de acompanhamento especializadas. Foram reavaliados todos os itens do instrumento por um comitê de especialistas, sendo formado por 02 Enfermeiros pediatras pesquisadores (1 enfermeira pediatra que realizou uma das versões para o português), 01 professora de português, 02 enfermeiros assistenciais da área de saúde da criança, coordenado pelo grupo de pesquisadores de Santa Maria/RS.

As questões, então, foram reformuladas de acordo com as sugestões dos participantes e análise dos especialistas, originando uma nova versão do instrumento. Esta nova versão foi aplicada novamente com mais 10 sujeitos em cada município e, assim, a versão final foi aprovada (APÊNDICE A). Os resultados do teste indicaram a necessidade de alterações nas questões iniciais do instrumento.

3.5 INSTRUMENTO DE PESQUISA

3.5.1 Risco Familiar: A Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS)

A Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS) é um instrumento de estratificação de risco familiar baseado na ficha A do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Foi desenvolvida no estado de Minas Gerais e vem sendo utilizada em Estratégia Saúde da Família (ESF), pois utiliza sentinelas de risco que são avaliadas na primeira visita domiciliar (VD) realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Tem o objetivo de determinar o risco social e de saúde de famílias adscritas em determinado território, identificando o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar (COELHO e SAVASSI, 2004; SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012).

A ERF-CS mostra-se relevante para estabelecer prioridades no atendimento domiciliar às famílias e na atenção à população adscrita, pois auxilia na identificação e classificação das famílias em situação de risco, e assim as que demandam maior atenção.

A ficha A do SIAB é preenchida na primeira visita que o ACS faz às famílias de sua comunidade. As informações recolhidas permitem ao serviço de saúde reconhecer indicadores

demográficos, sócioeconômicos e nosológicos referidos nas famílias da sua área de abrangência e, com isto, realizar o planejamento estratégico (COELHO e SAVASSI, 2004).

A escolha da Ficha A do SIAB como base para elaboração da escala resulta de sua objetividade em apresentar os dados fundamentais para se estabelecer um corte dinâmico da população que se pretende abordar. Sua utilização representa a incorporação de um instrumento básico cotidiano no planejamento das ações e na pesquisa científica (COELHO e SAVASSI, 2004). Além de ser um instrumento objetivo de análise do risco familiar, não necessitando a criação de nenhuma nova ficha ou escala burocrática para coleta de dados (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012).

Para Schlithler, Ceron e Gonçalves (2013), a aplicação da escala em famílias, proporciona à equipe maior compreensão sobre a relação entre os determinantes de saúde e as situações vividas por elas e oferece subsídios para a equipe destinar tempo e metodologias de intervenções diferenciadas, conforme os riscos apresentados pelas famílias de seu território de abrangência, buscando ter uma agenda de prioridades de acordo com o princípio da equidade.

A Figura 1 apresenta a ERF-CS proposta pelos autores Coelho e Savassi (2004), e demonstra os escores atribuídos às sentinelas de risco disponíveis na ficha A do SIAB.,

Figura 2 – Dados da Ficha A do SIAB e escore de pontuação de risco

Dados da ficha A		Escore
Acamado		3
Deficiência Física		3
Deficiência Mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (Grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão Arterial Sistêmica		1
Diabetes Mellitus		1
Relação Morador/ cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0

Fonte: (COELHO; SAVASSI, 2004).

A ERF-CS possui 13 sentinelas de risco. As de caráter individual são 11: pessoas acamadas, com deficiência física, deficiência mental, desnutrição grave, drogadição, desemprego, analfabetismo, criança menor de seis meses, idoso maior de 70 anos, pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e com Diabetes Mellitus (DM). As sentinelas não individuais são duas: baixas condições de saneamento e relação morador/cômodo (COELHO e SAVASSI, 2004).

A partir da pontuação das sentinelas estabelece-se, de acordo com o Escore total, a classificação de risco. Escore total igual a 5 ou 6 corresponde ao risco menor (R1), escore total 7 ou 8 ao risco médio (R2), e escore total igual a 9 ou maior define risco máximo (R3) (COELHO e SAVASSI, 2004).

Um estudo de Savassi et al (2012), aponta que escalas com estratificação do risco são uma estratégia para priorizar a oferta de assistência domiciliar ao indivíduo com incapacidade permanente ou temporária, sendo instrumento eficiente de prevenção e promoção de saúde nos moldes da Atenção Primária à Saúde.

A aplicação da ERF-CS em diferentes comunidades e microáreas de uma ESF demonstrou diversas proporções de famílias classificadas como risco 1, 2 ou 3. Os resultados apontaram a relação morador/cômodo como um importante indicador na avaliação do risco, bem como a aplicabilidade da escala como instrumento de priorização tanto das visitas domiciliares quanto do investimento da equipe (COELHO e SAVASSI, 2004).

Um estudo que aplicou a ERF-CS em 150 famílias de uma microárea de ESF detectou que 29,3% destas famílias apresentavam risco máximo. O estudo considerou a escala de fácil aplicação e uma maneira eficaz de estabelecer estratégias para direcionar o investimento de recursos humanos e financeiro de acordo com a necessidade das microrregiões e mobilizar a equipe multiprofissional para atender as necessidades das famílias em risco (COSTA et al., 2009).

A maioria dos estudos utilizou ERF-CS para diagnóstico de uma determinada população de saúde, com o objetivo de priorizar suas ações. No entanto, neste estudo tem-se o objetivo de utilizar a escala para analisar o risco familiar das crianças, tendo em vista as peculiaridades que compõe esta população e suas famílias.

3.5.2 Variável Dependente: Risco Familiar

A variável dependente risco familiar corresponde a parte do instrumento que apresenta questões inspiradas na ERS-CS. A avaliação de risco segue as recomendações dos autores do

instrumento original ERFCS que é composto por 13 sentinelas de risco: 11 de caráter individual como pessoas acamadas, com deficiência física, deficiência mental e desnutrição grave, as quais correspondem a três pontos para cada ocorrência; drogadição e desemprego, que correspondem a dois pontos para cada ocorrência; analfabetismo, criança menor de seis meses, idoso maior de 70 anos, pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e com Diabetes Mellitus (DM) que correspondem a 1 ponto para cada ocorrência na Escala.

As sentinelas não individuais são as baixas condições de saneamento, que correspondem a três pontos e a relação morador/cômodo, que pontua três se for maior que um, dois se igual a um e zero se menor que um. Esses itens somarão uma pontuação total, posteriormente classificada em graus de risco: escore de 0 a 4 (sem risco), escore 5 ou 6 é classificado como R1 (risco menor ou mínimo), escore 7 ou 8 como R2 (risco médio) e escore maior que 9 como R3 (risco máximo) (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012).

3.5.3 Variáveis Independentes

Entre as variáveis independentes estão incluídas as variáveis socioeconômicas e demográficas da criança e sua família: sexo, idade (em anos/meses), raça/etnia, estado civil, bairro, escolaridade, cuidador principal da criança, frequenta escola/ creche, grupo familiar, dados sobre o cuidador principal da criança, serviço de saúde que utiliza. E variáveis clínicas da criança: pré-natal, parto, nascimento, diagnóstico de saúde, presença de necessidade especial de saúde, entre outros.

3.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram inseridos no programa Excel[®] por meio de dupla digitação independente. Após a verificação de erros e inconsistências, no programa Epi info, realizou-se a análise dos dados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS Inc., Chicago - USA versão 16.0 for Windows.

A análise descritiva dos dados apresentada por meio de frequências relativas e absolutas para caracterização das crianças atendidas na atenção na rede de atenção primária à saúde, seus cuidadores principais e condição econômica da família. As análises bivariadas foram realizadas utilizando os escores de risco da escala e as variáveis sociodemográficas e clínicas com nível de significância com $p < 0,05$, considerando intervalo de confiança de 95%.

Foram utilizados os testes qui-quadrado e teste exato de Fischer.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Todos os Procedimentos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos foram seguidos de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria sob número de CAAE: 32608114.2.0000.5346. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

O projeto matricial “Crianças com necessidades especiais de saúde em serviço de atenção básica em saúde: prevalência e acesso” foi registrado no Gabinete de Aprovação de Projetos (GAP/UFSM) e autorizado pelas Secretarias Municipais de Saúde de Ribeirão Preto, do Rio de Janeiro e de Santa Maria.

Foi apresentado aos participantes do estudo, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e o Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança dos Dados (APÊNDICE C), e após assinados pelos pesquisadores responsáveis e pelos participantes do estudo, em duas vias, uma retida com o participante da pesquisa e outra arquivada com o pesquisador. Foi assegurado o caráter voluntário de participação e anonimato, bem como a liberdade do participante em retirar-se do estudo a qualquer momento, durante a fase de coleta de dados. Foram observados os princípios éticos fundamentais em todas as etapas da investigação quais sejam: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

No TCLE os participantes serão informados sobre os procedimentos e objetivos da pesquisa, o risco das perguntas despertarem sentimentos e percepções que possam gerar algum desconforto aos sujeitos em virtude da fala de suas vivências no desenrolar do instrumento. E o benefício de contribuir para a melhoria dos serviços APS, em especial no atendimento às famílias em situação de risco.

No Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança dos Dados (APÊNDICE B), os pesquisadores comprometem-se com a confidencialidade, privacidade e segurança dos dados, e uso dos dados obtidos com finalidade científica, com garantia de preservação da identidade dos participantes do estudo.

As informações coletadas compuseram um banco de dados, mantido na sala 1336, do Departamento de Enfermagem da UFSM, no Centro de Ciência da Saúde, prédio 26, no campus da UFSM, laboratório do Grupo de Pesquisa: “Cuidado à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade”, cadastrada no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob a responsabilidade da pesquisadora Prof^a Dr^a Eliane Tatsch Neves pelo prazo de cinco anos.

4 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos com a pesquisa referentes a caracterização das crianças e seus cuidadores principais, assim como, descreve-se o risco familiar das crianças e a relação com as variáveis dependentes estudadas.

O risco familiar foi organizado e apresentado em **Risco Familiar:** geral e categorizado em risco menor, risco médio e risco máximo, conforme os escores estabelecidos na ERF-C; e classificado em **Risco Familiar Biológico-Social:** risco biológico, risco social e ambos os riscos associados, conforme as características da sentinela de risco apresentada pela família da criança.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS E SEUS CUIDADORES

Foram entrevistados 407 usuários da rede de atenção primária à saúde dos dois municípios participantes do estudo, dos quais 70,3% (n=286) eram de Ribeirão Preto/ SP e 29,7% (n=121) de Santa Maria/RS. A Tabela 2 apresenta a caracterização das crianças atendidas na atenção primária destes municípios de acordo com suas variáveis sociodemográficas e clínicas.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas das crianças atendidas na rede de atenção primária à saúde de Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS. Santa Maria – RS. 2016.

Variáveis	N=407	
	n	%
Município		
Ribeirão Preto	286	70,3
Santa Maria	121	29,7
Sexo		
Feminino	215	52,8
Masculino	192	47,2
Idade		
< de 1 ano	74	18,2
1-5 anos	140	34,4
5-12 anos	193	47,4
Raça		
Branca	268	65,8
Preta	19	4,7
Parda (morena/mulata)	119	29,2

(continua)

Tabela 2 – Distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas das crianças atendidas na rede de atenção primária à saúde de Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS. Santa Maria – RS. 2016.

Variáveis	(conclusão)	
	N=407	
	n	%
Indígena	1	0,2
Cuidador Principal		
Mãe	321	78,9
Pai	13	3,2
Avô (ó)	42	10,3
Outros	31	7,6
Frequenta escola/ creche		
Não	116	28,5
Turno Parcial	215	52,8
Turno Integral	76	18,7
Necessidades Especial de Saúde		
Não	289	71,0
Sim	118	29,0
Hospitalização		
Não	297	73,0
Sim	110	27,0
Sistema de saúde		
Privado/ particular	52	12,8
SUS	290	71,3
Misto (privado e SUS)	65	16,0

Os familiares declararam como raça/cor da criança 65,8% (n=268) branca. Em 78,9% (n=321) dos casos a mãe foi considerada a cuidadora principal da criança e o maior percentual dos participantes frequenta a escola ou creche em turno parcial 52,8% (n=215).

Das crianças participantes do estudo, 29% (n=118) apresentam alguma necessidade especial de saúde e 27,0 % (n=110) já foram hospitalizadas pelo menos alguma vez. O sistema de saúde mais acessado é o Sistema Único de Saúde (SUS) por 71,3% (n=290) das crianças, seguido pelo sistema misto (SUS e plano privado) por 16,0% (n=65), totalizando 87,3% de usuários do SUS.

A Tabela 3 apresenta a caracterização das crianças atendidas na atenção primária à saúde com relação às suas condições obstétricas e neonatais.

Tabela 3 – Distribuição das variáveis clínicas obstétricas e neonatais das crianças atendidas na rede de atenção primária à saúde de Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS. Santa Maria – RS. 2016

Variáveis	N=407	
	n	%
Pré-natal		
Sim	396	97,3
Não	8	2,0
Não sabe	3	0,7
Nº Consultas pré-natais		
< 6 consultas	30	7,4
> 6 consultas	357	87,7
Não sabe	20	4,9
Tipo de Parto		
Vaginal	193	47,4
Cesáreo	206	50,6
Fóceps/ vácuo	5	1,2
Não sabe informar	3	0,7
Problemas ao nascer		
Não	337	82,8
Sim	69	17,0
Não sabe	1	0,2
Idade Gestacional		
Prematuro	55	13,5
A termo	339	83,3
Pós-termo	13	3,2
Peso ao nascer		
Baixo Peso <2.500gr	28	6,9
Peso normal de 2.500 a 3.999gr	335	82,3
Acima do peso 3.999gr	33	8,1
Não sabe	11	2,7

Quanto às condições de pré-natal, parto e nascimento da criança os dados apresentados sugerem a melhoria do acesso ao pré-natal e nas condições de parto e nascimento das crianças, visto que 97,3% (n=396) das mães realizaram pré-natal, 87,7 % (n=357) realizaram mais de seis consultas conforme é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), o parto cesáreo realizou-se em 50,6% (n=206) dos casos, 82,8% (n=337) não apresentaram problemas ao nascer, quanto à idade gestacional 83,3 % (n=339) nasceram a termo, 13,5% (n=55) prematuros, e 82,3% (n=335) com peso adequado para a idade gestacional.

As características do cuidador principal da criança estudada e a situação econômica da família seguem na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição das variáveis sociodemográficas do cuidador principal e econômicas das famílias de crianças atendidas na rede de atenção primária à saúde de Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS. Santa Maria – RS. 2016.

(continua)

Variáveis	N=407	
	n	%
Idade do cuidador		
De 15 a 19anos	11	2,7
20 aos 29 anos	132	32,4
30 aos 39 anos	161	39,6
40 aos 49 anos	55	13,5
50 aos 59 anos	20	4,9
≥ de 60 anos	24	5,9
Não sabe	4	1,0
Religião do cuidador		
Católica	210	51,6
Evangélica	130	31,9
Outras	67	16,5
Raça/ cor da pele		
Branca	227	55,8
Preta	45	11,1
Parda (morena/ mulata)	134	32,9
Indígena	1	0,2
Escolaridade		
Nenhum	4	1,0
Fundamental	133	32,7
Médio	198	48,6
Superior	66	16,2
Não sabe	6	1,5
Situação conjugal		
Solteiro	62	15,2
Casado	184	45,2
União estável	122	30,0
Separado	28	6,9
Viúvo	11	2,7
Ocupação		
Autônomo	55	13,5
Trabalhador formal	129	31,7
Trabalhador informal	29	7,1
Do lar	136	33,4
Aposentado	14	3,4
Desempregado	35	8,6
Outro	9	2,2
Recebe auxílio do governo		
Não	321	78,9
Bolsa família	79	19,4
Outros	7	1,7
Recebe auxílio de outras fontes		
Não	372	91,4
Sim	35	8,6

Tabela 4 – Distribuição das variáveis sociodemográficas do cuidador principal e econômicas das famílias de crianças atendidas na rede de atenção primária à saúde de Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS. Santa Maria – RS. 2016.

Variáveis	N=407	
	n	%
(conclusão)		
Classificação econômica¹		
A	14	3,4
B1	20	4,9
B2	77	18,9
C1	129	31,7
C2	109	26,8
DE	58	14,3

¹ Nota: Renda média domiciliar dos estratos socioeconômicos conforme aplicação do Critério Brasil: classe A = R\$ 20.888,00; classe B1 = R\$ 9.254,00; classe B2= R\$ 4.852,00; classe C1= R\$ 2.705,00; classe C2= R\$ 1.625,00; classe D-E= R\$ 768,00 (ABEP,2016).

Quanto às características do cuidador principal da criança destaca-se a faixa etária dos 20 aos 39 anos, representando 72,0% (n=293), predominou a religião católica 51,6 % (n=210), seguida pela religião evangélica 31,9% (n=130), raça/cor da pele branca 55,8% (n=227) e parda 32,9% (n=134). Quanto à escolaridade, 48,6% (n=198) possuíam nível médio e 32,7% (n=133) nível fundamental, 75,2% (n=306) encontrava-se casados ou em uma união estável. Predominou a ocupação do lar 33,4% (n=136) seguida de trabalhador formal 31,7% (n=129).

No que se refere à classificação econômica da família da criança, 58,5% (n=238) pertencem a classe C, e 14,3% (n=58) pertencem a classe DE. Entretanto, 19,4% (n=79) referiram receber bolsa família, 1,7% (n=7) recebe outros tipos de auxílio do governo, e 8,6% (n=35) referiram receber auxílio de outras fontes como familiares e instituições não governamentais.

4.2 O RISCO FAMILIAR DAS CRIANÇAS ATENDIDAS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Risco Familiar (RF) será apresentado de forma geral e categorizada em risco menor, médio e máximo conforme os escores obtidos de acordo com a ERF-CS. As famílias que receberam escore final 5 a 6 foram categorizadas como risco menor, as com escore de 7 a 8 como risco médio, e as com escore 9 ou mais, risco máximo. A Tabela apresenta o RF nos dois municípios estudados.

Tabela 5 – Distribuição da variável Risco Familiar das crianças atendidas na rede de atenção primária à saúde nos municípios de Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS. Santa Maria – RS. 2016

Municípios	Risco Familiar	
	N	%
Santa Maria e Ribeirão Preto		
Sem Risco	290	71,3
Risco Menor	52	12,8
Risco Médio	33	8,1
Risco Máximo	32	7,9
Ribeirão Preto		
Sem Risco	207	72,4
Risco Menor	37	12,9
Risco Médio	24	8,4
Risco Máximo	18	6,3
Santa Maria		
Sem Risco	83	68,6
Risco Menor	15	12,4
Risco Médio	9	7,4
Risco Máximo	14	11,6

Os municípios de Ribeirão Preto (RP) e Santa Maria (SM) reunidos apresentaram RF de 28,7% (n=117), sendo que o município de SM apresentou percentual de 31,4% (n=38) de RF geral e risco máximo de 11,6% (n=14), superior a RP, que apresentou RF geral de 27,6% (n=79) e risco máximo de 6,3 % (n=18). Tais diferenças de exposição ao risco das famílias podem ser ocasionadas tanto pelas diferenças econômicas, quanto pela abrangência da cobertura do SUS e da rede de atenção primária nos dois municípios.

Tabela 6 – Distribuição da variável Risco Familiar segundo as variáveis clínicas das crianças atendidas na rede de atenção primária à saúde nos municípios de Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS. Santa Maria – RS. 2016

Varáveis	Risco Familiar				Total	Valor p
	Sem Risco	Risco Menor	Risco Médio	Risco Máximo		
Crianes						
Não	210	37	21	21	289	
Sim	80	15	12	11	118	
Total	290	52	33	32	407	0,659*
Possuir diagnóstico médico						
Não	153	29	12	20	214	
Sim	137	22	21	12	192	
Total	290	51	33	32	406	0,975*

(continua)

Tabela 6 – Distribuição da variável Risco Familiar segundo as variáveis clínicas das crianças atendidas na rede de atenção primária à saúde nos municípios de Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS. Santa Maria – RS. 2016

(conclusão)

Varáveis	Risco Familiar				Total	Valor p
	Sem Risco	Risco Menor	Risco Médio	Risco Máximo		
Acomp Especialista						
Não	213	35	26	24	298	0,667*
Sim	75	17	7	8	107	
Total	288	52	33	32	405	
Sistema de Saúde						
Privado/ particular	47	4	1		52	<0,001**
SUS	189	46	28	27	290	
Misto (privado e SUS)	54	2	4	5	65	
Total	290	52	33	32	407	
Hospitalização						
Não	214	38	25	20	297	0,571*
Sim	76	14	8	12	110	
Total	290	52	33	32	407	
Problemas ao nascer						
Não	242	45	23	27	337	0,191*
Sim	47	7	10	5	69	
Total	289	52	33	32	406	
Idade Gestacional						
Prematuro	45	4	4	2	55	0,534**
À termo	234	47	29	29	339	
Pós-termo	11	1		1	13	
Total	290	52	33	32	407	

*Qui-Quadrado **exato de Fischer

A associação entre o RF e a variável ser CRIANES, não foi significativa ($p>0,05$), contudo, analisando os percentuais de RF geral das CRIANES e das não-CRIANES, as CRIANES apresentaram maior percentual de 32,2% ($n=38$), enquanto as crianças que não possuíam necessidade especial de saúde (NES) apresentaram 27,3% ($n=79$) de risco.

Para as CRIANES o risco máximo apresentado foi 9,3% ($n=11$) e o risco médio de 10,2% ($n=12$), já para as crianças sem NES, tanto o risco máximo, quando o risco médio foi de 7,3% ($n=21$). Assim, as CRIANES apresentaram percentual de risco médio e máximo maior do que as crianças sem NES. ($p>0,05$)

O diagnóstico médico associado ao RF não foi significativo ($p>0,05$), também não interferiu no percentual de RF, que foi cerca de 30%, assim como não houve variação na intensidade do risco.

Realizar acompanhamento médico e RF não foi significativo ($p>0,05$), também não houve diferença percentual entre a exposição e a intensidade do risco que foi em torno de 29% tanto para as que têm acompanhamento médico, quanto para as que não têm.

A associação entre as variáveis sistema de saúde e RF foi significativa ($p<0,05$). Para as crianças que utilizam o SUS como única forma de acesso aos serviços de saúde, o RF foi de 34,8% ($n=101$), sendo que 15,9% ($n=46$) possuíam risco mínimo, 9,7% ($n=28$) risco médio e 9,3% ($n=27$) risco máximo, superior às crianças que possuem outras formas de acesso aos serviços de saúde seja em plano privado ou misto. As crianças que utilizavam o sistema privado apresentaram RF de 9,6% ($n=5$), nenhuma apresentou risco máximo. Para as que utilizavam sistema misto o risco foi de 16,9% ($n=11$), com risco máximo de 7,7% ($n=5$).

Quanto à hospitalização, o RF foi de 30,9% ($n=34$) para as crianças que já ficaram hospitalizadas, com risco máximo de 10,9% ($n=12$). E para as que nunca estiveram hospitalizadas foi de 27,9% ($n=83$), risco máximo de 6,7% ($n=20$). O que sugere que o risco aumentado pode contribuir para o adoecimento e necessidade de hospitalização da criança, entretanto, a associação das variáveis não foi significativa ($p>0,05$).

As crianças que apresentaram problemas ao nascer tiveram RF de 31,9% ($n=22$), contra 28,2% ($n=95$) para as que não apresentaram problemas. Houve variação importante da percentagem de risco médio que foi de 14,5% ($n=10$) para as que apresentaram problemas, e de 6,8% ($n=23$) para as que não apresentaram problemas ao nascer. Entretanto, o teste de associação de variáveis não foi significativo ($p>0,05$).

A prematuridade e o pós-datismo não interferiram significativamente no RF, que se mostrou superior nas crianças nascidas a termo 31% ($n=105$), entretanto 18,2% ($n=10$) dos prematuros e 15,4% ($n=2$) dos nascidos pós-termo apresentaram RF. A associação entre idade gestacional e risco não foi significativa ($p>0,05$).

Na tabela 7, temos a distribuição do RF relacionado às características do cuidador principal da criança e das condições econômicas da família.

Tabela 7 – Distribuição da variável Risco Familiar segundo as variáveis sociodemográficas do cuidador principal e econômicas das famílias de crianças atendidas na rede de atenção primária à saúde nos municípios de Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS. Santa Maria – RS. 2016

Variáveis	Risco Categorizado				Total	Valor p
	Sem Risco	Risco Menor	Risco Médio	Risco Máximo		
Idade Cuidador						
15 a 19 anos	6	1	3	1	11	
20 aos 29 anos	88	19	11	14	132	
30 aos 39 anos	122	17	14	8	161	
40 aos 49 anos	43	8	2	2	55	
50 aos 59 anos	12	4	1	3	20	
Acima de 60 anos	16	3	2	3	24	
Total	287	52	33	31	403	---
Escolaridade do Cuidador						
Nenhum	2	1	0	1	4	
Fund. Incompleto	49	17	11	11	88	
Fund. Completo	32	5	5	3	45	
Médio Incompleto	25	9	5	6	45	
Médio Completo	117	18	10	8	153	
Superior	59	2	2	3	66	
Total	284	52	33	32	401	---
Auxílio do governo						
Não	242	34	23	21	320	
Sim	48	18	10	11	87	
Total	290	52	33	32	407	0,003*
Classificação econômica						
A	12	0	0	2	14	
B1	15	1	3	1	20	
B2	61	6	5	5	77	
C1	98	18	8	5	129	
C2	74	15	11	9	109	
DE	30	12	6	10	58	
Total	290	52	33	32	407	---

*Qui-Quadrado **exato de Fischer

Para as variáveis idade do cuidador, escolaridade do cuidador e classificação econômica, associadas ao risco, não foi possível realizar os testes de significância exato de Fischer e Qui-Quadrado. Para a associação das variáveis auxílio do governo e risco, o teste de associação de variáveis foi significativo ($p < 0,05$).

Quanto à idade do cuidador principal, o risco familiar (RF) mostrou-se elevado na faixa etária dos 15 aos 19 anos, que foi de 45,5% ($n=4$). No entanto o maior percentual de risco máximo 15% ($n=3$), foi entre os cuidadores que possuíam entre 50 e 59 anos.

Em relação à escolaridade cuidador da criança, o RF mostrou-se maior quanto menor a escolaridade. O RF foi de 50% ($n=2$), com risco máximo de 25% ($n=1$), quando os cuidadores

não possuíam nenhuma escolaridade. Quando possuíam ensino fundamental incompleto o RF foi 44,3% (n=39), e ensino médio incompleto 44,4% (n=20). Na maioria das vezes o cuidador principal é membro da família.

Para as famílias que recebem auxílio do governo o RF foi de 44,8% (n=39), com risco máximo de 12,6% (n=11); e para as que não recebem o RF foi de 24,4% (n=78), com risco máximo 6,6% (n=21).

Quanto à classificação econômica, o RF foi maior para as famílias das classes C2 e DE. Para as famílias da classe DE o risco foi de 48,3% (n=28), e risco máximo de 17,2% (n=2); para as famílias da classe C2 o risco foi de 32,1% (n=35), e risco máximo de 8,3% (n=9).

4.3 O RISCO FAMILIAR BIOLÓGICO-SOCIAL DAS CRIANÇAS ATENDIDAS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Nesta seção será apresentado o Risco Familiar Biológico-Social (BioSoc) das crianças, para tanto, o risco familiar foi classificado em biológico (Bio) ou social (Soc) de acordo com as variáveis de risco apresentadas pelas famílias, podendo ocorrer os dois tipos ao mesmo tempo (Bio+Soc).

As variáveis de risco biológico são as sentinelas da ERF-CS: acamado, deficiência física, deficiência mental, hipertensão arterial, diabetes mellitus, menor de seis meses de idade e maior de 70 anos de idade.

As variáveis de risco social são as sentinelas da ERF-CS: baixas condições de saneamento, desemprego, drogadição, analfabetismo e relação morador cômodo da residência. Na Tabela 8, apresenta-se a distribuição do Risco Familiar Biológico-Social nos municípios estudados.

Tabela 8 – Distribuição da variável Risco Familiar Biológico-Social das crianças atendidas na rede de atenção primária à saúde nos municípios de Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS. Santa Maria – RS. 2016

Municípios	Risco BioSoc ²	
	N	%
Santa Maria e Ribeirão Preto		
Sem Risco	100	24,6
Risco Biológico	53	13,0
Risco Social	142	34,9
Risco Biológico + Social	112	27,5

(continua)

Tabela 8 – Distribuição da variável Risco Familiar Biológico-Social das crianças atendidas na rede de atenção primária à saúde nos municípios de Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS. Santa Maria – RS. 2016

Municípios	Risco BioSoc ²	
	N	%
Ribeirão Preto		
Sem Risco	69	24,1
Risco Biológico	36	12,6
Risco Social	100	35,0
Risco Biológico + Social	81	28,3
Santa Maria		
Sem Risco	31	25,6
Risco Biológico	17	14,0
Risco Social	42	34,7
Risco Biológico + Social	31	25,6

² Risco BioSoc – Risco Biológico-Social

Quanto à presença de Risco Familiar Biológico-Social (BioSoc), 75,4% (n=307) das famílias estudadas apresentaram algum tipo de risco ou de ambos associados. Destas famílias, 13% (n=53) apresentaram apenas risco biológico (Bio), 34,9% (n=142) apresentaram somente risco social (Soc), e 27,5% (n=112) apresentaram ambos os riscos associados (Bio+Soc).

No município de Ribeirão Preto os percentuais de risco Soc e risco Bio+Soc foram maiores. Em Santa Maria destacou-se o risco biológico. Na Tabela 9, apresenta-se o risco BioSoc combinado às variáveis relativas à criança e suas condições clínicas.

Tabela 9 – Distribuição da variável Risco Familiar Biológico-Social segundo as variáveis clínicas das crianças atendidas na rede de atenção primária à saúde nos municípios de Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS. Santa Maria – RS. 2016

Variáveis	Risco BioSoc				Total	Valor p
	Sem Risco	Risco Biológico	Risco Social	Risco Bio+Soc		
Crianes						
Não	6	37	105	81	289	
Sim	34	16	37	31	118	
Total	100	53	142	112	407	0,584*
Diagnóstico						
Não	74	42	113	84	313	
Sim	25	11	29	27	92	
Total	99	53	142	111	405	0,785*
Acomp Especialista						
Não	72	40	109	77	298	
Sim	27	13	32	35	107	
Total	99	53	141	112	405	0,478*

Tabela 9 – Distribuição da variável Risco Familiar Biológico-Social segundo as variáveis clínicas das crianças atendidas na rede de atenção primária à saúde nos municípios de Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS. Santa Maria – RS. 2016

Variáveis	Risco BioSoc				Total	Valor p
	Sem Risco	Risco Biológico	Risco Social	Risco Bio+Soc		
Sistema de Saúde						
Privado/ particular	28	6	14	4	52	
SUS	49	32	118	91	290	
Misto (privado e SUS)	23	15	10	17	65	
Total	100	53	142	112	407	<0,001**
Hospitalização						
Não	76	39	110	72	297	
Sim	24	14	32	40	110	
Total	100	53	142	112	407	0,102*
Pré-Natal						
Não	4		3	1	8	
Sim	95	52	139	110	396	
Total	99	52	142	111	404	0,345*
Problemas ao nascer						
Não	90	42	118	87	337	
Sim	10	11	23	25	69	
Total	100	53	141	112	406	0,098*
Idade Gestacional						
Prematuro	9	9	17	20	55	
À termo	89	41	121	88	339	
Pós-termo	2	3	4	4	13	0,346**

*Qui-Quadrado

**exato de Fischer

Na tabela 9, o teste de associação de variáveis foi significativo ($p < 0,05$), somente para a associação sistema de saúde e risco BioSoc, nas demais associações variáveis os testes não apresentaram significância ($p > 0,05$).

As crianças de que não possuem necessidades especiais de saúde (NES), 77,2% ($n=223$) apresentaram risco BioSoc, destacando-se o risco Soc 36,3% ($n=105$) e o Bio+Soc 28% ($n=81$).

Para as CRIANES o risco BioSoc foi de 71,2% ($n=84$), neste grupo destaca-se o percentual de risco Bio 13,6% ($n=16$), ligeiramente maior do que para as crianças sem NES que foi de 12,8% ($n=37$).

No que se refere às crianças que possuíam diagnóstico médico, 72,8% ($n=67$) apresentaram percentual de risco BioSoc. Enquanto o grupo de crianças sem diagnóstico apresentou risco BioSoc de 76,4% ($n=239$), com percentual elevado de risco Soc 36,1% ($n=113$).

Com relação ao acompanhamento periódico com especialista, tanto para as crianças que têm acompanhamento, quanto para as que não têm, o risco BioSoc foi semelhante, cerca de 75%. Destaca-se o risco Soc 36,6% (n=109) para as crianças sem acompanhamento, e para as que necessitam de algum acompanhamento com especialista médico ou de outra área da saúde destacaram-se o risco Soc 29,9% (n=32) e o risco Bio+Soc 32,7% (n=35).

As crianças que estiveram hospitalizadas apresentaram 78,2% (n=86) de risco BioSoc, com destaque para o risco Soc 29,1% (n=32) e para o risco Bio+Soc 36,4% (n=40).

Quanto ao sistema de saúde utilizado, destaca-se as crianças que utilizam somente o SUS como forma de acesso aos serviços de saúde, que apresentaram risco BioSoc de 83,1% (n=241), risco Soc de 40,7% (n=118) e risco Bio+Soc 31,4% (n=91), no entanto, este percentual elevado de risco pode estar relacionado ao percentual de crianças que dependem unicamente do SUS que foi de 71,3% (n=290), assim como às condições econômicas das famílias. A associação entre sistema de saúde e risco BioSoc foi significativa ($p < 0,05$).

As crianças cujas mães realizaram pré-natal apresentaram risco BioSoc de 76% (n=301), no entanto 97,3% (n=396) dos participantes declararam ter realizado o pré-natal. Para as que não realizaram pré-natal o risco BioSoc foi de 50% (n=4), apresentando risco Soc de 37,5% (n=3), maior que o risco Soc das que realizaram o pré-natal que foi de 35,1% (n=139).

Para as crianças que apresentaram problemas ao nascer o risco BioSoc foi de 85,5% (n=59), contra 73,3% (n=247) para as que não apresentaram problemas. Sendo que as que apresentaram problemas ao nascer apresentaram maiores percentuais de risco Bio 15,9% (n=11) e Bio+Soc 36,2% (n=25) e menor percentual de risco Soc 33,3% (n=23), em relação às crianças que não apresentaram problemas ao nascer.

Quanto à idade gestacional, o risco BioSoc foi maior entre os prematuros 83,6% (n=46) e os nascidos pós-termo 84,6% (n=11), enquanto que para os nascidos a termo o risco BioSoc foi de 73,7% (n=250). Tanto para os prematuros, quanto para os pós-termo foram maiores os percentuais risco Bio e risco Bio+Soc, já para os nascidos a termo foi maior o percentual de risco Soc.

As associações entre risco BioSoc e as características do cuidador principal da criança e condições econômicas da família serão apresentadas na Tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição da variável Risco familiar Biológico-Social segundo as variáveis sociodemográficas do cuidador principal e econômicas das famílias de crianças atendidas na rede de atenção primária à saúde nos municípios de Ribeirão Preto/SP e Santa Maria/RS. Santa Maria – RS. 2016

Variáveis	Risco BioSoc				Total	Valor p
	Sem Risco	Risco Biológico	Risco Social	Risco Bio+Soc		
Idade Cuidador						
15 a 19 anos	2	1	4	4	11	
20 aos 29 anos	30	13	52	37	132	
30 aos 39 anos	43	19	58	41	161	
40 aos 49 anos	14	9	17	15	55	
50 aos 59 anos	6	2	5	7	20	
Acima de 60 anos	3	9	5	7	24	
Total	98	53	141	111	403	---
Escolaridade do Cuidador						
Nenhum			1	3	4	
Fund. Incompleto	5	10	42	31	88	
Fund. Completo	7	8	19	11	45	
Médio Incompleto	9	5	15	16	45	
Médio Completo	50	14	50	39	153	
Superior	27	15	14	10	66	
Total	98	52	141	110	401	---
Auxílio do governo						
Não	93	45	96	86	320	
Sim	7	8	46	26	87	
Total	100	53	142	112	407	0,000*
Classificação econômica						
A	4	5	2	3	14	
B1	8	4	5	3	20	
B2	31	14	13	19	77	
C1	36	15	46	32	129	
C2	17	12	45	35	109	
DE	4	3	31	20	58	
Total	100	53	142	112	407	---

*Qui-Quadrado **exato de Fischer

Nas associações das variáveis risco BioSoc, cuidador principal e condições econômicas não foi possível realizar teste de significância, pois não se aplica o Qui-Quadrado e não foi possível calcular o Exato de Fisher.

Com relação à idade do cuidador principal da criança, destacou-se o risco BioSoc nos extremos de faixa etária, para os cuidadores com idade entre 15 e 19 anos o risco BioSoc foi de 81,8% (n=9) e para os cuidadores acima de 60 anos o risco BioSoc foi de 87,5% (n=21). A faixa etária de 15 a 19 anos também apresentou maior percentual de risco Bio+Soc 36,4%

(n=4), e a faixa etária acima dos 60 anos apresentou o maior percentual de risco Bio 37,5% (n=9).

Quanto à escolaridade do cuidador, o percentual de risco BioSoc foi maior, quanto menor a escolaridade do cuidador, com destaque entre os cuidadores sem escolaridade em que o risco BioSoc foi de 100% (n=4), os que possuíam ensino fundamental incompleto 94,3% (n=83) e fundamental completo 84,8% (n=38). Já para as famílias em que o cuidador principal da criança possui ensino superior, apresentaram baixos percentuais de risco Soc e Bio+Soc, porém maior percentual de risco Bio 22,7% (n=15).

Para as famílias que recebem auxílio do governo 92% (n=80) possuem risco BioSoc, sendo que 52,9% (n=46) possuem apenas risco Soc, 9,2% (n=9) possuem risco Bio e 29,9% (n=26) possuem risco Bio+Soc.

Quanto à classificação econômica da família, as famílias pertencentes às classes C1, C2 e DE apresentaram maiores percentuais de risco BioSoc, que foi de 72,1% (n=93) para a classe C1, 84,4% (n=92) para a classe C2, e de 93,1% (n=54) para a classe DE. A classe DE também apresentou os maiores percentuais de risco Soc e Bio+Soc.

5 DISCUSSÃO

Neste capítulo os dados encontrados na pesquisa serão discutidos com estudos científicos e publicações relevantes para a temática, seguindo a sequência: caracterização das crianças e cuidadores, risco familiar e risco biológico-social.

Na caracterização das crianças atendidas na atenção primária verificou-se a predominância de crianças do sexo feminino (52,8%), na faixa etária dos cinco aos 12 anos (47,4%), raça/ cor branca (65,8%).

No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publicados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), no ano de 2014, a população brasileira era composta por 51,6% de mulheres e 48,4% de homens, 53,6% das pessoas declararam-se da raça/cor preta ou parda e 45,5% branca. Nos estados do Rio Grande do Sul e São Paulo, 19,7% e 37,3%, respectivamente, declararam-se pretos ou pardos, percentual menor que o nacional (BRASIL, 2015b).

No que se refere ao cuidador principal da criança, a mãe foi reconhecida como detentora desta função por 78,9% dos participantes. Este achado demonstra a dinâmica de funcionamento familiar ainda tradicional e patriarcal, em que a mulher assume o papel de responsável pelo cuidado e educação dos filhos, e em muitos casos, acumula as funções de trabalhadora e de cuidadora da criança e do lar. Estudos com crianças que apresentaram algum problema de saúde temporário ou permanente, que necessitaram de hospitalização ou de cuidados domiciliares, também apontam a mãe como sua cuidadora principal (NEVES; CABRAL, 2008; BARBOSA et al., 2011; CABRAL; MORAES, 2015).

As crianças estudadas frequentam escola ou creche predominantemente em turno parcial (52,8%), no entanto, uma parcela significativa (28,5%) não frequenta, sugerindo que estas ficam em seu domicílio aos cuidados da mãe ou de outros adultos. Tal situação pode ocorrer por opção da família, porém em alguns casos pode ser atribuída à dificuldade de acesso à instituições educacionais apropriadas, interferindo na possibilidade da mãe da criança inserir-se no mercado de trabalho, já que na maioria dos casos ela é a cuidadora principal. Cabe salientar que a Lei 12.796, de 04 de abril de 2013, amplia a obrigatoriedade ao ensino básico para a faixa etária dos quatro aos 17 anos de idade, e assegura a gratuidade do mesmo (BRASIL, 2013).

Quanto às condições de saúde, 29% das crianças atendidas na APS apresentaram alguma necessidade especial de saúde (NES). Nos Estados Unidos da América, a prevalência de CRIANES é de 19,8%, na faixa etária de zero a 18 anos de idade (CAHMI, 2012).

No Brasil, não há taxas epidemiológicas oficiais sobre a prevalência de CRIANES, porém estudos regionais apontam dados sobre esta clientela. Em um estudo realizado com egressos da terapia intensiva neonatal que realizavam acompanhamento ambulatorial, 16% desenvolveu alguma necessidade especial de saúde (ARRUÉ; et al., 2014). Outro estudo realizado em um ambulatório pediátrico apresentou 36% de prevalência de CRIANES (ARRUÉ; et al., 2016), diferindo dos achados desta pesquisa, no entanto, os cenários são distintos e não foram encontrados estudos sobre prevalência de CRIANES na APS. A não uniformidade nos dados reforçam a necessidades de estudos de abrangência nacional que forneçam dados oficiais sobre a prevalência de CRIANES no Brasil.

Quanto à necessidade de hospitalização, 27% das crianças haviam sido hospitalizadas em algum momento da sua vida. Um estudo que investigou as causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil, indica as doenças do aparelho respiratório como primeira causa, seguida das doenças infecciosas e parasitárias, e reforça a importância da APS na prevenção de hospitalizações (OLIVEIRA et al; 2010). Assim como, a cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) considerada como efeito protetor contra internações por condições sensíveis à atenção primária em crianças menores de cinco anos (CARVALHO et al, 2015).

O SUS é considerado o principal financiador dos serviços de saúde utilizados pela população brasileira, nos atendimentos ambulatoriais e, principalmente, nas hospitalizações (PORTO; UGÁ, MOREIRA, 2011). A Pesquisa Nacional de Saúde (PNAS), realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE, no ano de 2013, mostrou que 71,1% da população brasileira utiliza o SUS quando necessita de atendimento de saúde (BRASIL, 2014), dados que vão ao encontro dos achados da pesquisa, que apontou o SUS como único sistema de saúde acessado por 71,3% das crianças, enquanto que 16% das crianças utilizam além do SUS outros serviços de saúde privados de maneira complementar.

Quanto às condições obstétricas e neonatais, 97,3% das mães realizaram pré-natal, 87,7 % realizaram seis consultas ou mais. Em concordância com este achado, o inquérito nacional “Nascer no Brasil” aponta uma cobertura de 98,7% da assistência pré-natal e 73,1% de realização de seis ou mais consultas, reconhecendo avanços na assistência ao pré-natal, embora indique como desafios a serem superados o diagnóstico precoce da gravidez e melhorias na rede de atenção (VIELLAS; et al, 2014).

Destaca-se que 50,6% das crianças nasceram pela via de parto cesáreo, ainda de acordo com o inquérito nacional “Nascer no Brasil”, as taxas nacionais de parto cesáreo têm apresentado aumento progressivo, em 2010 a taxa de cesárea era de 52%, atualmente na rede

privada é cerca de 90%, bem acima dos 15% recomendado pela Organização Mundial de Saúde. A dor do parto foi apontada como o maior medo e a razão principal para a preferência por uma cesariana, que em parte pode ser atribuída ao modelo de atenção a que as gestantes são submetidas, tanto no setor privado, como o público, que torna o parto vaginal uma experiência dolorosa, e por vezes, traumática (DOMINGUES; et al, 2014).

Considerando que a principal cuidadora é a mãe da criança e a predominância da ocupação do lar, destaca-se o perfil feminino dos cuidadores e a realização de uma ocupação não remunerada, em concordância com dados PNAD, que aponta, no ano de 2014, 69,5% da população não economicamente ativa formada por mulheres (BRASIL, 2015b).

Com relação à classificação econômica da família, predominou a classe C1 (26,8%), que compreende uma renda média de R\$2.705,00 reais mensais, superior à estimativa do Critério Brasil para o ano de 2016, de 22,2% de brasileiros na classe C1 Destaca-se que 14,3% das famílias das crianças pertencem a classe D-E, renda mensal média de R\$768,00 reais, percentagem inferior a estimativa nacional que é 27% da população (ABEP, 2015). Participam do programa de transferência de renda Bolsa Família, 19,4% das famílias.

As características das crianças estudadas, de suas famílias e cuidadores são relevantes para que possamos compreender sua relação com o risco familiar, sua categorização, assim como sua classificação em risco familiar biológico-social.

O risco familiar, apresenta-se de modo generalizado e de forma categorizada em risco menor, médio e máximo e, posteriormente, classificado de acordo com suas variáveis em risco biológico (Bio) ou social (Soc), podendo a família apresentar os dois componentes associados risco social e biológico (Bio+Soc).

Nos municípios estudados o risco familiar é de 28,7%, mostrando-se maior no município de Santa Maria (SM) (31,4%), onde também há maior percentual de população em risco máximo (11,6%), quando comparado à Ribeirão Preto (RP). Tal fato pode ser atribuído a diversos fatores, dentre eles a baixa cobertura por ESF em SM, em 2015, a meta proposta pela prefeitura foi de aumentar a cobertura de 20 para 30% (SANTA MARIA, 2015). Enquanto RP, no mesmo ano, teve como meta ampliar a cobertura da atenção básica para 78% da população (RIBEIRÃO PRETO, 2015).

Quanto ao o risco BioSoc, os dados foram semelhantes em ambos os municípios. Destaca-se o elevado percentual de risco social a que as crianças estão expostas, 34,9% das famílias apresentaram sentinelas para risco social, 27,5% apresentaram risco biológico e social, apenas 13% apresentaram somente risco biológico e 24,6% não apresentaram nenhum tipo de risco BioSoc.

As sentinelas que apontam para o risco social estão relacionadas às condições de saneamento e moradia, desemprego e analfabetismo. No Brasil, no ano de 2014, 44,3% das crianças e adolescentes entre zero e 14 anos de idade viviam em domicílios sem esgotamento sanitário via rede geral ou fossa séptica, 13,6% em locais onde não há coleta de lixo e 9,6% em locais com as três formas de saneamento básico, ou seja, água, lixo e esgoto em condições inadequadas, acarretando maior exposição à doenças (BRASIL, 2015). Ainda que as condições de moradia tenham melhorado significativamente nos últimos anos há um grande número de crianças vivendo em locais insalubres e sem acesso aos serviços básicos de saneamento, que refletem no risco de adoecimento destas crianças e de suas famílias

Quanto às condições clínicas das crianças, o risco familiar mostrou-se elevado para aquelas que já estiveram hospitalizadas, tiveram problemas ao nascer e que utilizam somente o SUS como via de acesso aos serviços de saúde. Quanto ao tipo de risco, aquelas que passaram por hospitalização e problemas ao nascer apresentam elevados percentuais de risco biológico e social associados, já para as que dependem unicamente do SUS foi elevado o percentual de risco social. Para as crianças prematuras e pós-termo, o risco familiar não foi elevado, no entanto apresentaram maiores percentuais de risco biológico, do que as nascidas a termo.

Os achados da pesquisa sugerem que as crianças que apresentam problemas de saúde ao nascer, prematuridade e pós-datismo podem apresentar fatores biológicos que interferem na sua saúde ao longo da infância acarretando maior risco de adoecimento e maior probabilidade de hospitalização, e que as condições sociais a que as crianças estão submetidas também interferem nas condições de saúde da criança. Quanto a isso, um estudo que acompanhou crianças prematuras em seu primeiro ano de vida, constatou que 50% das delas apresentaram intercorrência respiratória, além de alta incidência de pneumonia e internações hospitalares no período (MELLO; DUTRA; LOPES, 2004). Outro estudo sobre crianças prematuras extremas, mostrou alto risco para anormalidades neurológicas e atraso em seu desenvolvimento nos primeiros anos de vida, e na idade escolar maior frequência de problemas educacionais, comportamentais e psicológicos (RUGOLO; 2005).

Quanto ao alto percentual de risco familiar e de risco social das crianças que utilizam somente o SUS como forma de acesso aos serviços de saúde, este pode estar relacionado ao alto percentual de usuários do SUS e às condições econômicas da família, tendo em vista que as famílias que podem pagar por um plano de saúde complementar tendem a apresentar melhores condições socioeconômicas. Relatório sobre o perfil de usuários do SUS e de planos

de saúde mostrou que a aquisição de planos privados de saúde é maior entre a população com maiores renda e escolaridade (NOVAIS; MARTINS, 2010).

Em relação às CRIANES, apresentaram maior percentual de risco, sugerindo que as famílias que possuem uma CRIANES apresentam risco significativo e uma parcela considerável encontra-se em risco máximo, devendo ter seu atendimento priorizado. No entanto, seu risco está relacionados à fatores biológicos, que envolvem a família e a própria criança, estudos com CRIANES evidenciam a sobrecarga de trabalho da família, principalmente do cuidador principal, que estão relacionados às demandas de cuidado destas crianças e que podem acarretar problemas de saúde tais como ansiedade, depressão, dores musculares, entre outros. Tais estudos também apontam a necessidade de sistemas que apoio para estas famílias dentro da própria comunidade, além da visita domiciliar como estratégia fundamental de apoio por meio de informações, atenção individualizada e seguimento contínuo (OKIDO; HAYASHIDA; LIMA, 2012; OKIDO, et al, 2016).

No que se refere ao risco familiar relacionado às características do cuidador principal e as condições econômicas da família da criança, destacou-se os extremos de idade e a baixa escolaridade dos cuidadores principais, a classe econômica com menor renda e receber auxílio do governo. Os achados sugerem um forte componente social para a elevação dos percentuais de risco.

Quanto à idade do cuidador principal, o risco familiar geral foi maior entre os cuidadores na faixa etária dos 15 aos 19 anos com percentual de risco social e biológico + social elevados. Já para as famílias com cuidadores acima de 60 anos, destacou-se o percentual de risco Biológico elevado. O RF também foi elevado para os cuidadores que possuíam menor escolaridade, ou em que o cuidador principal não possuía escolaridade. No Brasil a taxa de fecundidade entre as adolescentes, de 15 a 19 anos, permanece elevada, representando 17,4% da fecundidade total do país, no ano de 2014, sendo que 35,8% reside na região nordeste, 69% são pretas ou pardas e possuem média de escolaridade de 7,7 anos. A média de escolaridade da população brasileira é de 7,8 anos de estudo, que não equivale nem ao ensino fundamental completo (BRASIL, 2015b).

Tendo em vista que a mãe da criança apareceu como cuidadora principal e a alta taxa de fecundidade entre adolescentes, os achados sugerem que tratam-se de mães adolescentes e o elevado percentual de risco social vai ao encontro de estudos que evidenciam maior incidência de gravidez na adolescência em regiões de maior pobreza, vulnerabilidade social, baixa escolaridade, desemprego, entre outros fatores que também permeiam a morbimortalidade infantil (MARTINEZ; et al, 2011; FERREIRA; et al, 2012).

As famílias com menor renda apresentaram elevados percentuais de risco familiar, assim como, as que recebem auxílio do governo, apresentaram alto percentual de RF geral e alto índice de risco social. Com isso, o forte componente de risco social sugere que as condições econômicas e ambientais que interferem significativamente para o aumento do risco familiar das crianças atendidas na APS (JANCZURA, 2012).

Deste modo, conhecer o risco familiar das crianças atendidas na APS, assim como a intensidade do risco e classificá-lo quanto aos seus componentes biológicos e sociais pode ser uma ferramenta importante no diagnóstico de saúde de um território, de maneira que se possa priorizar os atendimentos e visitas domiciliares às famílias em maior situação de risco, assim como identificar o tipo de risco que acomete uma população e promover ações intersetoriais que venham a minimizar os fatores de risco da região, sejam biológicos ou sociais.

Apresenta-se como limitações deste estudo a sua regionalidade, duas cidades de duas regiões brasileiras, consideradas com índices de saúde e educação melhores que de outras regiões.

Espera-se contribuir para o planejamento das ações de saúde da APS, considerando as características aqui apresentadas como constituintes da população que acessa este nível do sistema. Também, que a escala de avaliação de risco possa ser implementada como instrumento de diagnóstico de risco da população e de triagem para evidenciar casos de risco elevado e que necessitam de priorização no atendimento.

Sugere-se a realização de novos estudos abordando a saúde das crianças na APS e a importância de considerar seu meio familiar e social na atenção à saúde deste grupo populacional.

6 CONCLUSÕES

Com base nos objetivos propostos, e de acordo com a metodologia eleita, a análise das variáveis permitiu as seguintes conclusões relacionadas ao risco familiar das crianças atendidas na atenção primária à saúde (APS):

- 52,8% eram do sexo feminino;
- 47,4% tinham idade entre cinco e 12 anos;
- 65,8% eram da raça/cor branca;
- 78,9% tinham como cuidador principal a mãe;
- 52,8% frequentava escola/creche em turno parcial;
- 29,0 % apresentam alguma necessidade especial de saúde
- 27,0% foram hospitalizadas alguma vez na vida;
- 71,3% acessam somente o Sistema Único de Saúde;
- 97,3% das mães realizam pré-natal;
- 87,7% das mães realizaram mais de seis consultas pré-natais;
- 50,6% nasceram de parto cesáreo
- 17,0% apresentaram problemas ao nascer
- 83,3% nasceram a termo
- 82,3% nasceram com peso normal

Quanto à caracterização dos cuidadores principais das crianças atendidas na APS:

- 39,6% tinham idades entre 30 e 39 anos;
- 51,6% eram da religião católica;
- 55,8% eram da raça/cor da pele branca;
- 48,6% possui ensino médio;
- 45,2% eram casados;
- 33,4% tinham a ocupação do lar.

Quanto à e situação econômica da família:

- 19,4% recebiam bolsa família;
- 8,6% recebiam auxílio de outras fontes como familiares, amigos ou organizações não governamentais;

- 31,7% pertenciam a classe C1, ou seja, a família possuía renda média mensal de 2.705,00 reais.

Quanto a relação entre o risco familiar e as variáveis clínicas das crianças atendidas na APS:

- 34,8% das crianças que acessam somente o Sistema Único de Saúde apresentaram risco familiar;
- 30,9% das crianças que já passaram por hospitalização apresentam RF, 10,9% de risco máximo, maior percentual do que as crianças que não foram hospitalizadas;
- 31,9% das crianças que tiveram problemas ao nascer apresentaram RF, percentual maior do que as que não apresentaram.

Quanto a relação entre o risco familiar e as variáveis sociodemográficas do cuidador principal das crianças atendidas na APS:

- O percentual de RF foi de 45,5% quando o cuidador principal da criança encontravam-se na faixa etária dos 15 aos 19 anos de idade;
- O percentual de RF foi de 50% quando o cuidador principal da criança não possui nenhuma escolaridade, com risco máximo de 25%;
- O percentual de RF foi de 44,3% quando o cuidador principal da criança possui ensino fundamental incompleto; e de 44,3% para aqueles com ensino médio incompleto.

Quanto a relação entre o risco familiar e as variáveis econômicas das famílias crianças atendidas na APS:

- O percentual de RF foi de de 44,8%, com risco máximo de 12,6%, para as famílias que recebem auxílio do governo;
- O percentual de RF foi de 48,3%, e risco máximo de 17,2 para as famílias da classe DE;
- O percentual de RF foi de 32,1%, e risco máximo de 8,3% %; para as famílias da classe C2.

Quanto a relação entre o risco familiar e a presença de uma CRIANES na família:

- 32,2 % das CRIANES apresentaram Risco Familiar;

- 9,3% das CRIANES estavam na categoria risco máximo;
- 10,2% das CRIANES estavam na categoria risco médio I;
- 12,7% das CRIANES estavam na categoria risco menor;
- 71,2% das CRIANES apresentaram Risco Familiar Biológico-Social;
- 31,4% das CRIANES apresentaram risco social;
- 26,3% das CRIANES apresentam risco biológico e social associados;
- 13,6% das CRIANES apresentam risco biológico.

Quanto a classificação do risco familiar em risco biológico e social:

- 75,4% das famílias estudadas apresentaram algum tipo de risco ou de ambos associados;
- 13% das famílias estudadas apresentaram apenas risco biológico (Bio);
- 34,9% das famílias estudadas apresentaram somente risco social (Soc),
- 27,5% das famílias estudadas apresentaram ambos os riscos associados (Bio+Soc);
- As crianças que utilizam somente o SUS como forma de acesso aos serviços de saúde apresentaram 83,1% de risco BioSoc, 40,7% de risco Soc e 31,4% de risco Bio+Soc;
- As crianças que apresentaram problemas ao nascer o risco BioSoc foi de 85,5%, e 15,9% de risco Bio;
- As crianças cujos cuidadores, tinham idade 15 e 19 anos, apresentaram 81,8% de risco BioSoc;
- Quanto à escolaridade do cuidador os cuidadores, o risco BioSoc foi de 100% para os sem escolaridade, 94,3% para os que possuíam ensino fundamental incompleto;
- 92% das famílias que recebem auxílio do governo apresentaram risco BioSoc, e 52,9% de risco Soc;
- 93,1% das famílias da classe DE apresentaram risco BioSoc.

REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. **Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016**. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>.

ARAÚJO, P. J. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm.**, v. 67, p. 6. 1000-7, nov./dez., 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>>

ARAÚJO, E. S.; PAES, N. A. Efeitos do programa bolsa família e estratégia saúde da família sobre a mortalidade infantil no semiárido brasileiro para dados em painel. In: **VII Congresso da Associação Latino-Americana de População (ALAP) e o XX Encontro Nacional de Estudos Populacionais (ABEP)**, 2016, Foz do Iguaçu (Brasil).

ARRUÉ, A. M. **Tradução e Adaptação Cultural do Children With Special Health Care Needs Screener**©. 2012. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

ARRUÉ, A. M.; et al. Niños con necesidades especiales de salud egresados de cuidados intensivos neonatal. **Evidentia**. Granada, n. 45, mar., 2014.

ARRUÉ, A. M.; et al. Tradução e adaptação do Children with Special Health Care Needs Screener para português do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, e00130215, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000604002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Criança: Ações Básicas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1984.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/legislacao/const/>>

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde. Roteiro de avaliação dos programas PAISM/PAISC/PROSAD**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA**. 3ª edição, Série E. Legislação de Saúde. Brasília, 96 p, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos**. Resolução n. 446, Brasília, 2012. 2ª. Ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Lei 12.796, de 04 de abril de 2013. **Altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para dispor sobre a formação dos profissionais da educação e dar outras providências.** 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112796.htm>.

_____. 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).** 2015a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 15 dez. 2015.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais.** - Rio de Janeiro: IBGE, 2015b.137p.

BARBOSA, D. C.; et al. Funcionalidade de famílias de mães cuidadoras de filhos com condição crônica. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 10, n. 4, p. 731-738, out./dez. 2011.

CABRAL, I. E. et al. A criança egressa da terapia intensiva na luta pela sobrevivência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília (DF). v. 57, n.1, p. 35-9, jan./fev. 2004.

CABRAL, I. E. **Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança-bebê: concepções de estudantes e mães no espaço acadêmico de enfermagem.** Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Anna Nery, 1999. 298p.

CABRAL, I.E.; MORAES, J. R. M. M. de. Familiares cuidadores articulando rede social de criança com necessidades especiais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 68, n. 6, p. 1078-1085, Dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000601078&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 ago. 2016.

CARVALHO, S. C. et al. Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 744-754, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000400744&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 jul. 2016.

COELHO, F.L.G.; SAVASSI, L.C.M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2145.pdf>>

COSTA, A. C. I.; et al. Aplicabilidade e limitações da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi para o processo de trabalho da enfermagem na atenção básica em saúde. relato de experiência na unidade de saúde da família Macaxeira/Buriti. In: 2º Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde, 2., 2009, Pernambuco. Anais eletrônicos do **2º Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde**, Pernambuco: ABEn, 2009. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id58r0.pdf>.

CAHMI. Child and Adolescent Health Measurement Initiative (2012). "Who Are Children with Special Health Care Needs (CSHCN)." **Maternal and Child Health Bureau (MCHB).** Available at: www.childhealthdata.org. Revised 4/2/12.

- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 ago. 2016.
- FERREIRA, R. A. et al. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 313-323, feb. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Ago 2016.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008a.
- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008b.
- JANCZURA, R.. Risco ou vulnerabilidade social?. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 11-2, p. 301-308, 2012.
- MARTINEZ, E. Z.; et al . Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 855-867, May 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Ago. 2016.
- MELLO, R. R. de; DUTRA, M. V. P.; LOPES, J. M. de A. Morbidade respiratória no primeiro ano de vida de prematuros egressos de uma unidade pública de tratamento intensivo neonatal. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 6, p. 503-510, Dec. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000800013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 ago. 2016.
- MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais: um guia prático para acompanhamento da disciplina e elaboração de trabalhos monográficos**. São Paulo: Atlas, 2005.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Ed. Hucitec-Abrasco, 2008.
- McPHERSON, M. G. et al. A new definition of children with special health care needs. **Pediatrics**, v. 102, n.1, p 137-41, jul. 1998.
- NEVES, E. T.; SILVEIRA, A. Desafios para os cuidadores familiares de crianças com necessidades especiais de saúde: contribuições da enfermagem. **Rev enferm UFPE On line.**, Recife, 7(5):1458-62, maio., 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3229/6147>>.
- NEVES, E. T; ARRUE, A. M.; SILVEIRA, A. **Cuidados de enfermagem às crianças com necessidades especiais de saúde**. 2012. In: Programa de Atualização em Enfermagem Saúde da Criança e do Adolescente (PROENF Saúde da Criança e do Adolescente). Ciclo 7 (ciclo vigente). Em edição.

NEVES, E. T.; CABRAL, I. E. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto & Contexto Enferm.** v. 17, n. 3, p. 552-60, jul./set. 2008.

OKIDO, A. C. C.; HAYASHIDA, M.; LIMA, R. A. G. Profile of technology-dependent children in Ribeirão Preto-SP. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo , v. 22, n. 3, p. 291-296, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822012000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 Jul. 2016.

OKIDO, A. C. C.; et al. Technology-dependent children and the demand for pharmaceutical care. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 69, n. 4, p. 718-724, Aug. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400718&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2016.

OLIVEIRA, B. R. G de; et al. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 13, n. 2, p. 268-277, June 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2010000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Jul 2016.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família. **Rev Bras Enferm.** v. 66, p.158-64, 2013.

OLIVEIRA, R. R. de; COSTA, J. R. da; MATHIAS, T. A. de F. Hospitalizações de menores de cinco anos por causas evitáveis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 135-142, fev. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1692012000100018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 jul. 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** Trad. de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO, S.; UGA, M. A.D.; MOREIRA, R. da S. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 -2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16,n. 9,p. 3795-3806, Sept. 2011 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Ago 2016.

REZENDE, J. M. M.; CABRAL, I. E. As condições de vida das Crianças com Necessidades Especiais de Saúde: determinantes da vulnerabilidade social na rede de cuidados em saúde as crianças com necessidades especiais de saúde. **R. Pesq.: Cuid. Fundam.** Online, Rio de Janeiro, 2 ed. supl., p 22-25, out./dez. 2010. Disponível em: <www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/.../773.htm>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde do Estado. 2012. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337977621_UBSs_por_municipio_2012\[1\].pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337977621_UBSs_por_municipio_2012[1].pdf)>.

RUGOLO, L.M. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **J Pediatr** (Rio J). 2005;81(1 Supl):S101-S110.

SAVASSI, L. C. M. et al. Proposta de um protocolo de classificação de risco para atendimento domiciliar individual na atenção primária à saúde. **J Manag Prim Health Care**, v. 3, n. 2, p.151-157, 2012.

SANTA MARIA. Prefeitura Municipal de Santa Maria. **Relatório físico financeiro e de gestão de indicadores anual**. 2015. Disponível em: <<https://www.santamaria.rs.gov.br/docs/noticia/2015/03/D18-805.pdf>>.

SCHLITHLER, A.C.B; CERON, M.; GONÇALVES, D.A. Famílias em Situação de Vulnerabilidade ou Risco Psicossocial. Apo Esp Sau da Fam. Unasus/Unifesp, 2013. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/bibliotecavirtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade26/unidade26.pdf>.

SILVEIRA, A.; NEVES, E. T. Vulnerabilidade das crianças com necessidades especiais de saúde: implicações para a enfermagem. **Rev Gaúcha Enfer.**, v. 33, n. 4, p.172-180, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

UNICEF. United Nations Children's Fund. **Committing to Child Survival: A Promise Renewed. Progress. Report 2013**. USA. 56 p., 2013. Disponível em: <<http://www.apromiserenewed.org/>>.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1 p. S85-S100, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 01 ago. 2016.

VERNIER, E. T. N.; CABRAL, I. E. Caracterização de crianças com necessidades especiais de saúde e seus familiares cuidadores, Santa Maria (RS), 2004-2005: subsídios para intervenções de enfermagem. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 37-45, 2006.

ANEXO A – ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO-SAVASSI E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DAS FAMÍLIAS*

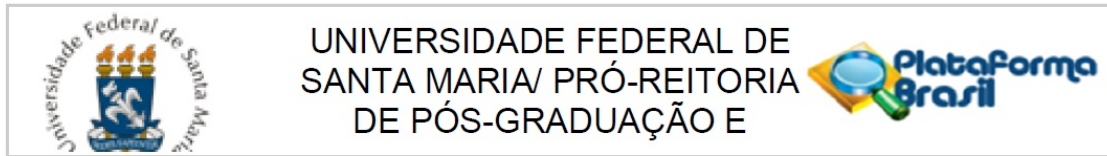
Dados da Ficha A		Escore
Acamado		3
Deficiência Física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (Grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão Arterial Sistêmica		1
Diabetes Mellitus		1
Relação	Se maior que 1	3
Morador/cômodo	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0

A partir da pontuação das sentinelas estabelece-se, de acordo com o Escore total, a classificação de risco, que varia de R1 – risco menor – a R3 – risco máximo (Quadro 02).

Escore 5 ou 6 = (R1)
Escore 7 ou 8 = (R2)
Maior que 9 = (R3)

*COELHO, F.L.G.; SAVASSI, L.C.M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Rev Bras Med Fam Comunidade.2004;1(2):19-26. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2145.pdf>

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Crianças com necessidades especiais de saúde em serviço de atenção primária em saúde: prevalência e acesso

Pesquisador: ELIANE TATSCH NEVES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 32608114.2.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 829.522

Data da Relatoria: 14/10/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda ao projeto inicial que se refere à problemática das Crianças, apresentando nesse momento uma ampliação de seus objetivos, no sentido de fortalecer e consolidar a formação de redes de pesquisa. Os novos dois objetivos que serão desenvolvidos utilizarão o banco de dados da fase 1 da pesquisa e irão incluir os profissionais que atuam nos cenários de estudo como participantes.

Objetivo da Pesquisa:

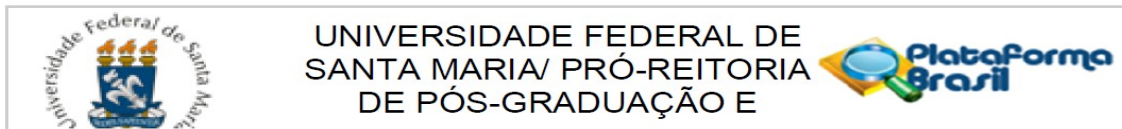
Os objetivos incluídos na emenda são:

- descrever os saberes e as práticas dos profissionais de saúde dos serviços de atenção básica acerca do acesso das crianças com necessidades especiais de saúde a estes serviços;
- identificar e classificar o grau de risco familiar das famílias de crianças com necessidades especiais de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta como riscos a mobilização de sentimentos e percepções que podem gerar desconforto aos participantes, sendo a coleta de dados interrompida em caso de sua ocorrência.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 829.522

Como benefícios cita-se benefícios indiretos aos participantes, com auxílio para tomadas de decisões nos serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os termos obrigatórios.

Recomendações:

.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considera-se que a presente emenda está adequada ao projeto inicial.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 13 de Outubro de 2014

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
 (Coordenador)

<p>Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar Bairro: Camobi CEP: 97.105-970 UF: RS Município: SANTA MARIA Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com</p>
--

APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, ECONÔMICA E CLÍNICA DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA

**Universidade Federal de Santa Maria / Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo- EERPUSP / Escola Nacional de Saúde Pública -
ENSP/Fiocruz.**

Pesquisa: Crianças com necessidades especiais de saúde em serviço de atenção primária em saúde: prevalência e acesso. **Pesquisadoras Responsáveis:** Prof^ª Dr^ª Eliane Tatsch Neves; Prof^ª Dr^ª Regina Aparecida Garcia de Lima

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, ECONÔMICA E CLÍNICA DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA.

DADOS DA ENTREVISTA

Número do questionário: ___|___|___|___|

Nome da Unidade de Saúde _____	Cidade: _____
Entrevistador 1 _____	Data ____/____/____
Entrevistador 2 _____	Data ____/____/____
Digitador 1 _____	Digitador 2: _____

I. IDENTIFICAÇÃO:

O informante será o cuidador principal ou quem souber dar as informações referentes à saúde da criança	
☉ O cuidador principal é quem cuida da criança na maior parte do tempo	
1	<p>Quem é o cuidador principal da criança?</p> <p>Mãe.....1 Pai.....2 Irmão(ã)3 Avô(ó)4 Tio(a)5 Outro.....6</p>

2	<p>Qual é seu nome completo? _____</p> <p>Entrevistador: <i>Dados do respondente</i></p>
---	---

3	<p>Qual é a sua relação com a criança? (<i>do respondente</i>)</p> <p>Entrevistador: <i>Trata-se da relação do entrevistado com a criança, seja ele, ou não o cuidador principal.</i></p>	<p>Mãe.....1 Pai.....2 Irmão(ã)3 Avô(ó)4 Tio(a)5 Outro.....6</p>
---	--	--

C13	A criança frequenta creche ou escola?	Não.....0 Eventualmente.....1 Período Parcial (M/T).....2 Período Integral.....3 Não sabe informar.....9
-----	---------------------------------------	--

“Vou fazer algumas perguntas para você sobre a saúde da criança” Você pode me responder SIM ou NÃO. Entrevistador: *ler TODA a pergunta, calmamente, se necessário, REPITA! “Screener”*

1	A(o) [nome criança _____] necessita de algum medicamento , de uso contínuo, indicado pelo médico?	1 Sim, Qual(is)? _____ _____ 0 Não – <i>vá para a questão 2</i>
1a	O uso deste medicamento se deve a alguma doença, problema de saúde ou de comportamento?	1 Sim, Qual(is)? _____ _____ 0 Não – <i>vá para a questão 2</i>
1b	Este problema de saúde tem durado ou tem a previsão de durar um ano ou mais?	1 Sim 0 Não
2	A(o) [nome criança _____] necessita de acompanhamento médico , mais do que a maioria das crianças da idade dele(a)?	1 Sim, Qual(is)? _____ _____ 0 Não
2.1	A(o) [nome criança _____] necessita de acompanhamento escolar , mais do que a maioria das crianças da idade dele(a)?	1 Sim, Qual(is)? _____ 0 Não
2.2	A(o) [nome criança _____] necessita de acompanhamento psicossocial , mais do que a maioria das crianças da idade dele(a)?	1 Sim, Qual(is)? _____ 0 Não
2a	Este acompanhamento se deve a alguma doença, problema de saúde ou de comportamento?	1 Sim 0 Não – <i>vá para a questão 3</i>
2b	Este problema tem durado ou tem a previsão de durar um ano ou mais?	1 Sim 0 Não

3	A(o) [nome criança _____] tem dificuldade ou não consegue fazer alguma atividade que a maioria das crianças da idade dele(a) faz?	1 Sim 0 Não – <i>vá para a questão 4</i>
3a	Esta dificuldade se deve a alguma doença, problema de saúde ou de comportamento?	1 Sim 0 Não – <i>vá para a questão 4</i>
3b	Este problema tem durado ou tem a previsão de durar um ano ou mais?	1 Sim 0 Não
4	A(o) [nome criança _____] necessita de acompanhamento de fisioterapia, terapia ocupacional ou fonoaudiologia ?	1 Sim 0 Não – <i>vá para a questão 5</i>
4a	Este acompanhamento se deve a alguma doença, problema de saúde ou de comportamento?	1 Sim 0 Não – <i>vá para a questão 5</i>
4b	Este problema tem durado ou tem a previsão de durar um ano ou mais?	1 Sim 0 Não
5	A(o) [nome criança _____] tem algum problema emocional, de desenvolvimento ou comportamento que precise de acompanhamento	1 Sim, Qual(is)? _____ 0 Não
5a	Este problema tem durado ou tem a previsão de durar um ano ou mais?	1 Sim 0 Não

III. Dados da saúde da criança

“Vou fazer algumas perguntas sobre a saúde da criança”

C14	A criança recebeu algum tipo de diagnóstico de saúde, atualmente? Se sim , Qual(is)? _____	Não.....0 Sim.....1 Não sabe informar.....9
C15	A criança faz acompanhamento com algum especialista? Se sim , Qual(is)? _____	Não.....0 Sim.....1 Não sabe informar.....9
C15a	Em qual serviço de saúde, ou local a criança faz acompanhamento?	_____

C16	A criança já esteve hospitalizada, desde o nascimento até o momento?	Não.....0 Sim.....1 Não sabe informar.....9
C17	Se sim , quantas vezes ele(a) esteve internada?	Uma.....1 Duas.....2 Três.....3 Quatro.....4 Cinco a dez.....5 Mais de 10.....6 Não sabe informar.....9
C18	Quando a criança necessita de consulta ou exames utiliza qual serviço de saúde? (<i>ler as opções</i>)	Privado/particular.....1 Sistema Único de Saúde /SUS.....2 Misto (privado e SUS).....3 Não sabe informar.....9

IV. Dados do nascimento

“Vou fazer algumas perguntas sobre o nascimento da criança”

C19	A mãe da criança realizou pré-natal, durante a gestação? Entrevistador: <i>ler as opções</i>	Não.....0 Sim.....1 Não sabe informar.....9
C19a	Se sim, quantas consultas?	<6 - Inadequado.....1 ≥6 - Adequado.....2 Não sabe informar.....9
C20	Qual foi o tipo de parto? Entrevistador: <i>ler as opções</i>	Normal.....1 Cesariana.....2 Fórceps/vácuo.....3 Não sabe informar.....9
C21	A criança apresentou algum problema ao nascer?	Não.....0 Sim.....1 Não sabe informar.....9
C21a	Se sim , Qual(is) _____	
C22	A criança nasceu ... Entrevistador: <i>ler as opções</i>	Prematura (antes do tempo).....1 A termo (normal).....2 Pós termo (depois do tempo).....3 Não sabe informar.....9
C23	Qual foi o peso ao nascer dessa criança? Entrevistador: <i>ler as opções</i>	Abaixo do peso.....1 Peso normal.....2 Acima do peso.....3 Não sabe informar.....9

C24	A criança tem quantos irmãos?	Nenhum.....0 Um.....1 Dois.....2 Três.....3 Quatro.....4 Cinco ou mais.....5
C25	Ele (a) tem um irmão gêmeo?	Não.....0 Sim.....1 Não sabe informar.....9
C26	Qual a posição da criança na família	Primeiro filho.....1 Segundo filho.....2 Terceiro filho.....3 Quarto filho.....4 Quinto filho ou +.....5
C27	Você saberia me dizer qual foi o intervalo de idade entre o irmão que nasceu antes e a criança?	Nenhum.....0 < 2 anos.....1 ≥ 2 anos.....2 Não sabe informar.....9
C28	Você saberia me dizer qual foi o intervalo de idade entre o irmão que nasceu depois da criança?	Nenhum.....0 < 2 anos.....1 ≥ 2 anos.....2 Não sabe informar.....9

“Vou fazer algumas perguntas para você sobre o cuidador principal”

C29	Qual é o nome completo (<i>cuidador principal</i>)? _____	
C30	Qual a idade? (<i>cuidador principal</i>)	____ anos
C31	Qual a religião? (<i>cuidador principal</i>)	Católica.....1 Evangélica.....2 Espírita.....3 Protestante.....4 Sem religião.....5 Outro _____.....6
C32	Qual a raça/cor da pele? (<i>cuidador principal</i>) Entrevistador: ler as alternativas	Branca.....1 Preta.....2 Parda (morena/mulata).....3 Amarela (oriental).....4 Indígena5

C33	Qual a última série que ele(a) estudou? (<i>cuidador principal</i>)	Nenhum.....0 Fundamental incompleto.....1 Fundamental (1º grau completo)...2 Médio incompleto.....3 Médio Completo.....4 Superior (3º grau).....5 Não sabe informar.....9
C34	Qual a situação conjugal? (<i>cuidador principal</i>) Entrevistador: <i>ler as opções</i>	Solteiro.....1 Casado(a)2 União estável/vive companheiro(a)...3 Separado(a).....4 Viúvo(a)5
C35	Qual a ocupação? (<i>cuidador principal</i>) Entrevistador: <i>ler as alternativas</i>	Autônomo.....1 Trabalhador com carteira assinada...2 Trabalhador informal.....3 Do lar.....4 Aposentado.....5 Sem trabalho no momento6 Outro7
C36	Precisou, alguma vez, largar o emprego para cuidar da criança?	Não.....0 Sim.....1 Não sabe informar.....9
C37	Precisou faltar ao trabalho para cuidar da criança?	Não.....0 Raramente.....1 Frequentemente.....2 Não sabe informar.....9

V. Dados Socioeconômicos e Demográficos da Família

“Vou fazer algumas perguntas sobre a família da criança”

C38	A família da criança recebe algum tipo de auxílio do governo federal?	Não.....0 Sim.....1 Não sabe informar.....9
C38a	Se sim , Qual?	Bolsa Família.....1 Benefício de prestação Continuada..2
C39	A família recebe algum tipo de auxílio de outras fontes, tais como familiares, amigos, outras instituições governamentais ou não governamentais, ou ainda religiosas?	Não.....0 Sim.....1 Não sabe informar.....9
C39a	Se sim , Qual?	

Vou fazer algumas perguntas para você sobre a residência da criança

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE RISCO FAMILIAR

BLOCO A – Sentinelas de Risco de caráter individual		
A1	<p>Na casa da criança mora alguém que se encontre acamado?</p> <p><i>Entrevistador: pessoa acamada é aquela restrita a sua casa, por qualquer motivo e/ou incapacidade de locomover-se sozinha sem a ajuda de terceiros.</i></p>	<p>Não.....0 <input type="checkbox"/></p> <p>Sim.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>Nº de pessoas <input type="checkbox"/></p>
A2	<p>Na casa da criança mora alguém que possua deficiência física?</p> <p><i>Entrevistador: pessoa com deficiência física é aquela que devido à condição física, de longa duração ou permanente, dificulta ou impede essa pessoa da realização de determinadas atividades do dia a dia, escolares, de trabalho ou de lazer</i></p>	<p>Não.....0 <input type="checkbox"/></p> <p>Sim.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>Nº de pessoas <input type="checkbox"/></p>
A3	<p>Na casa da criança mora alguém que possua deficiência mental?</p> <p><i>Entrevistador: pessoa com deficiência mental é aquela que devido à condição física, de longa duração ou permanente, dificulta ou impede essa pessoa da realização de determinadas atividades do dia a dia, escolar, trabalho ou lazer.</i></p>	<p>Não.....0 <input type="checkbox"/></p> <p>Sim.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>Nº de pessoas <input type="checkbox"/></p>
A4	<p>Na casa da criança mora alguém muito abaixo do peso ou que tenha recebido diagnóstico de desnutrição grave?</p>	<p>Não.....0 <input type="checkbox"/></p> <p>Sim.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>Nº de pessoas <input type="checkbox"/></p>
A5	<p>Na casa da criança mora alguém que utilize drogas legais e/ou ilegais?</p> <p><i>Entrevistador: drogas legais e/ou ilegais são aquelas que apresentem potencial para causar dependência química. Incluindo álcool, cigarro, medicações controladas (benzodiazepínicos e barbitúricos) e drogas ilegais (maconha, crack, cocaína, etc).</i></p>	<p>Não.....0 <input type="checkbox"/></p> <p>Sim.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>Nº de pessoas <input type="checkbox"/></p>
A6	<p>Na casa da criança mora alguém que esteja desempregado?</p>	<p>Não.....0 <input type="checkbox"/></p> <p>Sim.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>Nº de pessoas <input type="checkbox"/></p>
A7	<p>Na casa da criança mora alguém que não seja alfabetizado?</p> <p><i>Entrevistador: Não alfabetizada é aquela pessoa que não sabe ler e escrever no mínimo um bilhete.</i></p>	<p>Não.....0 <input type="checkbox"/></p> <p>Sim.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>Nº de pessoas <input type="checkbox"/></p>
A8	<p>Na casa da criança mora alguém com menos de seis meses de idade?</p>	<p>Não.....0 <input type="checkbox"/></p> <p>Sim.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>Nº de pessoas <input type="checkbox"/></p>

A9	Na casa da criança mora alguém com mais de 70 anos de idade?	Não.....0 <input type="checkbox"/> Sim.....1 <input type="checkbox"/> Nº de pessoas <input type="checkbox"/>
A10	Na casa da criança mora alguém com Hipertensão Arterial Sistêmica? <i>Entrevistador: Portador de hipertensão arterial sistêmica é aquele que faz uso de medicação para pressão ou que possua um valor de pressão arterial igual ou maior que 140/90 mmHg.</i>	Não.....0 <input type="checkbox"/> Sim.....1 <input type="checkbox"/> Nº de pessoas <input type="checkbox"/>
A11	Na casa da criança mora alguém com Diabetes Mellitus?	Não.....0 <input type="checkbox"/> Sim.....1 <input type="checkbox"/> Nº de pessoas <input type="checkbox"/>

BLOCO B – Sentinelas de Risco de caráter não-individual

☺ Para avaliar as condições de saneamento são considerados atributos como destino do lixo, tratamento da água no domicílio e destino de fezes e urina. A sentinela recebe pontuação (3) se ao menos uma das seguintes situações estiver presente: lixo ou esgoto a céu aberto ou água sem tratamento.

Condições de Saneamento Básico

B1	O local onde a criança mora apresenta: - lixo a céu aberto; - água sem tratamento; - esgoto a céu aberto.	Não.....0 <input type="checkbox"/> Sim.....1 <input type="checkbox"/> Nº de pessoas <input type="checkbox"/>
-----------	--	---

Relação Morador/ Cômodo

☺ A relação morador/cômodo é definida pelo número de moradores dividido pelo número de cômodos da residência. São considerados cômodos todos os compartimentos integrantes do domicílio separados por paredes, inclusive banheiro, cozinha e áreas externas com fins residenciais. Não são contabilizados corredores, varandas, depósitos, garagem, áreas sem fins residenciais.

B2	Quantos moradores há na casa da criança?	Nº <input type="checkbox"/>
B3	Quantos cômodos há na casa da criança?	Nº <input type="checkbox"/>

*Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses. **Vamos começar? No domicílio tem __X__ (leia cada item)***

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSU I	Quantidade que possui			
		1	2	3	4 +
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, note e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
	Rede geral de distribuição
	Poço ou nascente
	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
	Asfaltada/Pavimentada
	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? *Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.*

	Analfabeto / Fundamental I incompleto
	Fundamental completo
	Médio incompleto
	Médio completo /Superior incompleto
	Superior completo

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO¹

Projeto de pesquisa: Crianças com necessidades especiais de saúde atendidas em serviços de atenção primária em saúde: prevalência e acesso

Autores: Prof^a Dr^a Enf^a Eliane Tatsch Neves ; Enf^a Dda. Andrea Moreira Arrué; Silvana Granado N. da Gama; Regina Aparecida Garcia de Lima.

Local da coleta de dados: serviços de saúde da atenção primária

Prezado (a) Senhor (a): _____ você está sendo convidado (a) a participar de uma entrevista, a participação deste estudo é de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder as perguntas, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: identificar e classificar o grau de risco familiar das famílias de crianças com necessidades especiais de saúde.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista em que de acordo com suas respostas as perguntas sobre a situação familiar será avaliado o risco familiar.

Benefícios. Os resultados desta pesquisa poderão auxiliar na tomada de decisões do serviço de saúde nos níveis primários, secundários e terciários para que suas ações dirigidas as famílias possam ser mais efetivas. Este estudo não possui nenhum benefício de origem financeira.

Riscos. Existe o risco de desvelar sentimentos e percepções que possam gerar algum desconforto aos sujeitos em virtude da fala de suas vivências. Nestes casos a entrevista será interrompida e ou conforme o caso suspensa.

Sigilo. Como vai garantir o anonimato, as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma, será utilizada a letra “F” (F1, F2, F3...), correspondente a inicial da palavra familiares.

Acesso a informações: Em caso de dúvidas a respeito do estudo, poderá telefonar para a pesquisadora responsável Profa Dra Eliane Tatsch Neves (55) 3220-8938 ou (55)- 3220-8473. Os dados serão guardados na sala 1336 da UFSM, localizado na Av. Roraima, n. 1000, bairro Camobi. Santa Maria – RS. CEP: 97105-900 e após cinco anos serão destruídos.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, concordo em participar desta pesquisa.

Santa Maria, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do familiar/cuidador

Eliane Tatsch Neves

¹ * Endereço do Comitê de Ética/UFSM: Prédio da Reitoria, 2º andar, sala do Comitê de Ética, Fone: 55- 3220-9362.

¹ Este termo será apresentado em duas vias, uma para o participante e outra que ficara com o pesquisadores.

¹ Contatos com os pesquisadores: (55)- 3220-8938; e-mail: eliane.neves@ufsm.br; e-mail: andrea.mor@hotmail.com;

APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE, PRIVACIDADE E SEGURANÇA DOS DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM*

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE, PRIVACIDADE E SEGURANÇA DOS DADOS

Projeto de pesquisa matricial: Crianças com necessidades especiais de saúde atendidas em serviços de atenção primária em saúde: prevalência e acesso.

Título do Subprojeto de Pesquisa: Grau de risco social e de saúde de famílias de crianças com necessidades especiais de saúde

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Eliane Tatsch Neves

Mestranda: Fernanda Portela Pereira

Instituição/Departamento: Programa de Pós Graduação em Enfermagem - PPGENF/UFSM.

Telefone para contato: (55) 3220-8938

Local da coleta de dados: Serviços de saúde de atenção primária

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos cujos dados serão coletados *por meio do instrumento adaptado da Escala de Risco Familiar Coelho-Savassi*, e que estas informações serão utilizadas para compor um banco de dados. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e os instrumentos serão guardados por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Pesquisadora do projeto Prof^ª Dr^ª Eliane Tatsch Neves na sala 1336 do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, localizado na Av. Roraima, n. 1000, Prédio 26. Bairro Camobi. Santa Maria – RS. CEP: 97105-900. Após este período, os dados serão destruídos. Após este período, os dados serão destruídos. A emenda deste projeto de pesquisa foi revisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 14/10/2014, com o número do CAAE 3260814.2.0000.5346.

Santa Maria, _____.de _____ de 20____

Eliane Tatsch Neves

*Endereço do Comitê de Ética/UFSM: Prédio da Reitoria, 2º andar, sala do Comitê de Ética, Fone: 55- 3220-9362 Contatos com os pesquisadores: (55)- 3220-8938; e-mail: eliane.neves@ufsm.br; e-mail: nandapp_enf@yahoo.com.br