

## **Atenção a saúde da criança e adolescente: um olhar sobre o perfil sócio - familiar dos internos da clínica pediátrica de um hospital escola**

Raquel de Albuquerque BARBOSA<sup>1</sup>

Rafael Nicolau CARVALHO<sup>2</sup>

Elisângela Braga de AZEVEDO<sup>3</sup>

Daiane de QUEIROZ<sup>4</sup>

Divanda Cruz ROCHA<sup>5</sup>

Roberta Costa MEIRA<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Assistente Social, Graduada pela Universidade Federal da Paraíba. . E-mail: raquel\_abarbosa@hotmail.com

<sup>2</sup> Assistente Social, Mestre pela Universidade Federal da Paraíba. Professor Assistente I da Universidade Federal da Paraíba, Preceptor da Residência multiprofissional em Saúde da Família (UFPB). E-mail: zahim1@hotmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental Comunitária da UFPB. E-mail: elisaz@terra.com.br

<sup>4</sup> Enfermeira, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba. Professora da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande/PB. E-mail: daiane.qz@gmail.com

<sup>5</sup> Enfermeira, Especialista em Enfermagem Pediátrica e Puericultura e Enfermagem do Trabalho, Docente, Faculdade de Ciências Médicas e UEPB. E-mail - divandac@hotmail.com

<sup>6</sup> Psicóloga. Especialista em Psicologia da Saúde-UFRN. João Pessoa – PB, Brasil. E-mail: robertacmeira@hotmail.com.

**Recebido em: 28/07/2012 - Aprovado em: 18/12/2012 - Disponibilizado em: 30/12/2012**

### **RESUMO:**

Objetivou-se investigar as condições sócio-familiares de pacientes internos na Clínica Pediátrica do Hospital Universitário de João Pessoa-PB, analisando o grau de interferência na saúde de crianças e adolescentes e o que tem ocasionado à hospitalização. Trata-se de uma pesquisa quantitativa e de campo, realizada com 15 acompanhantes dos internos, no período de março a julho de 2010. Averiguamos que, quanto ao número de pessoas por família, 33,3% possuem de 3 a 5 pessoas, 33,3% possuem mais de 5 pessoas e 33,3% possuem de 1 a 3 pessoas. Com relação ao chefe de família ainda há uma predominância (72%) de ser o pai, porém, é seguido pelos avôs (14%) cuja responsabilidade é transferida, precedido pela mãe (7%) e o padrasto (7%). Percebemos que 79% dos chefes de família são homens. A maioria das mães (53%) tem o ensino fundamental incompleto, seguido das que cursaram o ensino médio completo (20%), 13% possuem o ensino médio incompleto, presidido de apenas 1 (7%) que só foi alfabetizada. A maior parte (53%) dos pais possui o ensino fundamental incompleto, presidido do alto índice de analfabeto (27%), ainda, 13% são alfabetizados, mostrando a desigualdade do acesso entre homens e mulheres à educação. As condições socioeconômicas e educacionais familiares interferem diretamente nas condições de saúde das crianças sobre sua responsabilidade, uma vez que, o fato dessas crianças estarem internas demonstram essas fragilidades.

**Palavras-chave:** Família. Socioeconômicas. Direito a saúde. Crianças. Adolescentes. Internação.

## **Attention health of children and adolescents: a look at the socio - family of internal clinic of a pediatric teaching hospital**

### **ABSTRACT:**

This study aimed to investigate the socio-family inpatient Pediatric Clinic in the University Hospital of João Pessoa, analyzing the degree of interference in the health of children and adolescents and has caused the hospitalization. This is a quantitative research and field, carried out with 15 companions of the inmates in the period from March to July 2010. Then used to establish that as the number of persons per household, 33.3% have 3-5 people, 33.3% have more than 5 people and 33.3% have 1-3 people. With respect to the head of the family there is a predominance (72%) to be the father, however, is followed by grandparents (14%) whose responsibility is transferred, preceded by the mother (7%) and stepfather (7%). We noticed that 79% of household heads are men. Most mothers (53%) had incomplete primary education, followed by who attended high school (20%), 13% had incomplete secondary education, chaired only one (7%) which was not literate. Most (53%) of the parents has completed elementary school, presided over the high rate of illiterate (27%), although 13% are literate, showing the inequality of access between men and women to education. The socioeconomic and educational family interfere directly in the health conditions of children about their responsibility, since the fact that these children demonstrate these weaknesses are internal.

**Keywords:** Family. Socioeconomic. Right to health. Children. Adolescent. Hospitalization.

## INTRODUÇÃO

A origem do conceito de família advém da evolução do homem, cujos primeiros indícios derivam da sociedade primitiva. No entanto, é em estudos feitos por Morgan (*apud* Engels, 2002), que estuda e explica esse processo de evolução da família citando vários estágios no qual há registros de grupos conjugais. Contudo, é a *família burguesa* relatada por Engels (2002) que se aproxima do modelo predominante, composta por pai, mãe e filhos, cuja figura da mãe estar para suprir as necessidades materiais e afeto de seus filhos, que ocasiona a dependência da mulher pelo marido até para seu sustento, pois o homem estar para prove às necessidades de sua família.

A *família proletária* o matrimônio é monogâmico, de acordo com os acontecimentos históricos. Inicialmente com a industrialização os membros da família trabalhavam para seu sustento, com o passar dos anos a *família proletária* se aproxima dos padrões da *família burguesa*, quando a burguesia passa a se preocupar com a qualidade de vida de seus empregados, no qual a mulher passa a ficar mais tempo em casa a fim de cuidar do lar e dos filhos. Este quadro se transforma com o processo de industrialização, quando a mulher passa a compor com o seu trabalho na indústria e abandonando o lar, acaba com toda hegemonia do homem no lar proletário.

O processo de urbanização, marco da modernização do Brasil, que reflete nas famílias condicionando-as a viverem nas cidades, abandonando o meio rural, sobrevivendo amontoadas em sobrados, desse modo, se fez necessária à ação dos higienistas, que determinaram regras e normas para serem seguidas. Portanto, é com o desenvolvimento do Brasil que surge os primeiros resquícios de normalização médica da família brasileira, com medidas de higiene e saúde do trabalhador. Contudo, a mãe torna-se responsável pela educação e formação moral das crianças, e ao mesmo tempo é livre para o convívio social e para o consumo comercial. Inicialmente a presença feminina no mercado de trabalho era composta por mão-de-obra desqualificada, é a partir de 1930, que as mulheres passaram a ter presença significativa nos cursos superiores, a princípio essa mudança ocorreu entre as mulheres das classes de elite e das classes médias urbanas (SAMARA, 2002, *apud* MONCORVO, 2008, p. 17 e 18).

A sociedade brasileira contemporânea, não é mais agrária e escravocrata, mas vive ainda resquícios de toda história, com pequenos hábitos e costumes característicos da nascente tão miscigenada. No entanto, um conjunto de transformações sociais determinou mudanças no estilo de vida das famílias, o que vem se refletindo em transformações nos papéis parentais. Entre estas mudanças, pode-se citar a inserção da

mulher no mercado de trabalho, os movimentos feministas e o aumento no número de divórcios. Pois o amor é uma condição fundamental para o matrimônio, é essencial que permaneça, que ocorra nas outras concepções de família. Dados estatísticos recentes demonstram que o número de mulheres chefes de família aumentou, outra característica relevante da família contemporânea é a tendência do tamanho cada vez mais reduzido das famílias, com a redução do número de filhos por mulher (TRINDADE, 1998, *apud* MONCORVO, 2008, p. 19).

Essas modificações no contexto socioeconômico em que se insere a família provocaram uma desestruturação, uma desagregação ou até mesmo uma crise, na essência da família, como diz Losacco (2007, p.64), que a família é “a célula do organismo social que fundamenta a sociedade [...] lugar de pertencimento, de questionamentos, instituição responsável pela introjeção de valores e pela formação de identidade”.

Portanto,

O empobrecimento da família impõe mudanças significativas na organização familiar, criando novos desafios e dificuldades para o exercício de suas funções primordiais de proteção, de pertencimento, de construção de afeto,

da educação, de socialização. Frequentemente, estas funções estão enraizadas na sua cultura, principalmente nas mães de família, que receberam por um processo de qualificação informal e contínuo, no qual as representações e as práticas vão se construindo naturalmente (BATISTA, *apud* LOSACCO, 2007, p.65).

Logo, as relações afetivas estão intrínsecas ao longo do processo de institucionalização da família, que hoje, sofre diferentes organizações e novos modos de relacionamentos, que implica aos novos laços conjugais e novos arranjos familiares, não só a mãe exerce a função e desempenho desses papéis, como do pai, avós, tios e/ou novos responsáveis, para reprodução de dinâmicas sócio-históricas. A instituição família vive um processo de enfraquecimento na sua coesão, vista como uma nova representação pelos organismos jurídicos, pois não é constituída unicamente pelo casamento e sim por uma união estável (LOSACCO, 2007).

É o processo de globalização da economia capitalista, que gera um processo de mudanças ocorridas no plano socioeconômico-culturais, vêm alterando a dinâmica e estrutura familiar, provocando

mudança no padrão clássico da organização familiar, acendendo novas formas de famílias, que contemplam a diversidade das relações presentes na sociedade.

Deste modo,

É a família que propicia os aportes afetivos e, sobretudo, materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes. Ela desempenha um papel decisivo na educação formal e informal; é em seu espaço, que são absorvidos os valores éticos e morais, e onde se aprofundam os laços de solidariedade. É também em seu interior que se constroem as marcas entre as gerações e são observados valores culturais (GOMES; PEREIRA, 2004, p. 358).

Portanto, a família é identificada como um fundamento da sociedade, que propicia aos indivíduos um bem-estar, como lembranças, emoções, sentimentos, identidade, enfim um significado único para cada indivíduo. Contudo, a família assume uma variedade de formas construídas a partir de elementos da realidade, que modifica de acordo com sua época, essas formas são denominadas como arranjos familiares.

Devido à mudança da economia, que atravessa do agrário para o industrial, advindo da revolução industrial, provoca profundas alterações na vida econômica, social e cultural da população, gerando altos índices de desigualdade social. Ou seja, é uma estrutura de poder vigente que gera crescente riqueza para poucos e pobreza para muitos, que altera as condições de sobrevivência, minando expectativas de superação do estado de pobreza. Pois a desigualdade de rendas impõe sacrifícios e renúncias para toda a família. Como afirma Petrini (*apud* GOMES; PEREIRA, 2004, p. 360) “à medida que a família encontra dificuldades para cumprir satisfatoriamente suas tarefas básicas de socialização e de amparo/serviços aos seus membros, criam-se situações de vulnerabilidade”. Ou seja, a família depende de condições para sua sustentação e manutenção de seus vínculos.

Nesta perspectiva, este estudo objetivou investigar as condições sócio-familiares de pacientes internos na Clínica Pediátrica de um Hospital Universitário em João Pessoa-PB, analisando o grau de interferência na saúde de crianças e adolescentes e o que tem ocasionado à hospitalização.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo caracterizou-se como uma pesquisa de campo, cuja premissa

parte de uma investigação de caráter exploratório, que procura se familiarizar com o problema, tal estudo é de natureza quantitativa, que está voltada para compreender e explicar as relações sociais, assim, objetiva os relatos, expressados por elementos matemáticos para compreender a realidade (MINAYO, 1994). Ou seja, essa pesquisa visou compreender e explicar as relações sociais que, por sua vez, é um universo de crença, valores, atitudes e hábitos.

Os sujeitos da pesquisa foram os familiares de usuários de internação prolongada, situados na Clínica Pediátrica, assistidos por um Hospital Universitário. A amostra foi constituída de 25% do total de aproximadamente 60 usuários ao mês, baseado no percentual de meses anteriores, assim, foram entrevistados 15 acompanhantes dos pacientes, por serem os representantes legais dos usuários. A mesma foi coletada no período de março a julho de 2010.

O instrumento utilizado foi entrevista semiestruturada, com base em 28 questões, a fim de obter informações contidas no contexto social dos envolvidos, e assim, realizar a análise crítica, por meio de análise de conteúdo, com o intuito de responder os questionamentos levantados.

No que se refere à Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, o presente trabalho foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPB, assim, o pesquisador vem garantir aos

entrevistados o esclarecimento sobre o conteúdo da pesquisa, tendo o compromisso de resguardar a integridade de todos os envolvidos para que não haja nenhum risco e desconforto, protegendo-o de uma discriminação, firmado pelo termo de consentimento livre e esclarecido, com um via com o pesquisado e outra com os pesquisadores.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A família é a instituição essencial de uma sociedade, é quem forma os cidadãos, com valores e crenças próprias, que vem sofrendo alteração devido aos determinantes socioeconômicos em que estão inseridas, contudo, sua estrutura trará forte rebatimento na questão de saúde das crianças.

Dessa forma, os relatos dos pesquisados demonstram que a quantidade de pessoas por família está ligada diretamente a condições socioeconômicas da mesma, assim, averiguamos que há um equilíbrio de (33,3%) que corresponde a 05 pesquisados, dessa forma (33%) de 3 a 5 pessoas por família, (33%) com mais de 5 pessoas por família e de (33%) com 1 a 3 pessoas por família. No entanto, ao juntarmos o percentual de 3 a 5 pessoas com o de mais de 5 pessoas (66,6%), percebemos um alto índice de moradores na mesma residência dificultando assim, a melhoria nas condições de saúde das crianças.

Logo, o elevado número de membros por família irá refletir diretamente na saúde de todos, principalmente da criança por serem mais vulneráveis. Segundo o IBGE (2009) o número médio de pessoas por domicílio em 2008 era de 3,3 moradores. A renda familiar na maioria dos casos é menor que um salário mínimo, este fato dificulta a promoção à saúde destes, além das baixas condições de moradia em que vivem.

Vale ressaltar que alguns dos entrevistados (acompanhantes) residem com sua família na casa de seus pais (avós da criança), afirmando a porcentagem de mais de 5 membros por moradia, sem esquecer dos novos arranjos familiares que englobam no convívio parentes de segundo, terceiro grau.

Destarte, esse alto número de pessoas residentes na mesma moradia, vem acarretar a mortalidade infantil, devido à falta de recurso para prover as necessidades de todos os indivíduos, visto que, a ausência de recursos materiais é um importante potencializador do risco para a mortalidade infantil.

No que se refere ao chefe de família, desse público alvo, ainda há uma predominância (72%) de ser o pai, porém, é seguido pelos avós (14%) cuja responsabilidade é transferida, precedido pela mãe (7%) e outros (7%), que compete ao padrasto. Percebemos que 79% dos chefes de família são homens.

O perfil da família na sociedade brasileira foi modificada, por mudanças nos

seus aspectos, no seu estilo de vida, que alterada por pressupostos históricos, econômicos e sociais. Os fatores que contribuíram para essa mudança são: a baixa taxa de fecundidade, a banalização do divórcio, redução do número de filhos, aumento do número de famílias chefiadas por um só cônjuge, com maior reincidência sobre as mulheres, aumento de união estável, entre outros.

Assim, vários fatores transformam o modelo singular da família, essas modificações advêm do contexto socioeconômico em que se encontra a família brasileira, acarretando alterações em sua estrutura. Uma vez que, a instituição família vem sofrendo transformações em sua organização com novos modelos de relacionamentos, que alude aos novos laços conjugais e novos arranjos familiares, “não só a mãe exerce a função e desempenho desses papéis, como do pai, avós, tios e/ou novos responsáveis, para reprodução de dinâmicas sócio-históricas” (LOSACCO, 2007).

Destarte, ainda prevalece o modelo de família nuclear, composta por pai, mãe e filhos, um modelo idealizado e produzido culturalmente, porém, que vivencia ao longo de sua história, transições.

Contudo, segundo dados do IBGE (2006) “mais de 65% da população idosa chefiavam os domicílios em que viviam, e havia 5,6 milhões de idosos trabalhando, em todo o país.” Dessa forma, as famílias

chefiadas por idosos são caracterizadas por possuírem um menor poder aquisitivo, por pertencerem ao contingente que são favorecidas por benefícios cedidos pelo governo federal.

A escolaridade dos pais é outro fator que interfere diretamente na promoção a saúde de uma família, assim, constatamos que a maioria das mães (53%) só cursou o ensino fundamental incompleto, seguido das que cursaram o ensino médio completo (20%), com 13% que cursaram o ensino médio incompleto, presidido de apenas 1 (7%) que só foi alfabetizada e 01 que não soube informar, visto que foi a tia da criança que a acompanhou.

A educação está intrínseca com as condições de pobreza e conseqüentemente de saúde, pois a falta de escolaridade minimiza as condições socioeconômicas, com baixos recursos para prover as necessidades básicas da família. Ao mesmo tempo interfere diretamente na promoção a saúde, com cuidados básicos de higiene, na procura de atendimento médico, visto que, em sua maioria, percebe-se a presença da mulher no cuidado direto da criança, sendo as mulheres que levam seus filhos para o atendimento a saúde.

Estudos comprovam que a educação está diretamente associada com a procura das mulheres por serviços de saúde. Mulheres com melhor grau de escolaridade buscam atendimento mais rápido, quando comparadas

as mulheres de baixa escolaridade. Tal fato pode estar relacionado ao melhor conhecimento que as mulheres com melhor índice de escolaridade possam ter sobre os sinais e sintomas que podem comprometer a saúde do seu filho.

A escolaridade do pai trás alguns dados diferentes, com a maior parte (53%) possuindo o ensino fundamental incompleto, presidido do alto índice de analfabeto (27%), e com 13% de alfabetizados. Tal resultado mostra a desigualdade do acesso entre homens e mulheres à educação. Observou-se que apenas 1 pai (7%), cursou o ensino médio incompleto, se contrapondo as mulheres cuja prevalência foi de 13%, além disso 20% concluíram o ensino médio.

Há uma desigualdade no acesso a educação entre homens e mulheres, comprovados por estudos feitos pelo IBGE (2006), cujo nível de escolaridade da mulher é maior do que a do homem, dados confirmados pela presente pesquisa.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A situação em que se encontra a família nos atuais dias, sem solidificação, sem recursos para prover suas necessidades, interfere diretamente na saúde de seus membros, cujos mais vulneráveis são as crianças. Tal fato pode refletir em maior

número de internações e por períodos mais prolongados.

Averiguamos que há uma quantidade significativa de pressoras residindo no mesmo domicílio, observou-se ainda que o pai é predominantemente o chefe de família predominantemente é o pai, e que as mulheres possuem um grau de escolaridade mais elevado. Dessa forma, o baixo nível de escolaridade dos pais, pode vir a interferir diretamente na promoção a saúde dos membros da família.

As condições socioeconômicas e educacionais familiares interferem diretamente nas condições de saúde das crianças sobre sua responsabilidade, uma vez que, o fato dessas crianças estarem internas demonstram essas fragilidades. Percebe-se um alto índice de moradores na mesma residência dificultando assim, a melhoria nas condições de saúde e vida das crianças.

Neste sentido, vimos à necessidade de análises mais pontuais sobre a temática para que novas estratégias políticas sejam aprovadas e efetivadas no país. Assim, almejamos que este estudo seja base de projetos posteriores, visando à qualidade da saúde de crianças e adolescentes, futuro do nosso país.

## REFERÊNCIAS

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

GOMES, Mônica Araújo; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 2005, vol.10, n.2, p. 357-363.

IBGE, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **IBGE detecta mudanças na família brasileira**. 2006. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=774](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=774)> Acesso em: 30. Nov.2010.

\_\_\_\_\_, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **PNAD 2009: rendimento e número de trabalhadores com carteira assinada sobem e desocupação aumenta**. 2009. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1708](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1708)> Acesso em: 28.nov. 2010.

LOSACCO, Silvia. O jovem e o contexto familiar. In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amalia Faller (org.). **Família: Redes, Laços e Políticas Públicas**. 3 ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais. IEE/PUCSP, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) *et al.* **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MONCORVO, Maria Cecília Ribeiro. **Criando os filhos sozinho: a perspectiva feminina da família monoparental**. 2008. 106 f. Dissertação (Mestrado), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.