



Avaliação do atributo da integralidade na atenção primária à saúde da criança

Evaluation of the attribute of comprehensiveness in primary health care for children

Evaluación del atributo de integralidad en la atención primaria de salud del niño

Suzana Lins da Silva^{1,2}, Malaquias Batista Filho¹, Maria de Fátima Costa Caminha^{1,2}, Camila Carvalho dos Santos¹, Thais de Albuquerque Corrêa¹, Elisama da Paz Oliveira Lima¹, Carmina Silva dos Santos^{1,2}, Luciana Marques Andreto², Mirella Romão Martins^{1,2}, Rafaella Christine Tenório de Arruda^{1,2}.

RESUMO

Objetivo: Avaliar, segundo a ótica dos usuários o atributo a integralidade na atenção à saúde da criança num aglomerado urbano subnormal. **Métodos:** Estudo avaliativo de corte transversal com coleta de dados de entre abril a agosto de 2019. Adotando-se amostra de conveniência, o inquérito estudou pais/cuidadores das crianças menores de 3 anos. Os dados foram analisados no Stata 12.1. Os dados categóricos foram descritos através de tabelas de distribuição de frequências. **Resultados:** Foram abordados 103 responsáveis de crianças de 0 a 3 anos de idade. O atributo da integralidade dos serviços prestados recebeu avaliações positivas dos participantes, enquanto que integralidade serviços disponíveis apresentou um escore menor que 6,66. **Conclusão:** O atributo “Integralidade - serviços disponíveis” demonstrou uma certa vulnerabilidade, havendo a necessidade de uma reorganização da oferta de serviços para atender às necessidades básicas de saúde, devendo-se aprimorar serviços já disponibilizados. A integralidade nos serviços de saúde deve analisar o indivíduo em sua totalidade a fim da promoção, proteção e recuperação da saúde.

Palavras-chave: Integralidade em saúde, Atenção primária à saúde, Saúde da criança, Serviços de saúde da criança, Pesquisa sobre serviços de saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate, from the perspective of users, the attribute of comprehensiveness in child health care in a subnormal urban agglomeration. **Methods:** Evaluative cross-sectional study with data collection from April to August 2019. Adopting a convenience sample, the survey studied parents/caregivers of children under 3 years of age. Data were analyzed in Stata 12.1. Categorical data were described using frequency distribution tables. **Results:** 103 guardians of children from 0 to 3 years of age were approached. The attribute of comprehensiveness of services provided received positive evaluations from participants, while comprehensiveness of available services had a score lower than 6.66. **Conclusion:** The attribute “Comprehensiveness - available services” showed a certain vulnerability, with the need to reorganize the supply of services to meet basic health needs, with the need to improve services already available. Comprehensiveness in health services must analyze the individual as a whole in order to promote, protect and recover health.

Keywords: Integrality in health, Primary health care, Child health, Child health services, Health care surveys.

¹ Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Recife - PE.

² Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife - PE.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar, desde la perspectiva de los usuarios, el atributo de integralidad en la atención a la salud del niño en un aglomerado urbano subnormal. **Métodos:** Estudio transversal evaluativo con recolección de datos de abril a agosto de 2019. Adoptando una muestra de conveniencia, la encuesta estudió a padres/cuidadores de niños menores de 3 años. Los datos se analizaron en Stata 12.1. Los datos categóricos se describieron mediante tablas de distribución de frecuencias. **Resultados:** Se abordaron 103 tutores de niños de 0 a 3 años. El atributo de integralidad de los servicios prestados recibió valoraciones positivas por parte de los participantes, mientras que la integralidad de los servicios disponibles obtuvo una puntuación inferior a 6,66. **Conclusión:** El atributo "Integralidad - servicios disponibles" mostró cierta vulnerabilidad, con la necesidad de reorganizar la oferta de servicios para atender las necesidades básicas de salud, con la necesidad de mejorar los servicios ya disponibles. La integralidad en los servicios de salud debe analizar al individuo como un todo para promover, proteger y recuperar la salud.

Palabras clave: Integralidad en Salud, Atención primaria de salud, Salud del niño, Servicios de salud del niño, Encuestas de atención de la salud.

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) se tornou um grande alicerce ao Sistema Único de Saúde (SUS) desde o seu surgimento. Com a execução da Conferência de Alma Ata, em 1978, houve um grande distanciamento do padrão médico de atendimento, e, conseqüentemente, a valorização e o reconhecimento da saúde como um direito de todos os indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Tal conferência estabeleceu oito elementos essenciais a serem considerados nas ações de cuidados primários de saúde, sendo eles: educação em saúde; saneamento ambiental; programa de saúde materno-infantil, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado das doenças mais comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de saúde mental e promoção de boa alimentação (RIBEIRO FA, 2007).

A APS era vista como uma solução para sistemas inadequados de gerenciamento de doenças. Ao fornecer um sistema equilibrado de tratamento, prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de serviços acessíveis e apropriados, esperava-se que essa abordagem englobasse algumas das principais desigualdades em saúde observadas. Ao mesmo tempo, é notório que os serviços de saúde por si só não são a resposta e precisa-se de uma grande reorientação (TALBOT L e VERRINDER G, 2017). No Brasil, a APS tem uma importância significativa para todos os indivíduos que utilizam o Sistema Público de Saúde. Com a superlotação dos hospitais públicos, o atendimento fica cada vez mais desatencioso, desumano e mecânico. Porém, na atenção primária, porta de entrada do sistema de saúde, a relação entre os profissionais da equipe e a comunidade é mais próxima, o que permite uma assistência individualizada, contínua e humanizada (CASTRO RCLD, et al., 2012).

Em contrapartida, há obstáculos a serem enfrentados no que se refere à atenção primária à saúde, tais como: sua depreciação; complicação do processo de trabalho dos dirigentes; patrocínio escasso; dificuldades da educação profissional e a crise de modelo decorrente da fragmentação do sistema (FACCHINI LA, et al., 2018). Ademais, deve-se considerar que os cuidados primários são vistos por muitos como um processo simples e de baixa complexidade, contribuindo para a sua desvalorização. Ademais, esse sistema de atenção à saúde ainda precisa ser substancialmente fortalecido para administrar tanto a carga crescente de doenças crônicas não transmissíveis quanto o aumento dos gastos com saúde (MENDES EV, 2015). No que se refere à saúde infantil, a assistência à saúde deve ser redobrada, devido a vulnerabilidade às doenças, especificamente nos primeiros cinco anos de vida. Em vista disso, para uma construção adequada e satisfatória do cuidado, é de extrema relevância englobar todos os aspectos que se fazem presentes ao redor da criança (família, comunidade, creche, unidade básica de saúde, e hospitais de alta complexidade), o que favorecerá o alcance de uma assistência integral sublime e de qualidade (CYPEL S, 2011).

Dessa maneira, mais recentemente, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento

materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). A PNAISC organiza-se em eixos, dentre eles a promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral; atenção integral às crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O atributo integralidade diz sobre ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Tal princípio se caracteriza por “Serviços disponíveis e Serviços prestados”. “Integralidade – Serviços disponíveis” analisa a diversidade de ações e práticas que a APS é capaz de realizar, objetivando que deveria ter a capacitação para identificar e desempenhar todos as dificuldades e problemas de saúde habituais em sua população. Já “Integralidade – Serviços prestados” mensura a técnica, a maneira e o procedimento de atividades exercidas pelo profissional (CASTRO RCLD, et al., 2012). Também é importante salientar a imunização na primeira infância, que através do Programa Nacional de Imunizações (PNI) é possível monitorar e eliminar possíveis doenças, possibilitando uma maior expectativa de vida. Assim, a continuidade do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança necessariamente deve introduzir as ações de imunoprevenção para o cuidado integral nos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Nesse sentido, a hipótese desse estudo é de que há um interesse primacial em investigar como se encontra a atenção primária à saúde infantil em espaços urbanos de precárias condições de vida, como os assentamentos urbanos subnormais. Portanto, o objetivo do estudo foi avaliar, segundo a ótica dos usuários, o atributo integralidade na atenção à saúde da criança num aglomerado urbano subnormal.

MÉTODOS

Estudo avaliativo, transversal, com coleta de dados entre abril a agosto de 2019, realizado em 2 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do estado de Pernambuco. Adotando-se amostra de conveniência, o inquérito estudou pais/cuidadores das crianças menores de 3 anos registradas pelos Agentes Comunitários de Saúde das duas Unidades Básicas de Saúde da localidade. Na coleta dos dados, os pais/cuidadores foram entrevistados em seus domicílios ou nas UBS, onde, todas as informações foram colhidas por técnicos adequadamente instruídos, treinados e habilitados. Incluíram-se os participantes que haviam se consultado nos últimos 6 meses, e, foram excluídos todos os usuários com falta de informação sobre o objetivo do estudo. A amostra do estudo atual compõe-se de todas as crianças de zero a três anos de idade disponíveis no banco de dados original. Foram estudadas as variáveis sociodemográficas: responsável da criança, sexo da criança, idade materna, chefe da família, escolaridade do chefe da família e classe econômica (definida a partir do Critério Brasil 2015 de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP).

O instrumento utilizado para a coleta de dados na pesquisa original foi o PCATool-Brasil na versão criança composta por 55 itens divididos em 10 componentes. Para este estudo foi avaliado o componente “atributo integralidade”, no qual se enquadra como um leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Este leque de serviços engloba ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequada ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Para o banco de dados de interesse específico deste estudo, foi elaborado um arquivo *ad hoc* seletivamente construído a partir das informações digitadas e validadas na pesquisa primária. As variáveis foram recodificadas quando foi necessário para análise estatística, de acordo com os objetivos propostos. Os dados originais foram digitados no Programa Excel com dupla entrada e validados no Epi-Info 3.5.3. Na análise do estudo atual os dados categóricos foram descritos através de tabelas de distribuição de frequências absolutas e relativas utilizando o programa Stata 12.1.

Os escores do atributo integralidade foram calculados pela média dos valores das respostas dos itens que os compõem, sendo depois transformados em uma escala de 0 a 10 por meio da fórmula: $[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10/4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})$. Os valores de escores maior ou igual que 6,6 foram classificados como altos, o que corresponde ao valor três ou mais na escala Likert e $< 6,6$, como baixos. Utilizou-se o programa Excel. O estudo original foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Abordando Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (CEP/IMIP), Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 71239917.3.0000.5201. Número do parecer: 2.349.110.

RESULTADOS

Durante o período do estudo foram abordados 103 responsáveis de crianças de 0 a 3 anos de idade, das quais 54 (52,4%) crianças eram do sexo feminino e 49 (47,6%) do sexo masculino. Na **tabela 1**, os principais cuidadores das crianças eram mães (86,4%), com a idade prevalente entre 20 e 35 anos (79,6%). Mais da metade dos responsáveis entrevistados faziam parte da unidade de saúde da UBS 2 (57%). 32% dos chefes da família possuía ensino médio completo e a classe econômica prevalente foi a C1, o equivalente a uma renda familiar de R\$1.195,00.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de cuidadores de crianças cadastradas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família de uma comunidade carente no nordeste do Brasil, 2020.

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

Legenda: C1 = Renda familiar em torno de R\$1.541,00. C2 = Renda familiar em torno de R\$ 1.024,00. D-E = Renda familiar entre R\$714,00 e R\$477,00. *Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), 2018.

Fonte: Silva SL, et al., 2023.

Na **Tabela 2**, estão os valores médios dos escores atribuídos pelos cuidadores das crianças referente ao atributo integralidade. O atributo integralidade serviços prestados recebeu avaliações positivas dos participantes, enquanto o atributo integralidade serviços disponíveis apresentou um escore menor que 6,66.

Tabela 2 - Valores médios e desvios padrão do atributo Integralidade conferidos das crianças cadastradas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família de uma comunidade carente no nordeste do Brasil, 2020.

Atributo	Média	Escore
Integralidade aos serviços disponíveis	2,48	4,96
Integralidade aos serviços prestados	3,29	7,65

Fonte: Silva SL, et al., 2023.

Na **Tabela 3**, pode-se observar os escores da validação de cada variável abordada com relação ao atributo integralidade – serviços disponíveis.

Tabela 3 - Avaliação dos usuários pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família sobre o atributo Integralidade - Serviços disponíveis em uma comunidade carente no nordeste do Brasil, 2020.

Atributo Integralidade Serviços Disponíveis	
Variáveis	Média (Escore)
Vacinas (imunizações)	3,99 (9,96)
Verificação da participação das famílias em benefícios sociais	2,58 (5,26)
Planejamento familiar	3,64 (8,8)
Programa de suplementação nutricional	1,49 (1,63)
Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas	2,07 (3,59)
Aconselhamento para problemas de saúde mental	2,22 (4,06)
Sutura de um corte que necessite pontos	1,44 (1,46)
Aconselhamento e solicitação de teste Anti-HIV	3,14 (7,13)
Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais	1,77 (2,56)

Fonte: Silva SL, et al., 2023.

Na **Tabela 4**, podemos analisar os escores da validação de cada variável abordada com relação ao atributo integralidade serviços prestados. Nesse item todos os indicadores tiveram escores superiores a 6,6.

Tabela 4 - Avaliação dos usuários pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família sobre o atributo Integralidade - Serviços Prestados em uma comunidade carente no nordeste do Brasil, 2020.

Atributo Integralidade Serviços Prestados	
Variáveis	Média (Escore)
Orientações para manter a criança saudável	3,58 (8,6)
Segurança no lar: como guardar os medicamentos com segurança	3,25 (7,5)
Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança	3,39 (7,96)
Maneiras de lidar com os problemas de comportamento da criança	3,06 (6,89)
Maneiras para manter a criança segura	3,17 (7,23)

Fonte: Silva SL, et al., 2023.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo evidenciam que, para o atributo integralidade serviços disponíveis os usuários conferiram baixas médias de escores (<6,6), já para atributo integralidade serviços prestados, os usuários conferiram altas médias de escores (>6,6). Isto aponta que a perspectiva estrutural do atributo integralidade está precária, não sendo possível observar uma estrutura eficiente para oferecer o serviço de saúde de forma integral, em todas as suas dimensões.

A avaliação dos atributos da APS é extremamente significativa para se obter uma boa assistência a todos os indivíduos que utilizam esse sistema, oferecendo, assim, elementos fundamentais que servem de parâmetros para a preparação de uma boa e adequada gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; PINHEIRO ALS, et al., 2016; DAMASCENO SS, et al., 2016). Além disso, esses atributos constituem indicadores relevantes de qualidade da atenção básica, funcionando para analisar as potencialidades de diferentes modalidades presentes nos serviços de saúde (SANTOS NCCDB, et al., 2018).

Os escores baixos deste estudo com relação ao atributo integralidade serviços disponíveis tiveram resultado similar ao apresentado em outras pesquisas (COSTA MA, et al., 2020; SILVA GS, ALVES CRL, 2019). Essa realidade evidencia a escassez de uma rede ampla de serviços que atenda às necessidades essenciais de saúde da população infantil e de suas respectivas famílias. Na perspectiva do princípio “serviços disponíveis”, as necessidades de saúde das crianças devem ser reconhecidas, e os serviços de APS devem dispor de recursos para supri-las, além de ser fundamental a identificação dos profissionais e gestores sobre as necessidades de saúde da população a fim de disponibilizar ações e serviços de forma equânime (FERREIRA VD, et al., 2016).

A assistência voltada às orientações de situações comuns, como aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas e aconselhamento para problemas de saúde mental é insuficiente, o que revela a carência de condutas na APS que melhoram o enfrentamento de situações que abalam fortemente o ambiente familiar, como o uso de drogas e problemas de saúde mental (DINIZ SGDM, et al., 2016). A alfabetização em saúde é fundamental para que as pessoas gerenciem com eficiência sua própria saúde. Isto, obviamente, requer uma série de habilidades e conhecimentos sobre saúde e cuidados de saúde, incluindo encontrar, compreender, interpretar e comunicar informações de saúde, buscar cuidados adequados e tomar decisões críticas de saúde (KELEHER H, HAGGER V, 2007).

É nítido que um sistema de saúde primário apropriado e universalmente acessível demanda uma agenda ativa e baseada na pesquisa de abordagens para lidar com a baixa alfabetização em saúde, enquanto os prestadores de cuidados de saúde devem estar sempre em alerta para os problemas generalizados de alfabetização em saúde que abrangem todas as faixas etárias da sociedade (KELEHER H, HAGGER V, 2007). A vulnerabilidade é um indicador de possíveis danos futuros. O termo “vulnerabilidade” tem sido utilizado em diversos contextos, tais como: insegurança alimentar, meios de subsistência, desastres naturais e, também, gestão geral de riscos. Os fatores sociais são uma das causas mais importantes da vulnerabilidade das comunidades expostas. O gênero, a condição de saúde pública e as infraestruturas públicas são algumas das principais categorias de vulnerabilidade social. Essa questão impacta profundamente na vida dos indivíduos, acarretando em sérios problemas tanto na vida cotidiana, como na saúde (OROZCO I, et al., 2020).

O perfil sociodemográfico dos indivíduos que utilizavam a estratégia de saúde da família apontou vulnerabilidade econômica e social, assim como em outro estudo (FERREIRA VD, et al., 2016; ARAUJO JP, et al., 2018). A existência de programas assistenciais busca reduzir as desigualdades sociais e colaborar no desenvolvimento de uma sociedade mais igualitária, oferecendo apoio às famílias mais pobres (MARTINS BA, RUCKERT FQ, 2019). A verificação da participação das famílias em benefícios sociais é uma informação importante na coleta de informações do usuário para poder averiguar se o mesmo tem direito a esse proveito, pois, muitos clientes não tem conhecimento sobre os trâmites para conquistar tais benefícios. Além disso, isso permite a compreensão do profissional de saúde sobre a renda do usuário que está sendo atendido, assim como conhecer seu perfil socioeconômico (SOARES SSD, et al., 2019).

Quanto ao programa de suplementação nutricional, a maior parte da amostra não tem entendimento, o que aponta um risco nutricional desta população e evidencia sua carência, fato que compromete a promoção e proteção da saúde, pois faz parte dos itens fundamentais para o adequado crescimento e desenvolvimento infantil (BORTOLINI GA, et al., 2020). A escassez da suplementação nutricional reduz o enfrentamento de problemas como infecções, desnutrição, doenças crônicas e fatores de risco como sobrepeso, obesidade, inatividade física, estresse e alimentação inadequada (DINIZ SGDM, et al., 2016). O item “sutura de um corte que necessite de pontos” recebeu uma avaliação extremamente baixa, assim como “identificação de problemas visuais”. É verídico que, na conjunção da atenção primária à saúde na cidade em estudo não há a

disponibilidade de suturas, pois, essa assistência é consignada para serviços de urgência e emergência e outros serviços encarregados dessa necessidade. A implantação dessas medidas na APS diminuiria a procura do usuário nos outros serviços que são mais superlotados, como é o caso dos hospitais de grande porte, além de satisfazer às necessidades do cliente (SILVA GS, ALVES CRL, 2019; FRACOLLI LA, et al., 2015).

Quanto à segunda perspectiva do atributo integralidade, que se refere aos serviços prestados, todos os indicadores apresentaram-se satisfatórios, assim como em outros estudos, o que indica que esses fatores são sempre abordados pelos profissionais (SILVA GS, ALVES CRL, 2019; DINIZ SGDM, et al., 2016; FRACOLLI LA, et al., 2015; PENSO JM, et al., 2017). Tal achado demonstra que as UBS Coelhos I e Coelhos II realiza a promoção da saúde, com orientações sobre a saúde da criança, evitando, assim, a busca do usuário aos serviços secundários e terciários da rede de atenção à saúde de maneira desnecessária, o que fortalece o vínculo do usuário com o profissional, além de valorizar e fazer jus ao serviço de atenção primária em saúde (SANTOS RR, et al., 2016).

Foi possível observar que os participantes não avaliaram bem as questões que envolvem o atributo integralidade voltado para os serviços disponíveis, ou seja, não foi adequado o atendimento das necessidades dos indivíduos de uma maneira ampliada, transformadora e centrada no indivíduo. É válido lembrar que a Integralidade da assistência é a base para o alcance de uma melhor qualidade das ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação. Uma possível explicação para tal fato pode ser a inexistência de alguns serviços e ações nas unidades, ou mesmo a falta de divulgação destes por parte dos profissionais de saúde. Sendo assim, seria eficaz realizar uma reorganização do processo de trabalho dos serviços de saúde (COUTINHO SED, et al., 2020; SANTOS RR, et al., 2016). Estudo que teve por objetivo avaliar a atenção à criança pelo Programa Saúde da Família demonstrou a desqualificação dos profissionais de saúde a respeito das medidas preventivas, de controle e de promoção da saúde da criança, com insuficiente atuação dos profissionais. Para os autores, estes acontecimentos podem ser explicados pela sobrecarga de trabalho dos profissionais, onde os atendimentos são voltados na queixa principal do paciente sem tratar de outros aspectos do processo saúde-doença (COSTA GDD, et al., 2011).

É importante ressaltar que os cuidados de saúde primários de qualidade significam cuidados de saúde essenciais baseados em práticas e métodos cientificamente sólidos, culturalmente apropriados e socialmente aceitáveis, pois devem ser universalmente acessíveis às condições das pessoas em suas comunidades, ser integral e ter uma função central do sistema de saúde, além disso, deve ser o primeiro nível de contato com o sistema de saúde vigente (TALBOT L, VERRINDER G, 2017). A comunicação interprofissional é fundamental para uma boa dinâmica na equipe, o que promove e estimula um cuidado humanista e totalmente centrado no paciente e na sua família. Sendo assim, o exercício interprofissional na área da saúde é essencial para que se tenha um trabalho funcionante e de qualidade, pois, isso aumenta a resolutividade do serviço, além de dar valor e legitimidade à integralidade do cuidado à saúde dos usuários do Sistema público de saúde (PREVIATO GF, BALDISSERA VDA., 2018).

Como limitações deste estudo podemos citar a dificuldade da população em conseguir atendimento devido às reformas que estavam sendo realizadas na unidade de posto de saúde Coelhos I, no qual coincidiu com o período de coleta de dados da pesquisa.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou identificar algumas falhas no que se refere ao atributo integralidade na atenção primária à saúde em um aglomerado urbano subnormal. Na avaliação dos cuidadores das crianças sobre o atributo integralidade, foi possível observar que o atributo “Integralidade - serviços prestados” foi bem avaliado, porém, o atributo “Integralidade - serviços disponíveis” demonstrou uma certa vulnerabilidade e precariedade. A integralidade nos serviços de saúde deve analisar o indivíduo em sua totalidade a fim da promoção, proteção e recuperação da saúde e, em consequência disso, apresentar uma maior qualidade de vida e atenção à saúde no grau de complexidade necessário. Isso demonstra a necessidade de uma reorganização da oferta de serviços para atender às necessidades básicas de saúde e, ainda, deve-se aprimorar a utilização dos serviços disponibilizados.

REFERÊNCIAS

1. ARAUJO JP, et al. Avaliação dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde da criança. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2018; 71: 1366-1372.
2. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). Critério de classificação econômica, 2018. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
3. BORTOLINI GA, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2020; 44: 39.
4. CASTRO RCLD, et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública*, 2012; 28: 1772-1784.
5. COUTINHO SED, et al. Avaliação em saúde: dimensão processual e estrutural da saúde da criança na atenção primária. *Saúde em Debate*, 2020; 44: 115-129.
6. COSTA MA, et al. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2020; 24: 190628.
7. COSTA GDD, et al. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). *Ciênc. Saúd. Coletiva*, 2011; 16: 3229-3240.
8. CYPEL S. Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2011: 21. Disponível em: http://agendaprimeirainfancia.org.br/arquivos/Fundamentos_do_developmento%20infantil.pdf.
9. DAMASCENO SS, et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016; 21: 2961-2973.
10. DINIZ SGM, et al. Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança. *Rev. Enfermagem*, 2016; 37(4).
11. FACCHINI LA, et al. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*, 2018; 42: 208-223.
12. FERREIRA VD, et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. *Escola Anna Nery*, 2016; 20(4).
13. FRACOLLI LA, et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo–Brasil. *Mundo Saude*, 2015; 39(1): 54-61.
14. KELEHER H e HAGGER V. Health literacy in primary health care. *Australian j of primary health*, 2007; 13(2): 24-30.
15. MARTINS BA e RUCKERT FQ. O Programa Bolsa Família e a educação: uma análise da produção científica brasileira fundamentada na base de dados SciELO (2003-2018). *Revista Brasileira de Educação*, 2019; 24.
16. MENDES EV. A construção social da atenção primária à saúde. Conselho Nacional de Saúde. 2015; 45. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf.
18. 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), 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – Orientações para Implementação. Brasília: Ministério da Saúde. 2018:120. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>.
20. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil. 2010. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/139421/000837729.pdf?sequence=1>.
21. OROZCO I, et al. Assessment of the water, environmental, economic and social vulnerability of a watershed to the potential effects of climate change and land use change. *Water*, 2020; 12(6): 1682.
22. PENSO JM, et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. *Rev. Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2017; 12(39): 1-9.
23. PINHEIRO ALS, et al. Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2016; 25(3): 1-9.
24. PREVIATO GF e BALDISSERA VDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2018; 22: 1535-1547.
25. RIBEIRO FA. Atenção primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica. (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo), 2007.
26. SANTOS RR, et al. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. Brazilian Journal of Health Research*, 2016; 18(1): 130-139.
27. SANTOS NCCDB, et al. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. *Cad Saúde Pública*, 2018; 34: e00014216.
28. SILVA GS e ALVES CRL. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. *Cad Saúde Pública*, 2019; 35: e00095418.
29. SOARES SSD, et al. Uma proposta para a unificação dos benefícios sociais de crianças, jovens e adultos pobres e vulneráveis, 2019.
30. TALBOT L e VERRINDER G. Promoting health: the primary health care approach. Elsevier Health Sciences, 2017.