

Prevalência de integralidade e fatores associados na saúde da criança em municípios da 4ª região de saúde do Rio Grande do Sul

Prevalence of integrality and associated factors in child health in municipalities of the 4th health region of Rio Grande do Sul

Jordana Lopes Carvalho¹

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0985-2766V>

Juliana Silveira Colomé³

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8059-1482>

Mônica Tábata Heringer Streck⁵

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7906-9785>

Gabriele Rissotto Menegazzo²

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4181-0267>

Bruna Cristiane Furtado Gomes⁴

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4327-1973>

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani⁶

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3825-9734>

Teresinha Heck Weiller⁷

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2531-0155>

Resumo

Objetivo: Investigar a prevalência do atributo integralidade e seus fatores associados à saúde da criança nos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, Brasil. **Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo transversal multinível de caráter regional. A população foi composta por familiares/cuidadores de crianças que acessam os serviços de Atenção Primária. Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário de caracterização e o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Brasil versão criança. A análise de dados foi realizada através do programa Stata 14.0. **Resultados:** Do total de 1000 entrevistados, a prevalência da integralidade foi de 45% (Intervalo de Confiança: 41,9-48,1) no cenário avaliado. Crianças com faixa etária entre 12 a 18 anos apresentaram 30% menor prevalência do atributo integralidade quando comparadas com aquelas de até 5 anos de idade. **Conclusão:** Os responsáveis por crianças mais velhas procuram os serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde de forma menos integral. A prevenção de agravos e doenças em crianças necessita de um conjunto de medidas a serem tomadas, que devem articular o cuidado para que haja menores limitações e mais oportunidades para crianças e suas famílias acessarem os serviços de saúde de forma integral, principalmente tratando-se de crianças mais velhas. Espera-se que este estudo contribua para a construção de novos alicerces e práticas em saúde relacionadas à integralidade na saúde da criança.

Palavras-chave: atenção primária à saúde. Saúde de criança; integralidade em saúde; pesquisa sobre serviços de saúde

Abstract

Aim: Investigate the prevalence of integrality attribute and associated factors in child health of the municipalities of the 4th Regional Health Coordination, Brazil. **Materials and**

¹ Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: jordanalcarvalho@gmail.com

² Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: gabi_menegazzo@hotmail.com

³ Centro de Saúde, Universidade Franciscana, RS, Brasil. E-mail: julianacolome@yahoo.com.br

⁴ Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: brunacfurtado@gmail.com

⁵ Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: monicastreck@hotmail.com

⁶ Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: jessyesm@hotmail.com

⁷ Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: teresinha.weiller@ufsm.br

Methods: A multilevel cross-sectional study with regional character was carried out. The population consisted of family members/caregivers of children who access Primary Care services. For data collection, a characterization questionnaire and the Brazil Health Assessment Instrument for Primary Health in child version were used. Data analysis was performed using the Stata 14.0 program. **Results:** Of the total 1000 respondents, the prevalence of integrality was 45% (Confidence Interval: 41.9-48.1) in the assessed scenario. Children aged 12 to 18 years showed a 30% lower prevalence of the integrality attribute when compared to those up to 5 years of age. **Conclusion:** The caregivers of older children seek health services in Primary Health Care in a less integral way. The prevention of diseases and illnesses in children requires a set of measures to be taken, which must articulate the care to fewer limitations and more opportunities for children and their families to access health services in an integral manner, especially in the case of older children. It is expected that this study will contribute to the construction of new foundations and practices in health with relation to child' health integrality.

Keywords: primary health care; child health; health services research

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) envolve um conjunto de ações e serviços, exercendo um dos principais papéis dos sistemas de saúde, como porta de entrada, atuando como agente para serviços prestados a toda a população, com vistas à redução de problemas comuns com a oferta de ações curativas, preventivas e reabilitadoras^{1,2}.

A integralidade da assistência é um princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, entendido como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de saúde de forma preventiva, no contexto social, individual e coletivo da população, de modo a ser ofertada em todos os níveis de complexidade e atenção do sistema³. A integralidade da atenção, atributo essencial da APS, exige que seja reconhecida adequadamente a variedade de serviços prestados e disponíveis, de maneira a alcançar um alto nível de desempenho ao atender as reais necessidades da população, de forma que haja evidências de que os serviços estão sendo oferecidos de forma adequada para atender essas necessidades de acordo com as distintas complexidades, capazes de ofertar um cuidado integral e humanizado¹.

Ademais, o atributo da integralidade, temática deste estudo, é considerado como um fator fundamental na produção do cuidado ao oferecer suporte e

atenção às necessidades da saúde da criança levando em consideração o contexto histórico e familiar^{1,4}. Com isso, um instrumento de avaliação dos serviços de saúde validado com base nos atributos da APS torna-se necessário para identificar a percepção dos usuários quanto aos serviços prestados, nesse caso, os voltados à saúde da criança.

A avaliação dos serviços de saúde baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processos e resultados dos serviços de saúde, propostos pela Triáde de Donabedian⁵. A estrutura diz respeito aos recursos humanos, físicos e financeiros usados para fornecer o cuidado à saúde. O processo abrange as ações constitutivas da atenção à saúde, enquanto os resultados referem-se às mudanças nas condições de saúde da população que foram promovidas pelos cuidados recebidos. Esses aspectos permitem que sejam mensurados os diversos fatores envolvidos na qualidade da atenção à saúde⁵.

A Ferramenta de Avaliação de Cuidados Primários (em inglês "Primary Care Assessment Tool" - PCATool) Brasil, versão criança, permite avaliar o grau de orientação à APS em serviços de saúde com modelos de saúde diversos. No caso do presente estudo, foi utilizada a versão criança para avaliar a percepção de cuidadores e/ou familiares. O atributo da integralidade é aferido através desse instrumento.

Na atenção à criança, as ações realizadas no âmbito da APS são indispensáveis para a prevenção e promoção à saúde, pois essas possibilitam a diminuição da mortalidade infantil. A existência de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) estruturada de acordo com princípios, diretrizes e eixos estratégicos que ofereçam a garantia ao direito à vida e a saúde com acesso universal a todos, tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança por meio de ações que visem à redução da morbimortalidade infantil mediante a atenção integral e cuidados integrados⁷.

Torna-se necessário que os serviços de saúde ofereçam de forma adequada acompanhamento sistemático da criança, promovendo a continuidade da assistência, fortalecendo a integralidade da atenção. Considera-se que o ser humano deve ser tratado em sua forma subjetiva e singular; para isso, o olhar do profissional é fundamental para promover uma assistência de qualidade, fortalecendo o vínculo e a interação profissional/paciente, desmitificando assim a fragmentação do processo do cuidar,^{1,2} haja vista que ações descontínuas e fragmentadas do cuidado contribuem para o processo de adoecimento infantil, pois para oferecer um cuidado integral e humanizado o profissional necessita abdicar do reducionismo da atenção, avaliando o paciente como um todo, incluso em um contexto, de maneira a oferecer ações que evitem o adoecimento precoce, ou seja, ações de saúde norteadas pela integralidade⁸.

No contexto da saúde da criança na APS, o processo de assistência necessita estar bem articulado, pois envolve um sujeito e seu contexto familiar, pelo qual é necessário levar em consideração sua singularidade em meio à da sua família e/ou responsáveis, em relação ao meio onde vivem⁹. Por esses motivos e pelo fato de não haver estudos de nosso conhecimento investigando a integralidade em nível regional, o objetivo deste estudo foi

investigar a prevalência do atributo integralidade e seus fatores individuais e contextuais associados à saúde da criança nos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS).

Materiais e Métodos

Delineamento e amostra do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional transversal multinível, decorrente do protejo matricial “*Primary Care Assessment Tool* (PCATool): Avaliação da Atenção Primária na 4ª Coordenadoria Regional de saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS)”. As diretrizes do guia ‘*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*’ (STROBE) foram seguidas para escrever este manuscrito.

O território de atuação da 4ª CRS/RS é composto por 32 municípios. A pesquisa foi realizada em 148 unidades de APS em duas regiões de saúde: Verdes Campos e Entre Rios. A sede da 4ª CRS localiza-se em Santa Maria/RS a 286 km da capital e possui 542.357 habitantes¹⁰.

Ressalta-se que a Região Verdes Campos possui uma população de 417.906 habitantes e é composta por 21 municípios: Santa Maria; Quevedos; Júlio de Castilhos; Pinhal Grande; Toropi; São Martinho da Serra; Nova Palma; São Pedro do Sul; Itaara; Ivorá; Faxinal do Soturno; Dona Francisca; Silveira Martins; São João do Polesine; Agudo; Dilermando Aguiar; Restinga Seca; Paraíso do Sul; Formigueiro; São Sepé e Vila Nova do Sul, totalizando 101 unidades de APS (40 UBS/T e 61 UBS/ESF). A Região Entre Rios é integrada por 11 municípios com 123.915 habitantes integrada por: Santiago; Itacurubi; Unistalda; Capão do Cipó; São Francisco de Assis; Esperança do Sul; Jaguari; Jari; Mata; São Vicente do Sul e Cacequi, totalizando 47 unidades de APS (20 UBS/T e 27 UBS/ESF)¹¹.

A população desta amostra foi composta por 1.061 familiar/cuidadores de crianças que acessam os serviços de APS. A amostragem foi não probabilística, por conveniência, considerando a estimativa da média populacional através do cálculo amostral de crianças pertencentes aos municípios da 4ª CRS/RS. A amostra por conveniência envolve os participantes convenientes disponíveis para participar do estudo, ou seja, aqueles que se encontravam disponíveis nas Unidades básicas de Saúde nos momentos de coleta. Esse método costuma consumir menos tempo, ser mais acessível e possuir maior facilidade no seu processo¹².

Foram adotados como critérios de inclusão ser cuidador ou responsável legal por crianças que possuíssem a APS como porta de entrada e tivessem acessado essa mais de uma vez para obtenção da assistência, com idade ≥ 18 anos na data da entrevista. Foram excluídos aqueles que não possuíam habilidades cognitivas e físicas para responder ao instrumento e também os que passavam pelo primeiro atendimento no serviço.

Coleta de dados e Variáveis avaliadas

Para realização da coleta de dados, foi utilizado o instrumento de avaliação da APS, *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) Brasil na sua versão criança. Esse instrumento mede a presença e extensão dos atributos: acesso de primeiro contato, da longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, além de orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural⁶, seguindo os pressupostos da tríade de avaliação de Donabedian⁵. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a junho de 2015 por meio de *tablets* com o *software* Epi Info® 7.0 que continha o questionário socioeconômico e demográfico, bem como o PCATool Brasil versão criança.

Dessa forma, foi possível exportar os dados coletados disponíveis nos *tablets* para um computador/notebook, para

garantir a confiabilidade dos dados e minimizar possíveis falhas, tanto no aparelho como falhas na digitação e dados repetidos. Os avaliadores (estudantes de graduação e pós-graduação da UFSM) receberam um treinamento com carga horária de 10 horas para compreender o instrumento e seu conteúdo, previamente ao contato com os entrevistados. Os instrumentos da pesquisa foram aplicados de forma presencial nas Unidades de Saúde, com contato prévio junto aos coordenadores para conhecimento da rotina de cada unidade e para informar-se sobre a possibilidade e disponibilidade para a realização da pesquisa, de forma a coincidir a coleta dos dados com a rotina de atendimento da unidade, sem causar prejuízo ao setor. As avaliações, a fim de preservar o anonimato e priorizar a privacidade dos entrevistados, foram realizadas em locais reservados.

O atributo integralidade na APS foi considerado como desfecho deste estudo, foi categorizado de forma dicotômica com os pontos de corte de $<6,6$ para escore baixo do atributo e $\geq 6,6$ para escore alto do atributo. Quando a soma de respostas em branco e as com valor atribuído “(9)” atingisse 50% ou mais do total de itens do componente, esse entrevistado era excluído da análise. No caso desses valores serem inferiores a 50% do total de itens foi realizada uma transformação do valor “(9)” para o valor “(2)”. Essa transformação foi considerada necessária para pontuar negativamente quando houvesse características desse instrumento não reconhecidas pelo entrevistado⁶.

As variáveis socioeconômicas coletadas foram: sexo da criança (masculino/feminino), faixa etária (até 5 anos/6 a 11 anos/12 a 18 anos), presença de plano de saúde (sim/não), qual era o modelo de atenção em saúde acessado (UBS/USF/Mista) e qual sua renda familiar mensal, sabendo-se que o salário mínimo na época da coleta era de R\$788,00 (Até R\$788,00/ R\$789,00 a R\$1.576,00/

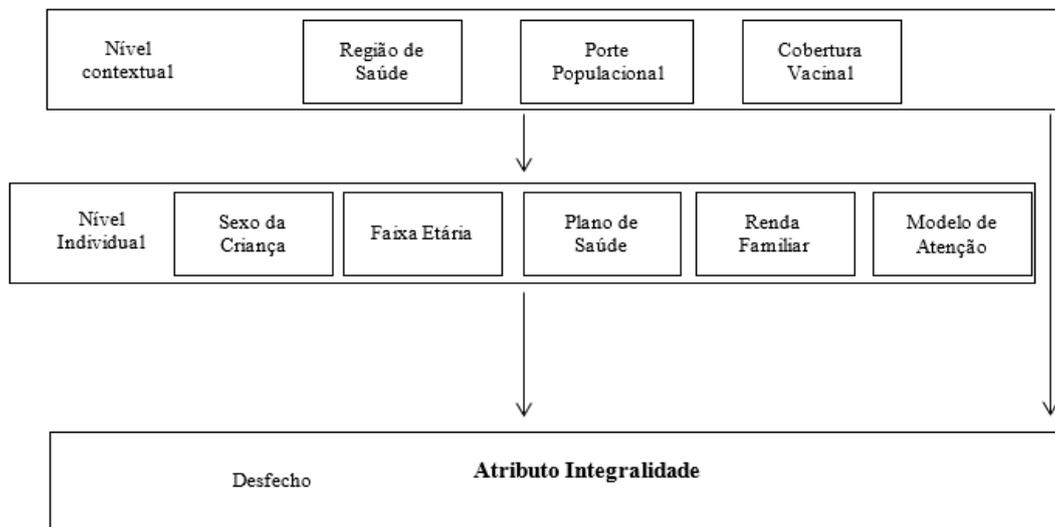
R\$1.577,00 a R\$2.364,00/ R\$2.365,00 a R\$3.152,00/ Mais de R\$3.152,00).

As variáveis contextuais, por sua vez, foram extraídas de um banco ecológico elaborado pelos pesquisadores, de acordo com as características dos municípios nos quais residiam os usuários entrevistados. Foram elas: região de saúde a qual o participante pertencia (Verdes Campos e Entre Rios), o porte populacional do município que residia (50 mil habitantes ou mais/25001 até 50 mil/2001 até 25 mil/

15001 até 20 mil/ 10001 até 15 mil/ 5001 até 10 mil/ 4001 até 5 mil /3001 até 4 mil/ até 3mil) e a cobertura vacinal categorizada em tercís (até 80,62%/ de 80,63% até 96,43%/ mais de 96,43%).

Para a análise estatística, foi elaborado um modelo teórico para a explicação das relações dos diferentes níveis das variáveis, elencando as dimensões individuais e contextuais e seu efeito no desfecho do atributo da integralidade (Figura 1).

Figura 1. Modelo teórico do atributo integralidade no cuidado à criança na atenção primária à saúde, segundo características individuais e contextuais.



Análise estatística

Os dados foram analisados por meio *Software* Stata 14.0 (Stata Corporation, College Station, TX, USA). Verificaram-se as frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas, a presença do atributo integralidade e a diferença entre as categorias através de uma regressão de Poisson multinível, na qual o primeiro nível foram os participantes do estudo, incluídos no segundo nível suas cidades de origem.

Foram obtidas razões de prevalência com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5% através de modelagem em duplo estágio, na qual o modelo 1 considerou apenas as variáveis contextuais e o modelo

2 acrescentou o bloco de variáveis individuais a estas. Para a análise de ajuste dos modelos, foi utilizado o deviance (Log likelihood), verificando-se assim significativas alterações estatísticas entre os modelos.

Preceitos éticos

O presente estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE: 34137314.4.0000.5346) e parecer 756.292. Todos os familiares/cuidadores participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE), aceitando participar do estudo. O projeto recebeu apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através do edital MCTI/CNPQ/Universal 447000/2017-4.

Resultados

Do total da amostra de 1.061 entrevistados, 1.000 completaram as questões relacionadas ao atributo integralidade, sendo que a prevalência desta na amostra estudada foi de 45% (IC: 41,9-48,1). A descrição da amostra, prevalência do atributo integralidade e Razões de Prevalência bruta, são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Descrição da amostra, prevalência do atributo integralidade e Razões de Prevalência bruta, Brasil, 2015 (n=1.000).

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência da Integralidade (IC 95%)	RP bruta (IC 95%)	Valor P
Região				
Verdes Campos	767 (76,78)	46,15 (42,64-49,70)	1	
Entre Rios	232 (23,22)	40,94 (34,78-47,41)	0,89 (0,71-1,11)	0,300
Porte Populacional				
50 mil ou mais	473 (47,30)	47,78 (43,30-52,30)	1	
25001 até 50 mil	80 (8,00)	45,00 (34,42-56,05)	0,94 (0,66-1,34)	0,738
2001 até 25 mil	104 (10,40)	43,27 (34,05-52,98)	0,91 (0,66-1,25)	0,544
15001 até 20 mil	103 (10,30)	43,69 (34,40-53,44)	0,91 (0,66-1,26)	0,583
10001 até 15 mil	52 (5,20)	32,69 (21,28-46,60)	0,68 (0,42-1,12)	0,131
5001 até 10 mil	91 (9,10)	42,86 (33,06-53,25)	0,90 (0,64-1,26)	0,531
4001 até 5 mil	29 (2,90)	44,83 (27,82-63,14)	0,94 (0,54-1,64)	0,823
3001 até 4 mil	38 (3,80)	31,58 (18,74-48,02)	0,66 (0,37-1,18)	0,162
Até 3 mil	30 (3,00)	56,67 (38,53-73,18)	1,18 (0,72-1,94)	0,498
Cobertura Vacinal				
Até 80,62%	195 (19,50)	40,51 (33,82-47,57)	1	
80,63% até 96,43%	691 (69,10)	46,60 (42,90-50,34)	1,15 (0,90-1,47)	0,265
Mais de 96,43%	114 (11,40)	42,98 (34,18-52,26)	1,06 (0,74-1,52)	0,745
Sexo				
Masculino	482 (48,39)	47,30 (42,87-51,78)	1	
Feminino	514 (51,61)	43,00 (38,77-47,33)	0,91 (0,76-1,09)	0,312
Faixa etária				
Até 5 anos	442 (45,06)	50,45 (45,79-55,11)	1	
6 a 11 anos	322 (32,82)	45,34 (39,96-50,83)	0,90 (0,73-1,11)	0,316
12 a 18 anos	217 (22,12)	35,48 (29,38-42,10)	0,70 (0,54-1,91)	0,008
Plano de Saúde				
Sim	171 (17,20)	51,46 (43,96-58,90)	1	
Não	823 (82,80)	43,74 (40,38-47,16)	0,83 (0,65-1,06)	0,135
Modelo de Atenção				
UBS	418 (42,61)	45,21 (40,49-50,03)	1	
ESF	426 (43,43)	46,48 (41,78-51,24)	1,03 (0,84-1,25)	0,786
Mista	137 (13,97)	41,60 (33,62-50,06)	0,92 (0,68-1,24)	0,582
Renda Familiar				
Até R\$788,00	390 (39,35)	42,82 (37,98-47,80)	1	
R\$789,00 a R\$1.576,00	427 (43,09)	46,60 (41,90-51,36)	1,09 (0,89-1,34)	0,420
R\$1.577,00 a R\$2.364,00	103 (10,39)	48,54 (39,01-58,19)	1,13 (0,83-1,55)	0,436
R\$2.365,00 a R\$3.152,00	50 (5,05)	38,00 (25,60-52,20)	0,89 (0,55-1,43)	0,622
Mais de R\$3.152,00	21 (2,12)	47,62 (27,41-68,64)	1,11 (0,59-2,10)	0,744

* Valores abaixo de 1.000 fazem parte de dados faltantes.

IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%; RP: Razão de Prevalência;

UBS: Unidade Básica de Saúde; ESF: Estratégia de Saúde da Família.

Quanto à população estudada, no que se refere ao nível contextual, a maior proporção da amostra foi na região Verdes Campos, com 767 indivíduos (76,78%), enquanto na região Entre Rios foi de 232 indivíduos (23,22%). Em relação ao porte populacional, a frequência maior foi de pessoas em cidades com 50 mil ou mais habitantes (47,30%) e com cobertura vacinal de 80,63% até 96,43% (69,10%).

Quanto ao nível individual da população estudada, o sexo da criança apresentou-se distribuído em maior proporção no feminino, com 514 usuários (51,61%), enquanto o masculino teve 482 usuários (48,39%); a maior representatividade da faixa etária destes foi de até 5 anos de idade (45,06%). Em relação ao plano de saúde, demonstrou-se que a maior parte da população estudada não possuía plano de saúde (82,80%) e somente 171 (17,20%) possuía. Do total, 427 (43,09%) informaram ter renda familiar de R\$789,00 a R\$1.576,00, seguidos de 390 (39,35%), que informaram renda de até R\$788,00. Em relação ao modelo de atenção, 137 (13,97%) referiram como fonte de atenção as unidades mistas,

enquanto 418 (42,61%) da população afiliavam-se nas UBS e, destes, 426 (43,43%) eram adscritos na ESF.

A prevalência do atributo integralidade se mostrou presente em ambas as regiões, sendo de 46,15% na região Verdes Campos e 40,94% na região Entre Rios. Uma maior prevalência foi encontrada em cidades com porte populacional de até 3.000 habitantes (56,67%) e com cobertura vacinal de 80,63% até 96,43% (46,60%). Quanto às variáveis individuais, todas apresentaram prevalência bruta do atributo integralidade, sendo que seu maior valor encontrado foi naqueles que possuíam plano de saúde (51,46%) e seu menor valor entre aqueles que estavam na faixa etária de 12 a 18 anos (35,48%).

A associação entre as variáveis individuais e contextuais com o atributo integralidade mostrou a associação apenas para a faixa etária de 12 a 18 anos (RP: 0,70; IC: 0,54-1,91) na análise de razão de prevalência bruta. A modelagem das razões de prevalência ajustadas para as variáveis de nível contextual e individual apresentam-se na Tabela 2.

Tabela 2. Razões de Prevalência ajustadas para as variáveis do nível de equipe de saúde e variáveis individuais, Brasil, 2015 (n=1.000).

VARIÁVEL	Modelo 1 RP ajustada (IC 95%)	Valor P*	Modelo 2 RP ajustada (IC 95%)	Valor P*
Região				
Verdes Campos	1		1	
Entre Rios	0,96 (0,64-1,43)	0,838	0,96 (0,62-1,47)	0,837
Porte populacional				
50 mil ou mais	1		1	
25001 até 50 mil	0,98 (0,58-1,67)	0,947	0,99 (0,56-1,73)	0,964
2001 até 25 mil	1,21 (0,67-2,18)	0,526	1,18 (0,62-2,25)	0,610
15001 até 20 mil	1,10 (0,70-1,74)	0,677	1,05 (0,64-1,72)	0,842
10001 até 15 mil	0,78 (0,40-1,50)	0,449	0,77 (0,39-1,52)	0,453
5001 até 10 mil	0,96 (0,66-1,40)	0,820	0,86 (0,55-1,34)	0,507
4001 até 5 mil	1,04 (0,56-1,95)	0,888	1,05 (0,54-2,06)	0,877
3001 até 4 mil	0,78 (0,40-1,53)	0,472	0,84 (0,42-1,68)	0,615
Até 3 mil	1,43 (0,76-2,70)	0,272	1,52 (0,78-2,98)	0,223
Cobertura Vacinal				
Até 80,62%	1		1	

VARIÁVEL	Modelo 1 RP ajustada (IC 95%)	Valor P*	Modelo 2 RP ajustada (IC 95%)	Valor P*
80,63% até 96,43%	1,34 (0,81-2,20)	0,252	1,38 (0,80-2,37)	0,241
Mais de 96,43%	1,15 (0,69-1,93)	0,585	1,19 (0,68-2,05)	0,541
Sexo				
Masculino			1	
Feminino			0,93 (0,77-1,13)	0,461
Faixa etária				
Até 5 anos			1	
6 a 11 anos			0,90 (0,72-1,11)	0,326
12 a 18 anos			0,70 (0,53-0,91)	0,008
Renda Familiar				
Até R\$788,00			1	
R\$789,00 a R\$1.576,00			1,04 (0,83-1,29)	0,752
R\$1.577,00 a R\$2.364,00			0,98 (0,70-1,38)	0,919
R\$2.365,00 a R\$3.152,00			0,81 (0,49-1,34)	0,417
Mais de R\$3.152,00			1,13 (0,56-2,28)	0,736
Plano de Saúde				
Sim			1	
Não			0,77 (0,59-1,01)	0,056
Modelo de Atenção				
UBS			1	
ESF			1,06 (0,84-1,35)	0,599
Mista			0,96 (0,67-1,37)	0,817

* referente às Razões de Prevalência ajustadas.

Modelo 1: apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco.

Modelo 2: as variáveis contextuais com $p < 10\%$ do modelo 1, mais as variáveis do nível equipe de saúde.

IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%; RP: Razão de Prevalência;

UBS: Unidade Básica de Saúde; ESF: Estratégia de Saúde da Família.

Após ajuste da análise apenas para variáveis contextuais, não foi encontrada nenhuma associação estatisticamente significativa com o atributo avaliado. Quando realizado o ajuste final (modelo 2), as crianças com faixa etária entre 12 a 18 anos apresentaram 30% menor prevalência do atributo integralidade quando comparadas com aquelas de até 5 anos de idade, independente das demais variáveis (IC: 0,53-0,91).

Discussão

O estudo revelou que os responsáveis por crianças mais velhas procuram os serviços de saúde na APS de forma menos integral, ou seja, observou-se maior prevalência do atributo integralidade entre crianças até cinco anos de idade. Os responsáveis por crianças na faixa etária de até cinco anos procuram mais os serviços de saúde na APS para realizar ações que

incluem puericultura e vacinação. Ainda, por vezes, crianças mais novas apresentam-se doentes mais frequentemente, haja vista que nessa fase da vida ocorre maior prevalência e exposição a riscos e perigos relacionados a novas doenças¹³. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), regulamentado pela Lei n.º 8.069/1990 e atualizado no ano de 2020, considera criança a pessoa com até 12 anos incompletos e adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos de idade¹⁴. Nessa perspectiva, necessitam-se avanços no que diz respeito aos cuidados junto à população de adolescentes, tendo visto que as ações de prevenção e promoção são o eixo orientador da atenção na APS, se deve articular o cuidado para que haja menores limitações e mais oportunidades para adolescentes e suas famílias acessarem os serviços de saúde de forma integral. A prevenção de agravos e doenças em crianças apresenta um conjunto de medidas a serem tomadas,

que necessitam articular o cuidado desde a APS até os serviços de maior complexidade, consolidando assim as Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁷.

Em relação à integralidade, 45% dos entrevistados atribuíram a prevalência do atributo no cenário avaliado. Tais achados corroboram com pesquisas que utilizaram o PCATool versão criança e avaliaram o atributo integralidade, evidenciando que os serviços ainda apresentam lacunas relacionada à disponibilidade dos serviços prestados, para os quais os familiares e/ou cuidadores necessitam dispor de recursos para obtê-los em prol da garantia da integralidade⁸⁻¹³. Para Starfield, a integralidade caracteriza-se pelo reconhecimento das reais necessidades da população, de forma que os usuários devem ser direcionados a um contexto amplo de saúde, voltado ao cuidado integral e à variedade de serviços disponíveis que atendam às suas necessidades de forma adequada¹.

No que se refere ao nível contextual, a prevalência bruta da integralidade e dos seus fatores associados foi analisada considerando a existência de duas regiões e uma eventual maior prevalência bruta do atributo na região Verdes Campos pode ter se dado pela amostra desta ter sido superior, além do fato de a cidade de Santa Maria, referência principal da 4ªCRS/RS, pertencer a Verdes Campos. A maior proporção de integralidade foi em cidades com até 3 mil habitantes, demonstrando um maior desempenho de cidades menores em atender as reais necessidades da população¹³.

Uma menor frequência de integralidade foi demonstrada nos municípios com cobertura vacinal de até 80,62%, comprovando que, quanto maior a cobertura vacinal, maior a prevalência do atributo integralidade, o que significa que a “disponibilidade de vacinas” atende às necessidades da população adscrita. Corroborando com esse resultado, Diniz e colaboradores evidenciaram em seu estudo a cobertura vacinal com *scores*

satisfatórios¹³. Uma possível avaliação a ser realizada em relação ao achado considera que os municípios possuem em suas equipes de saúde a presença do profissional de enfermagem, que tem como atribuição a coordenação do programa de imunização nos territórios, o que torna o acompanhamento mais efetivo. Da mesma forma, cabe destacar que o Programa Nacional de Imunização tem sido referido como efetivo no espaço da APS, respondendo positivamente na garantia da integralidade da atenção. A vacinação é considerada a maneira mais eficaz para evitar diversas doenças. As ações de vacinação são coordenadas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), o qual tem como objetivo erradicar, eliminar e controlar as doenças imunopreveníveis no território brasileiro⁷.

Em relação às demais variáveis de nível individual, a maior parte da população estudada não possuía plano de saúde e utilizava os serviços de APS; porém, a prevalência bruta do atributo integralidade teve seu maior valor encontrado entre aqueles que possuíam plano de saúde. Nesse contexto, cabe ressaltar que a integralidade se destaca pela interação dos serviços de saúde, a qual deve promover a integração entre demanda espontânea e programada nos serviços de APS, em especial diante do contexto político-social adverso que, atualmente, o país e o mundo enfrentam com a pandemia do Covid-19, cepa viral da família *Coronaviridae* (SARS-CoV-2) que vem se disseminando rapidamente por todos os continentes e causando incontáveis óbitos, além de largos prejuízos econômicos e sociais¹⁵⁻¹⁷. Apostar naquilo que é a alma da atenção primária é estratégia fundamental tanto para a contenção da pandemia, quanto para o não agravamento das pessoas com a Covid-19¹⁷. Devido a esta situação, é possível que haja um impacto no quadro observado neste estudo. Todavia, o acesso aos serviços de saúde tem se apresentado como uma barreira na assistência, o que pode contribuir para a procura por planos

privados de saúde, pois as pessoas podem encontrar dificuldades para acessar a APS que se relacionam às suas dimensões políticas e culturais, dificultando assim o acesso^{18,19}.

Cabe ressaltar que, por vezes, a criança, mesmo possuindo plano de saúde privado e frequentando esses serviços, segue com vínculos na APS, procurando serviços como imunizações, aconselhamentos, orientações sobre manter a criança saudável e acompanhamento no seu crescimento e desenvolvimento, fortalecendo assim a integralidade do cuidado. Essa realidade demonstra a necessidade da APS ampliar a rede dos serviços ofertados para que as necessidades básicas das crianças e suas famílias sejam atendidas²⁰. Além disso, determinantes socioeconômicos, como por exemplo renda e educação do responsável, podem estar influenciando na presença maior do atributo de integralidade em crianças com plano de saúde, pois normalmente quem possui plano de saúde, possui também melhores condições de vida e assim possui maior discernimento da necessidade do cuidado integral à criança e mais facilidade em realizá-lo²¹.

Em relação ao modelo de atenção, predominou no estudo a população adscrita nos serviços de ESF, seguido das UBS e após, as unidades mistas. Torna-se pertinente considerar a diferença nos modelos de APS, como ESF e UBS, os quais determinam distintas formas do processo de trabalho em prol da produção do cuidado e na assistência à saúde da criança²². Na pesquisa, o atributo integralidade foi avaliado nos três modelos de atenção (ESF, UBS e unidade mista) e não demonstrou diferença estatística entre eles, apesar dos usuários de ESF apresentarem prevalência de cuidado integral maior.

A integralidade do cuidado é descrita como uma ação articulada entre os serviços de saúde, equipe e comunidade, na qual a interação e o vínculo entre profissional/usuário tornam-se essenciais.

Entretanto, identifica-se carência de um ambiente apropriado com condições de trabalho adequadas, incluindo disponibilidade de equipamentos, materiais e instrumentos considerados fundamentais para assistência à saúde, além de estrutura física adequada, fatores que contribuem para o encaminhamento de crianças aos serviços secundários e terciários de atenção à saúde, o que interfere diretamente na integralidade do cuidado²³⁻²⁵.

A literatura aponta diversas falhas no sistema de referência e contrarreferência dos serviços de saúde: há lacunas na articulação dos serviços de saúde e das equipes que neles atuam, a própria APS apresenta limitações na resolutividade dos problemas de saúde da criança, pelos quais os familiares e/ou cuidadores acabam por se reportar a outros níveis de atenção, não considerando, por vezes, esse nível de atenção como porta de entrada, situação essa que faz perceber a ausência do cuidado nos diversos níveis de atenção, interferindo no atendimento dos atributos essenciais e derivados da APS, em especial a integralidade²⁵. A APS desenvolve ações indispensáveis no âmbito da promoção à saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde, com um papel fundamental no enfrentamento dos desafios existentes diante do grau de organização e presença dos atributos. Apesar disso, há ainda muito que se avançar nesses quesitos para que seja alcançada uma assistência contínua e resolutiva²⁶.

O alcance da integralidade está diretamente ligado à reconstrução do modo de produzir cuidado, bem como dos modelos de trabalho vigentes nos serviços de saúde, no qual a atuação da equipe da APS impacta diretamente na consolidação da assistência e na efetividade direcionada à atenção infantil, promovendo um olhar integral, focado na criança e na sua família, realizando intervenções como administração de vacinas e orientações⁸. Os serviços de APS devem realizar ações de saúde embasadas nas características do território, tanto que a territorialização é uma

das ações a serem realizadas por esses serviços quando eles se inserem neste. Dessa maneira, os serviços de saúde devem conhecer a população que mora em sua área de abrangência para realizarem ações voltadas às suas necessidades.

No que diz respeito aos achados não significativos, estes podem ser atribuídos ao processo de amostragem não probabilístico no qual ocorreu a coleta dos dados, o que, de certa forma, gerou um viés de seleção, levando a ausência da diferença estatística entre os indivíduos. Por se tratar de uma amostra regional, para a seleção da diferença do atributo, um maior número de indivíduos deveria ser entrevistado, pois a maior proporção da amostra avaliada correspondeu ao município de maior porte populacional em comparação aos demais, o que pode ter influenciado nos resultados.

Ainda se constituem como limitações presentes neste estudo a seleção dos entrevistados, o que se deu entre usuários que buscavam atendimento na APS, situação que pode ter levado a um viés pelo fato dessas pessoas serem mais acessíveis e possuírem características comuns. Ademais, os participantes do estudo podem ter emitido parecer positivo na avaliação do serviço por serem entrevistados dentro das dependências do mesmo, evitando assim tensões e possíveis prejuízos na assistência recebida, mesmo tendo sido garantido aos participantes o sigilo. Quanto ao desenho metodológico do estudo, por tratar-se de metodologia transversal, não é possível que se estabeleça uma relação de causalidade entre as variáveis estudadas, mas sim uma associação entre as mesmas.

Como contribuições, o estudo demonstrou a presença do atributo integralidade em toda uma região de saúde, fato que até então havia se limitado aos municípios. A organização da atenção deve ser tomada em relação aos diversos níveis de complexidade e competências que integram diretamente os serviços prestados ou disponibilizados, considerando as necessidades de atenção à saúde em prol do

cuidado, cabendo aos gestores providenciar, organizar e coordenar os serviços disponibilizados, articulando aqueles que constituem as RAS¹.

Por fim, destaca-se que foi utilizada para verificação desses dados uma análise estatística multinível, abordagem correta para este tipo de estudo, que considera os diversos estratos nos quais os participantes se inserem e tornam então os resultados úteis como subsídios para que o atributo da integralidade seja contemplado no planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças pelas autoridades públicas²⁷.

Conclusão

Este estudo concluiu que os responsáveis por crianças mais velhas procuram os serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde de forma menos integral. A prevenção de agravos e doenças em crianças necessita de um conjunto de medidas a serem tomadas, que devem articular o cuidado para que haja menores limitações e mais oportunidades para crianças e suas famílias acessarem os serviços de saúde de forma integral, principalmente tratando-se de crianças mais velhas. O presente estudo reafirma a importância da APS no cuidado da criança e do adolescente, demonstrando que investimentos na APS respondem positivamente nos indicadores de saúde. Os resultados encontrados no estudo evidenciam a função da APS na coordenação da rede de atenção, garantindo a integralidade na medida em que esta for mais efetiva, demonstrando o papel do SUS para assegurar a saúde da população. Espera-se que este estudo contribua com a enfermagem para a construção de novos alicerces e práticas em saúde, relacionadas à integralidade na saúde da criança na APS, bem como contribua para a consolidação da APS na 4ª CRS/RS com a (re)-estruturação de processos assistenciais que fortaleçam a importância da APS como porta de entrada

das RAS de forma resolutiva e integral, visibilizando a subjetividade e singularidade.

Referências

1. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
2. Mendes EV. *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília: CONASS; 2015.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Carvalho JL, et al. Evaluation of child health care in primary health care: integrative review. *International Journal of Development Research* 2019; 09(03):26685-26691.
5. Donabedian A. The Quality of Medical Care. *Science* 1978; 200(4344):856-864.
6. Departamento de Atenção Básica (Brasil). *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde- Primary care assessment tool, PCATool*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação*. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
8. Silva RMM, et al. A integralidade na assistência à saúde da criança na visão dos cuidadores. *Saúde em Debate* 2015; 39(106):718–29.
9. Streck MTH, et al. First contact access of the child to primary health care services: integrative review. *International Journal of Development Research* 2018; 8(10):23315-23321.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisa – DPE. Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS. *Nota: Estimativa da população residente com data de referência de 2010*.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisa – DPE. Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS. *Nota: Estimativa da população residente com data de referencia 1º de julho de 2011*.
12. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: a avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
13. Diniz SGM, et al. Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2016; 37(4).
14. Centro de Defesa da Criança e do Adolescente Atualização da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente*. Rio de Janeiro: Centro de Defesa da Criança e do Adolescente; 2020.
15. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde em Debate* 2017; 41(115):117786.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
17. Sarti TD, et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol. Serv. Saúde* 2020; 29(2).

18. Damaceno NA, Bandeira D, Weiller TH. Avaliação do acesso de primeiro contato na atenção primária da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. *Biblioteca Lascasas*, 2016; 12(2).
19. Starfield B, et al. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank* 2005; 83(1).
20. Araujo JP, et al. Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(3):1366-72.
21. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* 2001; 4.
22. Damasceno SS, et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(9):2961–73.
23. Reichert APS; Rodrigues PF; Albuquerque TM; Collet N; Minayo MCS. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. *Rev. Ciências e Saúde Coletiva* 2016; 21(8):2375-2382.
24. Martins JS, et al. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* 2017; 11(38):1-13.
25. Sousa FGM, et al. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem* 2011; 20:263–71.
26. Branquinho ID, Lanza FM. Saúde da criança na atenção primária: evolução das políticas brasileiras e a atuação do enfermeiro. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro* 2018; 8.
27. Diez-Roux AV. Multilevel analysis in public health research. *Annu Rev Public Health* 2000; 21:171-92.

Como citar este artigo:

Carvalho JL, Menegazzo GR, Colomé JS, Gomes BCF, Streck MTH, Giordani JMA, Weiller TH. Prevalência de integralidade e fatores associados na saúde da criança em municípios da 4ª região de saúde do Rio Grande do Sul. *Rev. Aten. Saúde*. 2021; 19(67): 289-301.