



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

MARIA GORETHE ALVES LUCENA

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA MENOR DE 2 ANOS
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
GARANHUNS - PERNAMBUCO - 2013**

**RECIFE
2014**

MARIA GORETHE ALVES LUCENA

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA MENOR DE 2 ANOS
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
GARANHUNS - PERNAMBUCO - 2013**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Medicina Integral Prof. Fernando
Figueira, como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em
Avaliação em Saúde.

Linha de pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Isabella Chagas Samico

Coorientadora: Prof^a. Ms. Marina Ferreira de Medeiros Mendes

RECIFE
2014

Ficha Catalográfica
Preparada pela Biblioteca Ana Bove
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Imip

L935a Lucena, Maria Gorethe Alves

Avaliação do grau de implantação das ações de atenção integral à saúde da criança menor de 2 anos na estratégia de saúde da família no município de Garanhuns em Pernambuco, 2013 / Maria Gorethe Alves Lucena; orientadora Isabella Chagas Samico; coorientadora Marina Ferreira de Medeiros Mendes. – Recife: Do Autor, 2014.
89 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, 2014.

1. Avaliação dos serviços de saúde. 2. Saúde da criança - Avaliação. 3. Programa Saúde da Família - Avaliação. 4. Atenção primária à saúde. I. Samico, Isabella Chagas, orientadora. II. Mendes, Marina Ferreira de Medeiros, co-orientadora. III. Título.

CDD 362.1072

MARIA GORETHE ALVES LUCENA

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA MENOR DE 2 ANOS
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
GARANHUNS - PERNAMBUCO - 2013**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Medicina Integral Prof. Fernando
Figueira, como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em
Avaliação em Saúde.

Aprovada em: ____ de _____ de 2014

BANCA EXAMINADORA

Dra. Sílvia Wanick Sarinho - UFPE

Dra. Renata Freitas de Jesus - IMIP

Dra. Isabella Chagas Samico - IMIP

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, pela aurora que se renova a cada dia, pela fé fortalecida, pela família maravilhosa que me concedeu e pela oportunidade de crescimento educacional e profissional;

Agradeço, especialmente, ao meu esposo, pelo incentivo, pela compreensão, pela colaboração e pelo amor;

Aos meus filhos, pela compreensão, pela tolerância e pelo carinho;

Aos meus pais, pelo amor incondicional e pelo acolhimento de sempre;

Aos meus familiares, pelo carinho, pela compreensão e pelo estímulo;

Aos meus colegas de trabalho, pela compreensão, pelo incentivo, pela colaboração, pelo companheirismo e pela motivação;

À Coordenação do Mestrado e a todos os professores que contribuíram com o meu crescimento pessoal e profissional;

À Prof^a. e Coordenadora do Mestrado, Dr^a Isabella Samico, por ter me acolhido com tanto carinho, pelo conhecimento transmitido, pela disponibilidade, mesmo sendo tão ocupada (quase on line), e pela confiança;

À Prof^a. Marina, pelo conhecimento transmitido, pela dedicação, pela motivação e pela compreensão nos momentos difíceis;

À secretária executiva do Mestrado, Ana Telma, pela atenção, pela disponibilidade e pelo incentivo;

À amiga e Prof^a. Régia Leite, pelo apoio, pelo incentivo, pela disponibilidade, pela força e pelo carinho;

À Prof^a. Marly Javorsky, pela consideração, pois, mesmo estando no Doutorado, não mediu esforços para contribuir com esta pesquisa;

À Dr^a. Marta Júdice, que, apesar de estar na posição de Presidente de uma empresa privada, deu todo o incentivo, liberação e compreensão em todas as necessidades;

Ao secretário municipal de Saúde de Garanhuns, Dr. Harley Davidson, pela anuência do campo, pela compreensão, pela liberação e pelo incentivo;

À Direção e à Coordenação de Enfermagem, especialmente à Enf^a. Simony Lopes, do Hospital Regional Dom Moura (HRDM), pelo apoio, pela liberação, pela compreensão e pelo incentivo;

Às enfermeiras Reila Leliana, Alessandra Cabral, Cleide Luciana, Eveline Maciel, Michely Josilene e às residentes de Enfermagem (R1 2013), da Residência Multiprofissional do HRDM, pela importante contribuição para a coleta dos dados, pelo apoio, pela atenção, pela compreensão e pelo incentivo;

Às enfermeiras Bruna Souza e Ilza Rafaela, pela amizade, pelo companheirismo, pela colaboração e pela motivação;

A todos os profissionais da Atenção Básica de Garanhuns, às crianças e às mães, que aceitaram participar da pesquisa, pois, sem eles, seria impossível realizá-la;

Aos colegas de sala, pelo maravilhoso tempo em que convivemos e pela oportunidade de conhecê-los. Sentirei saudades.

Às Professoras Dr^{as}. Sílvia Wanick e Renata Freitas, pela valiosa contribuição, disponibilidade e atenção;

A todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse sonho.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB -	Atenção Básica
AIDPI –	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância
AME –	Aleitamento Materno Exclusivo
CAPS -	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD –	Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas
CD -	Crescimento e Desenvolvimento
CDD -	Controle das Doenças Diarreicas
CEO -	Centro de Especialidades Odontológicas
CSC -	Caderneta de Saúde da Criança
CNBa -	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
ECA -	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF –	Estratégia de Saúde da Família
HRDM -	Hospital Regional Dom Moura
IAM -	Incentivo ao Aleitamento Materno
IRA -	Infecção Respiratória Aguda
MES -	Ministério da Educação e Saúde
MS -	Ministério da Saúde
NCHS -	National Center of Health Statistics
ODM -	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
OMS -	Organização Mundial de Saúde
ONU -	Organização das Nações Unidas
OPAS -	Organização Pan-americana de Saúde
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC -	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM -	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PAISMC - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente

PMAQ - Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PNI - Programa Nacional de Imunização

PROSAD - Programa de Saúde do Adolescente

PROVAB - Programa Nacional de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PSF - Programa de Saúde da Família

SAMU - Serviço Móvel de Urgência

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SISVAN - Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional

SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF - Unidade de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

- Figura 1.** Interfaces da Atenção Integral à Saúde da Criança - 2008. 3
- Figura 2.** Distribuição das Linhas de Cuidados da Atenção Integral à Saúde da Criança - 2004. 9
- Figura 3.** Distribuição das doze Gerências Regionais de Saúde – GERES. Estado de Pernambuco, 2013. 26
- Figura 4.** Distribuição dos municípios pertencentes à V GERES – Garanhuns, Pernambuco, 2013. 26
- Figura 5.** Modelo Lógico das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança menor de dois anos desenvolvidas na Atenção Básica 29
- Quadro 1.** Matriz de Análise e Julgamento – **Dimensão ‘Estrutura’** para avaliação do grau de implantação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança menor de dois anos - Estratégia Saúde da Família - Garanhuns – Pernambuco, 2013 31
- Quadro 2.** Matriz de Análise e Julgamento – **Dimensão ‘Processo’** para avaliação do grau de implantação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança menor de dois anos - Estratégia Saúde da Família - Garanhuns – Pernambuco, 2013. 33
- Quadro 3.** Matriz de Análise e Julgamento - **Dimensão ‘Estrutura’** - Pontuação obtida por critério e indicador e Grau de Implantação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança na Estratégia Saúde da Família. Garanhuns – PE, 2013 45
- Quadro 4.** Matriz de Análise e Julgamento - **Dimensão ‘Processo’** - Pontuação obtida por critério e indicador e Grau de Implantação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança na Estratégia Saúde da Família - Garanhuns – PE, 2013 47

Quadro 5. Grau de Implantação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança na Estratégia Saúde da Família - Garanhuns - PE, 2013 50

Tabela 1. Classificação e escore final referentes ao Grau de Implantação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança menor de dois anos - Garanhuns PE, 2013 38

Tabela 2 – Perfil dos médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família - Garanhuns - PE, 2013 40

Tabela 3 – Perfil das crianças menores de dois anos atendidas na ESF - Garanhuns - PE, 2013 42

Tabela 4 – Distribuição da frequência sobre orientações de ações de prevenção e promoção da saúde segundo relato das genitoras e dos profissionais nas ESF. Garanhuns - PE, 2013 43

RESUMO

Objetivo: Avaliar o grau de implantação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança (AISC) menor de dois anos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Garanhuns/PE. **Método:** Avaliação normativa nas dimensões de estrutura e processo. Foram elaborados o modelo lógico do programa e a matriz de análise e julgamento. A coleta dos dados foi realizada no período de abril a julho de 2013, por meio da análise de documentos, entrevista estruturada com os 32 enfermeiros e/ou médicos que trabalham nas 32 Equipes da Estratégia de Saúde da Família, um coordenador da Atenção Básica e 233 genitoras ou responsáveis pelas crianças menores de dois anos e observação direta dos prontuários e da caderneta de saúde da criança. Para determinar o grau de implantação, foi utilizado esse sistema de escore: Implantado (80% a 100%); Parcialmente implantado (50% a 79,9%) e Incipiente (menor ou igual a 49,9%). Para processar e analisar os dados, foi utilizado o Microsoft Office Excel 2007. **Resultados:** O grau de implantação da AISC, para o conjunto das unidades da ESF, revelou-se como parcialmente implantado. Avaliando-se o grau de implantação das dimensões estrutura e processo, observou-se que a estrutura está parcialmente implantada e que o critério mais mal avaliado foi o espaço físico (incipiente). O critério recursos humanos foi classificado como parcialmente implantado e implantado para os critérios: recursos materiais e rede de atenção especializada. O processo revelou-se também parcialmente implantado, o critério nutrição foi o mais mal avaliado (incipiente), e os critérios acompanhamento do CD, imunização, atividades de educação em saúde como parcialmente implantados e o critério gestão implantado. **Conclusões:** Em relação à estrutura, é necessária uma atenção especial para melhorar o espaço físico, pois foi detectado fragilidade no suprimento de alguns mobiliários, materiais e equipamentos. Pode-se considerar uma potencialidade a maioria dos critérios implantados nessa dimensão. Quanto ao processo, também necessita de investimentos por parte dos gestores e profissionais, principalmente em relação a capacitações e a atualizações, visto que a maioria dos critérios se revelou parcialmente implantada.

Palavras-chaves: Saúde da criança; crescimento e desenvolvimento; Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the implementation degree of the Integral Child Health Care Actions (ICHCA) of children under two years old in the Family Health Strategy (FHS) in the municipality of Garanhuns/PE. **Methods:** normative evaluation with the dimensions of structure and process. It was elaborated the logic model of the program and the matrix of analysis and judgment. Data collection was carried out from April to July 2013. It was developed document analysis, structured interviews with 32 nurses and/or medical doctors from the 32 teams of the Family Health Strategy, the coordinator of the primary health care and 233 mothers or responsible for children under two years old. It was also accomplished direct observation of medical records and the child health card. In order to determine the implementation degree it was used a score system: Implemented (80% to 100%), Partially implemented (50% to 79.9%) and Incipient (less or equal to 49.9%). Microsoft Office Excel 2007 was used for data analysis. **Results:** the implementation degree of the ICHCA was partially implemented at the FHS. Taking the evaluation of the implementation degree of structure and process dimensions, results showed that structure is Partially implemented with the unit space as the worst criterion evaluated (Incipient), partially implemented for human resources criterion and Implemented for the following criteria: material resources and specialized health care network. The process dimension was also Partially implemented and the nutrition criterion as the worst being evaluated (Incipient) and the following criterion: growth and development monitoring, immunization, health education activities were Partially implemented. The management criterion was Implemented. **Conclusions:** regarding the structure dimension, it is necessary a special attention to an improvement of unit space since it was detected weakness for furniture, materials and equipment. The other criteria of this dimension were Implement and this might be considered a potentiality. In relation to process dimension, it also needs investments from managers and other professionals, mainly related to training and updating courses since the majority of the criteria in this dimension presented as Partially implemented.

Key words: Child health; growth and development; Primary Health Care, Family Health Program, Health Evaluation.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	II
LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS.....	IV
Resumo.....	V
Abstract.....	VI
I. INTRODUÇÃO.....	01
1.1 Contextualizando a Atenção Integral à Saúde da Criança.....	02
1.2 Vigilância das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança.....	08
1.3 Dispositivos de Gestão dos Serviços de Saúde para a Atenção Integral à Saúde da Criança	15
1.3.1- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).....	16
1.3.2- Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).....	17
1.3.3- Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)	17
1.3.4 - Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)	18
1.3.5 – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e no nascimento (SISPRENATAL).....	18
1.3.6- Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN).....	18
1.3.7- Sistema de Informação sobre Internações Hospitalares (SIH)	19
1.4 Avaliação em Saúde.....	19
II. JUSTIFICATIVA.....	23
III. OBJETIVOS	24
3.1. Objetivo geral.....	24
3.2. Objetivos específicos.....	24
IV. MÉTODOS.....	25
4.1. Desenho do estudo.....	25
4.2. Caracterização da área do estudo.....	25
4.3. Etapas do estudo.....	28
4.3.1. Construção do modelo lógico das ações de atenção integral à saúde da criança menor de dois anos.....	28

4.3.2. Elaboração da matriz de análise e julgamento das ações de atenção integral à saúde da criança menor de dois anos.....	30
4.4. População do estudo e amostragem.....	36
4.5. Critérios de inclusão.....	36
4.6. Critérios de exclusão.....	36
4.7. Instrumentos e coleta dos dados.....	36
4.8. Processamento e análise dos dados.....	37
4.9. Aspectos éticos.....	39
V. RESULTADOS.....	40
5.1. Perfil da população de estudo.....	40
5.2 Orientações de ações de prevenção e promoção da saúde.....	42
5.3. Avaliação do grau de implantação.....	44
5.3.1. Dimensão ‘estrutura’.....	51
5.3.2. Dimensão ‘processo’.....	52
VI. DISCUSSÃO.....	55
VII CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	62
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
XV APÊNDICES	74
1- Instrumentos de coleta dos dados.....	75
2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	86
X ANEXOS	87
1- Parecer do Comitê de Ética.....	87
2- Carta de Anuência.....	88

I. INTRODUÇÃO

Os anos iniciais de vida de uma criança, principalmente os dois primeiros, são caracterizados por crescimento acelerado e importantes transformações no processo de desenvolvimento. A Atenção Integral à Saúde da Criança (AISC) é uma atividade de fundamental importância nessa fase da vida e com o acompanhamento da criança saudável, tem-se a possibilidade de reduzir a ocorrência de doenças e de aumentar as chances de se alcançar todo o potencial do seu crescimento e desenvolvimento.¹

Há 70 anos, o Ministério da Saúde (MS) vem investindo na área técnica de saúde da criança e de aleitamento materno, legislando e aprimorando-a, com os objetivos principais de reduzir a morbimortalidade infantil e promover melhores condições de saúde por meio do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços, conforme preconizam a Constituição Federal e o Sistema Único de Saúde - SUS.²

Com as Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança (AISC), é possível diagnosticar precocemente problemas relacionados ao crescimento, à situação nutricional, ao desenvolvimento neuropsicomotor e comportamental, prevenir doenças imunopreveníveis, reduzir as hospitalizações por causas sensíveis à atenção primária e promover hábitos de vida saudáveis, entre outros³.

As ações básicas da AISC desenvolvem-se por meio do acompanhamento periódico e sistemático das crianças para se avaliarem os seguintes aspectos: o crescimento, o desenvolvimento (CD), a imunização, o aleitamento materno, a alimentação complementar (a partir dos seis meses de vida), a higiene individual e ambiental, as orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, de violência e de puerpério, e identificar precocemente os agravos, com vistas a fazer uma intervenção efetiva e oportuna. Para isso, é necessária a atuação de toda a equipe de atenção à criança, de forma

integrada, pois, assim, é possível ampliar a oferta dessa atenção, com equipe multiprofissional (Equipe de Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF).^{1,3,4}

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) reforça essas ações em suas recomendações, considerando que todas as crianças devem ser acompanhadas em relação à imunização, ao crescimento e ao desenvolvimento. Nesse sentido, estabelece que é preciso promover o aleitamento materno, acompanhar as crianças em risco nutricional, prevenir todas as formas de acidente, dar assistência a doenças prevalentes na infância - diarreia, infecção respiratória aguda, anemias, parasitoses e assistência - e prevenir as doenças bucais. No cenário internacional, o Brasil assumiu as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, entre as quais, está a redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos em dois terços, entre 1990 e 2015.⁵

As linhas de cuidado prioritárias da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno vêm ao encontro dos compromissos do Brasil com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, com o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Pacto pela Saúde e o Programa Mais Saúde.⁶ A figura 1 representa as interfaces da AISC de acordo com as linhas de cuidados prioritários.



Figura 1 – Interfaces da Atenção Integral à Saúde da Criança

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Criança – Materiais Informativos, 2008⁶

1.1 Contextualizando a Atenção Integral à Saúde da Criança

No mundo, esforços têm sido feitos em prol da criança. Alcançaram-se progressos significativos em diversos aspectos sociais, como o aumento da renda média, a redução do número de pessoas em situação de extrema pobreza, a redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da média de expectativa de vida. A sobrevivência, o desenvolvimento e a proteção das crianças, hoje, são compromissos de obrigação moral e legal, que vêm sendo assumidos pelos governos nacionais, por instituições internacionais e pela organização da sociedade civil ao longo das últimas décadas.⁷

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), criado em 1946, durante a primeira sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas, implantou os primeiros programas com o objetivo de dar assistência emergencial a milhões de crianças no período pós-guerra na Europa, no Oriente Médio e na China. Em 1959, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou a Declaração dos Direitos da Criança. Alguns direitos já estavam contemplados na Declaração dos Direitos Humanos, mas as condições especiais da criança exigiam uma declaração à parte.⁸

Em 1990, na sede das Organizações das Nações Unidas (ONU), em Nova Iorque, no Encontro Mundial de Cúpula pela Criança, presidentes e chefes de estado de 71 países e representantes de 80 países se comprometeram a melhorar a saúde de crianças e de mães, combater a desnutrição e o analfabetismo e erradicar as doenças que vêm matando milhões de crianças a cada ano, através da assinatura da Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança e a adoção do Plano de Ação para a década de 90.⁹

Na sede da ONU, em 2002, crianças tiveram a oportunidade de participar, pela primeira vez, da discussão de políticas públicas para a criança, através do Fórum Infantil. Distribuídas em grupos organizados por região e por tema, as crianças trabalharam para elaborar uma mensagem de ação a ser apresentada aos líderes mundiais na Sessão Especial sobre a Criança da Assembleia Geral da ONU. Todas elas estavam comprometidas com a meta que tinham em comum: melhorar o mundo. Os temas foram relacionados à saúde, à educação, à exploração infantil, entre outros.¹⁰

No Brasil, a Atenção à Saúde da Criança vem sofrendo transformações, influenciada por cada período histórico, dos avanços do conhecimento técnico-científico, das diretrizes das políticas sociais e do envolvimento de vários agentes e segmentos da sociedade¹¹. O primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à

adolescência de que se tem notícia foi instituído durante o Estado Novo (1937/1945). As atividades desse programa eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, desenvolvendo atividades dirigidas à infância, à maternidade e à adolescência, com o objetivo de normatizar o atendimento ao binômio mãe-filho e combater a mortalidade infantil².

Os programas de saúde materno-infantil das décadas de 1970 e 1980 eram constituídos verticalmente, pelo fato de suas normas e metas serem elaboradas exclusivamente pela união e por critérios técnicos, em consonância com o modelo tecnocrata de administração brasileira da época.¹² O MS não era subdividido por áreas técnicas e não existia o controle social.

A monitorização do crescimento, como uma ação de saúde pública, foi recomendada a partir da década de 70, na Conferência de Alma - Ata, realizada no Cazaquistão, em 1978. No Brasil, embora o relatório da V Conferência Nacional de Saúde, realizada nessa mesma década, tenha incorporado a vigilância do crescimento, o tema só ganhou relevância em 1984, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) pelo Ministério da Saúde (MS).^{13,14,15} Vale ressaltar que a monitorização do crescimento, na área da Pediatria, já estava estabelecida há anos.¹⁶

Em 1983, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (PAISM/PROSAD), com o objetivo de reduzir a morbimortalidade nesse grupo populacional, por meio de ações básicas de saúde. No ano seguinte, o PAISM deu origem a dois programas específicos para a Saúde da Mulher (PAISM) e da Criança (PAISC).² Todas as ações voltadas para a atenção integral à saúde da criança são precedidas de ações voltadas para a atenção à saúde da mulher,

porquanto é sobremaneira importante que a criança cresça e se desenvolva com saúde desde a concepção.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) tinha como objetivo central assegurar a assistência à criança, por meio de ações básicas como resposta do setor de saúde aos agravos mais frequentes (grupos de risco) e de maior peso na mortalidade de crianças de zero a cinco anos. Com enfoque na assistência integral, cinco ações básicas foram propostas: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD), Incentivo ao Aleitamento Materno (IAM) e Orientação para o Desmame, Controle das Doenças Diarreicas (CDD), Controle das Infecções Respiratórias Agudas (IRA) e Imunização.^{14,17,18} A atenção à saúde da criança representa um marco ao propor, pela primeira vez, nas políticas de saúde, o atendimento à saúde infantil no contexto da integralidade das ações.¹⁸ A integralidade é a abordagem global da criança, em que se contemplam todas as ações de saúde adequadas para a produção do cuidado, sem que se restrinja à queixa atual. Compreende, ainda, a integração entre todos os serviços de saúde, da atenção básica à atenção especializada, apoio diagnóstico e terapêutico, até a atenção hospitalar de mais complexidade, com o acompanhamento de toda a trajetória da criança pela atenção básica.¹⁹

Após a promulgação da Constituição Federal, em 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito de cidadania e dever do Estado. Em relação à criança, cabe à família, à sociedade e ao Estado assegurar-lhe esse direito.²⁰ Os direitos da criança foram estabelecidos e reafirmados com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990. Pela primeira vez, em uma legislação, a saúde foi abordada sob o foco preventivo e de atenção integral, na linha dos ditames constitucionais.^{21,22}

Os anos 90 trouxeram para a saúde a revalorização do tema família, que culminou, em 1994, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), na

tentativa de reorganizar a atenção básica em saúde. Em 1998, assumiu o desafio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerada a estratégia estruturante da reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), embasada em seus princípios.²³ O Programa recebe a herança das políticas de saúde da criança iniciadas na década de 1980 e tem por missão dar continuidade às ações básicas que permitiram aumentar a sobrevivência infantil.²⁴

No contexto da Atenção Primária, a Estratégia de Saúde da Família tem o propósito de articular princípios como universalidade, igualdade e atenção integral, a fim de entender a família e seu ambiente social, criar laços, compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade. Essa estratégia também pretende promover o desenvolvimento de ações de diferentes setores mediante parcerias, visando estimular o reconhecimento da saúde como um direito, a organização da comunidade e o controle social²⁵.

Em 1996, com o objetivo de cumprir as metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância, a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) propuseram a Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Essa estratégia surgiu com uma metodologia de atenção à saúde da criança em consonância com a atenção básica à saúde. Propôs uma avaliação sistemática dos principais agravos que afetam a saúde infantil (desnutrição, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas e malária, entre outros), integrando ações curativas com medidas de promoção e prevenção.²⁶

No âmbito da Atenção Básica (AB) à saúde, o MS lançou, em 2002, o *Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*, que expressa a adoção de medidas para o CD saudáveis, enfocando a garantia de direito da população infantil e o cumprimento de dever do Estado, salvaguardando a

prioridade do acesso aos serviços públicos e a primazia na proteção e nos cuidados em quaisquer circunstâncias, com precedência no atendimento. Essas medidas complementam aquelas recomendadas pela estratégia AIDPI. Nas diretrizes políticas, reafirma-se que o *crecimento e o desenvolvimento infantis* são referenciais para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente nos aspectos biológico, afetivo, psíquico e social. As normas de acompanhamento do CD foram sendo gradativamente incorporadas às atividades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da ESF.^{4,11, 19}

Em 2004, o MS lançou a *Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*¹⁹, em que os cuidados com a saúde infantil são colocados entre as ações essenciais do MS. Além disso, enfatiza a necessidade de se oferecer um cuidado integral e multiprofissional que considere as necessidades e os direitos da criança como indivíduo e a responsabilidade de disponibilizar assistência à saúde qualificada e humanizada. Nesse documento, a mortalidade infantil é apontada como um grande desafio para o país.^{11,19}

Essa Agenda de Compromissos apresenta os princípios norteadores, as linhas de cuidados, os principais eixos e estratégias, a organização dos serviços e os instrumentos de gestão da atenção à saúde da criança. Importante lembrar que a agenda tem início com a linha de cuidado de saúde da mulher (Figura 2).¹⁹

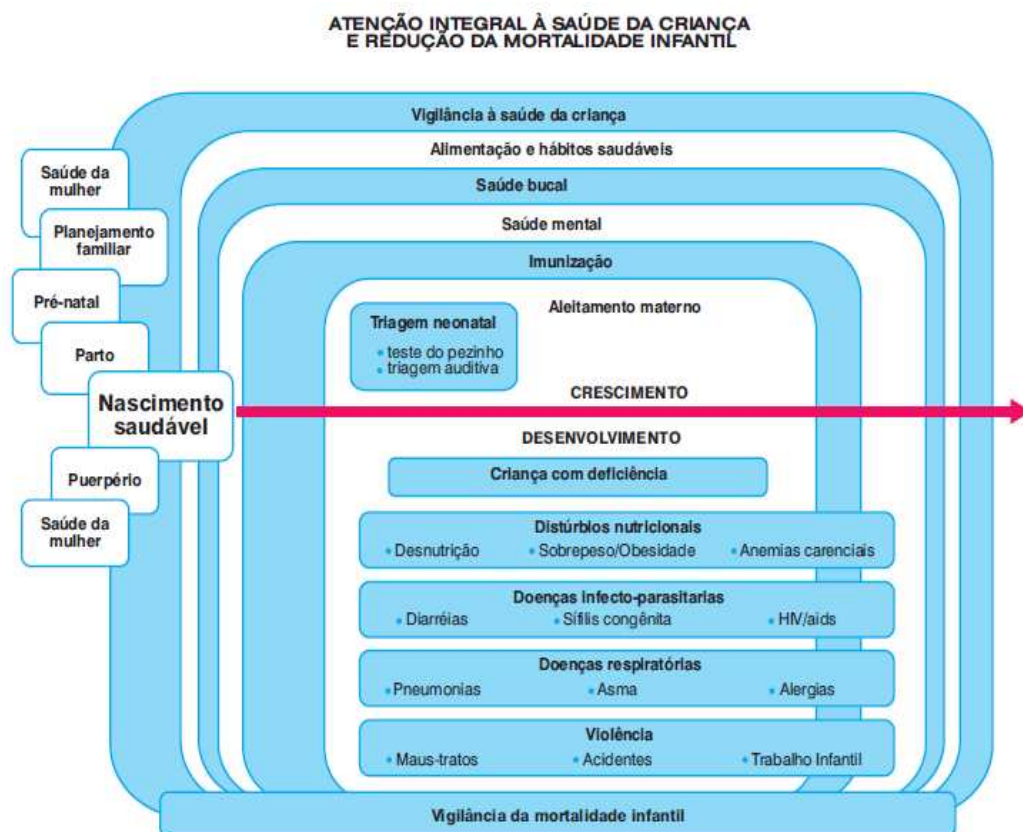


Figura 2 - Distribuição das Linhas de Cuidados da Atenção Integral à Saúde da Criança

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, DF; 2004 ¹⁹

Algumas intervenções para a promoção da saúde infantil foram implementadas simultaneamente às já descritas, como a Triagem Neonatal, em 2001 (Teste do pezinho); o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, em 2004; e o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, em 2005 ²⁴. Vale destacar também o trabalho realizado pela Pastoral da Criança. Criada em 1983, como organismo de Ação Social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBBa) e parceira do MS, a Pastoral da Criança é reconhecida como uma das mais importantes organizações não governamentais em todo o mundo, por trabalhar com ações de combate à mortalidade infantil e de melhoria da

qualidade de vida das crianças e de suas famílias. O líder comunitário da pastoral acompanha a mulher no ciclo gravídico-puerperal e a criança até seis anos de idade, dando orientações básicas de saúde, alimentação saudável, direitos sociais assegurados na Constituição e orientações religiosas. Uma das campanhas de mais impacto da pastoral foi a utilização do soro caseiro, que é uma estratégia do UNICEF para prevenir a desidratação, causada pela diarreia, nos grandes bolsões de pobreza.^{27,28,29}

Apesar dos avanços já conquistados, os indicadores de saúde sinalizam que ainda existe um longo caminho a percorrer, para garantir às crianças brasileiras o direito integral à saúde, como assumido nas leis.¹⁹ As ações específicas dos programas, na maioria das vezes, não conseguem se desenvolver de forma integral, e isso resulta no uso inadequado ou desnecessário de tecnologias de diagnóstico e terapêutica. Outrossim, a demanda excessiva dos serviços de saúde torna o atendimento rápido, com perdas de oportunidades para detectar precocemente problemas e adotar medidas preventivas.³⁰

Em 2012, foi lançado o Manual de Crescimento e Desenvolvimento – Caderno da Atenção Básica nº 33, 2012 - onde alguns conteúdos foram atualizados e outros incorporados na Agenda de Compromisso da Criança, 2004³¹.

Nos Manuais de Saúde da Criança, Crescimento e Desenvolvimento e na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, o MS preconiza que o número de consultas de criança menor de dois anos deve ser de sete, por ano, para os menores de um ano (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês) e duas consultas, por ano (no 18º e no 24ºmês), para crianças entre o primeiro e o segundo anos de vida, perfazendo um total de nove consultas nessa faixa etária. Assim, a partir do 2º ano de vida, é preconizada a realização de consultas anuais, próximas ao mês de aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas por representarem momentos de oferta de imunização e de orientações de promoção de saúde e prevenção de

doenças ^{4,19,31}. Porém, o novo Programa Nacional para a Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), na sessão de atenção à saúde da criança, sinaliza, como indicador de qualidade, que cada criança na USF tenha uma média de quatro atendimentos de puericultura, por ano, nessa faixa etária ³².

Apesar de as Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança não se limitarem às crianças menores de dois anos, essa faixa etária está sendo priorizada pela Rede Cegonha na Portaria nº 1459/GM/MS 2011.³³ A Rede Cegonha, instituída no âmbito do SUS, é uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis³¹.

Del Ciampo et. al.²⁵ referem que as principais metas dos programas estruturados para oferecer Atenção Primária à Saúde da Criança são a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Esses programas necessitam da participação do indivíduo e da sociedade, pressupondo a integração de diversas classes profissionais que atuam em equipe, devidamente calcados nos saberes interdisciplinares apoiados pelos diferentes níveis de referência do sistema de saúde.

Bezerra et. al.³⁴ também entendem que o atendimento à criança na Atenção Primária deve ser consoante com as ações de assistência integral, que têm como objetivo promover a saúde e reduzir a morbimortalidade infantil. Eles asseveram que a ESF é a porta de entrada para o sistema e tem sido considerada como um grande avanço, por encorajar o alcance de ações de saúde, além dos limites das unidades de saúde. Seu propósito não é apenas de contribuir para que as equipes de saúde se envolvam mais com a população, mas também de ir além da ação biológica, estendendo-se, também, às dimensões sociais e humanas ^{31,35,36}. A Estratégia de Saúde da Família tem o potencial de

contribuir com melhoria na equidade, porque por meio dessa se conhece a população e se procura desenvolver ações diferenciadas, voltadas para as reais necessidades de saúde^{25,35,37}.

1.2. Vigilância das ações de atenção integral à saúde da criança

No desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde da criança, a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) apresenta-se como um instrumento essencial de acompanhamento, por ser o documento onde são registrados os dados e os eventos mais significativos para a saúde infantil, possibilitar o diálogo entre a família e os diversos profissionais que atendem à criança e, especialmente, por pertencer à criança e à família e com elas transitar pelos diferentes serviços e níveis de atenção demandados no exercício do cuidado com a saúde.^{13, 38, 39}

O primeiro cartão da criança (CC) distribuído nacionalmente foi elaborado em 1984 pelo PAISC, para o acompanhamento individual de crianças nas unidades de saúde, até os cinco anos de idade, e para o diagnóstico presumível de desnutrição energético-proteica utilizando o peso como medida de acompanhamento.^{13,18} Ao longo dos anos, o cartão foi sendo modificado pela necessidade de se adaptar ao novo perfil epidemiológico das crianças brasileiras.

Em substituição ao cartão da criança, foi lançada a Caderneta de Saúde da Criança em 2005, destinada a todas as crianças nascidas em território brasileiro. Esse documento deve ser entregue às famílias ainda na maternidade, e os profissionais de saúde ficam responsáveis pelos primeiros registros. Nesse instrumento, que contém 30 páginas, além das informações inseridas no cartão da criança, foram incluídos dados sobre a gravidez, o parto e o puerpério; informações sobre o recém-nascido; espaço para acompanhamento da saúde bucal, ocular e auditiva; os dez passos para uma alimentação saudável para crianças

até dois anos; gráfico de perímetro cefálico para a idade e peso para a idade com possibilidade de acompanhamento até 12 meses e sete anos, respectivamente; orientações de saúde relacionadas à prevenção de acidentes, violência e desenvolvimento saudável; informações e espaço para acompanhamento da suplementação profilática de ferro e de vitamina A e calendário básico de imunização. ^{18, 40, 41}

Em 2007, a CSC foi revisada e passou de 30 para 80 páginas. Comparada com a primeira versão do instrumento de 2005, adotou as novas curvas de referência desenvolvidas pela OMS para a idade de até cinco anos. As curvas de referência para crianças de cinco a dez anos continuaram sendo as do *National Center of Health Statistics (NCHS)* de 1977. O conteúdo foi expandido, acrescentando-se mais itens. Destacam-se as orientações para o registro civil de nascimento; os direitos dos pais; informações ampliadas sobre aleitamento materno; os cuidados com o recém-nascido nos primeiros dias de vida e os dez passos para uma alimentação saudável para crianças menores e maiores de dois anos. Com os marcos para o acompanhamento do desenvolvimento, foram incluídos os itens: “Desenvolvendo-se com segurança”, que visa prevenir acidentes, e “Desenvolvendo-se com afeto”, que orienta estímulos importantes para a criança. Também foram incorporados o gráfico altura para idade, orientações sobre sinais de perigo, que indicam gravidade, e informações sobre a prevenção da violência. ^{18, 24, 40}

Em 2009, foi lançada uma nova versão da CSC. Além dos conteúdos já adotados nas cadernetas de 2005 e 2007, houve as seguintes alterações: apresentada em duas versões, sexo feminino e sexo masculino; está dividida em duas partes: a primeira para uso do cuidador, e a segunda, dos profissionais de saúde. Na parte direcionada ao cuidador, foram ampliadas as orientações para os primeiros dias de vida do recém-nascido, sobre aleitamento materno, saúde bucal, ocular e auditiva. Foram incluídas informações sobre procedimento de ordenha do leite, prevenção de problemas na amamentação, orientações

para estimular o desenvolvimento, informações sobre alterações do desenvolvimento e orientações sobre os acidentes comuns para cada idade. Na parte dirigida aos profissionais de saúde, foram incluídos os seguintes itens: instrumento de vigilância do desenvolvimento, informações sobre fatores de risco associados a problemas de desenvolvimento, 29 critérios para avaliar o desenvolvimento e a orientação para a tomada de decisão, orientação para situações especiais de acompanhamento, como crianças com síndrome de Down e autismo, gráfico de índice de massa corporal para a idade, espaço para o acompanhamento da pressão arterial da criança, legenda para registro dos procedimentos de saúde bucal e espaço para registrar a alimentação da criança (idade de introdução de líquidos, alimentos sólidos e suspensão do aleitamento materno).^{18,23,40,42}

O registro adequado das informações e o diálogo com a família sobre as anotações realizadas são requisitos básicos para que a CSC cumpra o seu papel de instrumento de comunicação, educação, vigilância e promoção da saúde infantil. A utilização adequada da CSC pelos profissionais possibilita maior valorização e apropriação do instrumento pela família, favorecendo sua maior adesão e corresponsabilização pelas ações de vigilância. Por outro lado, a qualidade dos registros na CSC pode revelar o funcionamento dos serviços e o desempenho dos seus profissionais.^{13,24,43}

O registro deve ser efetuado por todos os profissionais de saúde que assistem a criança. Embora todos os cenários da atenção à saúde devam se responsabilizar pela verificação e pelo o preenchimento da CSC, é particularmente nas maternidades e nos serviços de atenção básica que o adequado manejo desse instrumento constitui-se em permanente desafio por gerar grande parte das informações.²⁴

No Brasil, alguns estudos que avaliaram a qualidade do preenchimento da CSC ou do CC demonstraram falhas consideráveis na utilização desses instrumentos.

Em Feira de Santana (Bahia), a análise do CC, em uma amostra de 2.319 crianças menores de um ano, evidenciou a ausência do registro do Apgar em 72% deles, falhas no registro de peso em 34% e falhas no registro dos marcos de desenvolvimento em 78%.¹³ Em Pernambuco, um estudo mostrou que, em 13% de um total de 1.669 crianças, o peso de nascimento não havia sido registrado no cartão.⁴⁴

O uso adequado de instrumentos para acompanhar o crescimento infantil representa um desafio para muitos países do mundo. Estudo realizado entre 1998 e 2002 pela Organização Mundial da Saúde envolvendo 178 países demonstrou que, em 80% deles, os profissionais da área de saúde encontravam dificuldades para usar os cartões de acompanhamento do crescimento infantil. Os problemas encontrados eram de natureza conceitual e operacional e variavam desde a compreensão das curvas de crescimento até a ausência de equipamentos adequados para pesar e medir as crianças^{45,46}.

1.3 Dispositivos de gestão dos serviços de saúde para a atenção integral à saúde da criança

Para que uma gestão atue de forma eficiente e eficaz, precisa de alguns dispositivos de apoio, como a Educação Permanente, pois, além de sua evidente dimensão pedagógica, tem grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, perto dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”. Deve pressupor um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado adquirido por meio dos problemas no processo de trabalho. Outro pressuposto é o planejamento ou programação educativa ascendente. A partir da

análise coletiva do processo de trabalho e da identificação das dificuldades, elabora-se o plano de intervenção.³²

O Apoio Institucional (AI) é outro dispositivo importante de apoio à gestão. Segundo o MS, por meio das Diretrizes do Apoio Integrado para Qualificação da Gestão e da Atenção no SUS, o termo ‘apoiador’ começou a ser empregado em 1998, referindo-se à função de pessoas que trabalhavam dando apoio às organizações, o qual deve estar sempre inserido em movimentos coletivos e atuar articulando o cuidado com a gestão, incluindo a multiplicidade de olhares, de práticas, interesses e desejos, em prol da implementação das políticas de saúde. O AI deve ser pensado como uma função gerencial que busca reformular o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde.^{32, 47}

Para um bom e adequado planejamento das ações e a tomada de decisão, é fundamental analisar as informações produzidas pelas equipes da ESF e elaborar um diagnóstico sobre a população da área adscrita. Essas informações estão disponíveis em sistemas que, em geral, são alimentados nos próprios serviços de saúde e em outras instâncias municipais.¹⁹ Os profissionais devem ser informados da importância dos dados produzidos e da alimentação mensal dos sistemas de informação, pois devem ocorrer com fidedignidade e validade, considerando sua grande importância epidemiológica e financeira. Entre os sistemas de informação que podem subsidiar a definição de estratégias básicas para intervenção na atenção à saúde da criança, destacam-se os seguintes:

1.3.1- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Por meio desse sistema, é possível extrair informações essenciais para o planejamento das ações dirigidas às gestantes e às crianças do território, quais sejam: estimativa do número de gestantes da área de abrangência da unidade de saúde ou equipe de saúde da família ou município; identificação de todas as crianças nascidas vivas para a

organização do serviço, de maneira a dar cobertura de 100% das crianças na promoção de sua saúde, com o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, aleitamento, imunização e atendimento das intercorrências/patologias agudas da infância; identificação da criança de risco ao nascer, que necessita de acompanhamento prioritário (baixo peso, prematuro, com asfixia ou outra patologia grave, filha de mãe adolescente, mãe sem instrução, morador em área de maior risco socioeconômico, além de outros critérios definidos e pactuados na gestão local).¹⁹

1.3.2- Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Através desse sistema, é possível extrair informações de avaliação das ações realizadas, relativas aos óbitos maternos e de crianças, especialmente os passíveis de se prevenir pela atuação do sistema de saúde. Os gestores da saúde devem saber quais foram os óbitos ocorridos na área de abrangência do serviço de saúde (unidade de saúde, município e estado), para avaliar a ocorrência de eventos-sentinelas, como a morte de crianças e mulheres por causas evitáveis, e identificar as oportunidades perdidas de intervir por meio dos serviços de saúde, de modo a reorientar as práticas de assistência e evitar novas ocorrências. Além disso, permite a construção das taxas de mortalidade para se avaliar a realidade local e a atuação dos serviços sobre a população de sua responsabilidade.¹⁹

1.3.3- Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)

Esse sistema disponibiliza informações para o gerenciamento da capacidade instalada e produzida bem como recursos financeiros orçados e repassados para os prestadores de serviços. Todos os dados são relacionados a atendimento ambulatorial. Há informações como faixa etária de indivíduos vacinados, atendimentos de emergência,

especialidades profissionais e ações de programas especiais (tuberculose e hanseníase). Permite conhecer e acompanhar os serviços produzidos.¹⁹

1.3.4 - Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

É um sistema territorializado, cujos dados são gerados pelas equipes de Atenção Básica nas Unidades de Saúde e nos domicílios. Podem-se obter informações importantes, como o cadastro das famílias acompanhadas, condições de moradia, acompanhamento de gestantes, dos diabéticos e dos hipertensos, entre outros. Possibilita ao gestor monitorar as condições sociodemográficas.¹⁹

1.3.5 – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e no nascimento (SISPRENATAL)

Permite acompanhar as gestantes da área de abrangência de cada UBS, fazer busca ativa de faltosas, vigiar a saúde da gestante, por meio do monitoramento das consultas e dos exames, identificar as puérperas e os nascidos vivos, através da data provável do parto, entre outras ações.¹⁹

1.3.6- Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Nesse sistema, são armazenadas as notificações e as investigações de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria 1.943, de 18 de outubro de 2001), além de problemas de saúde de interesse de estados e municípios. A partir do banco de dados do SINAN, é possível conhecer a magnitude dos agravos sob vigilância, como incidência, prevalência, letalidade e mortalidade, e analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos de determinado agravo, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica para

prevenir, controlar ou eliminar doenças. Além disso, com o SINAN, também é possível subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para controlar as doenças evitáveis por imunização, entre outras.¹⁹

1.3.7- Sistema de Informação sobre Internações Hospitalares (SIH)

Com esse sistema, é possível acompanhar a trajetória da gestante na rede de assistência, com a identificação do local do parto e informações importantes sobre problemas/patologias durante sua internação e a do recém-nascido, identificar o índice de internação da população da área de abrangência da unidade para parto e aborto e planejar as ações que devem ser desenvolvidas depois da alta hospitalar, dando continuidade à assistência para a mulher e a criança.¹⁹

Além desses sistemas, o MS preconiza a alimentação e o monitoramento dos seguintes sistemas de informação: o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) para acompanhar as coberturas vacinais e planejar as ações voltadas para o controle das doenças imunopreveníveis; o Bolsa família com Perfil Saúde - sistema de geração de renda para erradicar a pobreza; o Sistema de Vigilância de Alimentação e Nutrição (SISVAN) e os indicadores do Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ.^{19,32}

1.4 Avaliação em Saúde

No Brasil, diversas iniciativas voltadas para a avaliação em Saúde vêm sendo desenvolvidas de forma progressiva, nas últimas três décadas. O interesse pela avaliação não se restringe ao âmbito acadêmico, por isso os gestores e os profissionais da área de Saúde devem se conscientizar da responsabilidade ao fazê-lo.⁴⁸

A avaliação contemporânea é a consumação dos esforços e das controvérsias que, durante mais de dois séculos, permitiram conceber abordagens, métodos e técnicas para estimar as intervenções e os programas sociais¹⁵. A emissão de juízo de valor sobre cuidados médicos, intervenções, programas e políticas sociais tornou-se frequente^{49,50}

A área de avaliação de programas e serviços de saúde, em particular, passa por um processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica e por uma crescente demanda para se constituir em instrumento de apoio às decisões necessárias à dinâmica dos sistemas e serviços de saúde na execução das políticas de saúde⁵¹. As definições de avaliação são numerosas, e poderíamos até dizer que cada avaliador constrói a sua. Para a Organização Mundial de Saúde, avaliar é um processo permanente encaminhado, principalmente, para corrigir e melhorar ações, com o fim de aumentar a pertinência, a eficiência e a eficácia das atividades de saúde^{52,53}. Porém, um dos autores que parece contemplar as múltiplas dimensões da prática avaliativa é Champagne et. al,^{54,55} para quem *“avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção empregando um dispositivo que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, considerando os diferentes atores envolvidos que possam ter julgamento diferentes, de modo a revelar a posição sobre a intervenção e construir (individualmente ou coletivamente) um julgamento de valor que possa se traduzir em ações”*. Nesse sentido, Bodstein apud Samico⁵⁶ salienta a importância dos processos avaliativos, em especial, no âmbito local, em face da política de descentralização do Sistema Único de Saúde. Assim, por meio da avaliação, é possível analisar a factibilidade de uma intervenção e seus resultados. A avaliação deve, portanto, ser compreendida como uma ferramenta relacionada à tomada de decisão.⁵⁶

Uma intervenção pode ser objeto de dois tipos de avaliação: avaliação normativa ou a pesquisa avaliativa. A avaliação normativa consiste em se fazer um julgamento de valor de uma intervenção apoiando-se em normas, critérios e/ou padrões estabelecidos, partindo do pressuposto de que há uma forte relação entre o respeito aos critérios e às normas determinadas e aos efeitos da intervenção. Seus principais objetivos são de apoiar o gestor e os profissionais na rotina dos serviços e, normalmente, ser realizada por pessoas diretamente envolvidas no programa (Avaliadores internos).⁵⁶ Já a pesquisa avaliativa, que também realiza um julgamento de valor sobre uma intervenção, considera uma ou mais das seguintes análises: da pertinência (adequação estratégica entre a intervenção e o problema que a originou); lógica (adequação entre os objetivos da intervenção e os meios empregados para atingi-los); da produtividade (relação entre os recursos empregados e os serviços produzidos); de efeitos (influência das ações e dos serviços sobre o estado de saúde das pessoas); de rendimento (relação do uso de recursos e os efeitos observados) e de implantação (relação entre intervenção e contexto).⁵⁷

Segundo Donabedian (1966),⁵⁷ a avaliação da qualidade do cuidado à saúde pode ser feita em seus três componentes: estrutura (recursos utilizados pelo serviço), processo (procedimentos empregados no manejo dos problemas dos pacientes) e resultado (estado de saúde do paciente ou da comunidade resultante da interação com o serviço de saúde). Essa abordagem sistêmica apoia-se no postulado de que uma boa estrutura pode induzir a boas práticas e, conseqüentemente, produzir bom resultado. Segundo Vuori (1991),⁵⁸ uma boa estrutura, em seus múltiplos aspectos, é necessária para o desenvolvimento das ações propostas, com mais probabilidade de se prestar uma assistência de boa qualidade, embora o autor discorde dessa relação direta, por estar baseado em pressupostos.

O próprio Donabedian (1992) reconhece as limitações do modelo e recomenda que a melhor estratégia para avaliar a qualidade requer a seleção de um conjunto de

indicadores representativos tanto de estrutura quanto de processo e do resultado.⁵⁹ Para se compreender de que forma e em que medida as ações, os programas e as políticas foram implantados e conhecer os efeitos dessas intervenções, há que se desenvolverem processos avaliativos pertinentes e oportunos.⁵⁶

Starfield (2004) considera os investimentos para a estrutura como um dos componentes para a análise dos serviços de saúde e salienta a influência do comportamento individual pelo ambiente físico e organizacional sobre os demais componentes.⁶⁰ Por meio de critérios pré-estabelecidos, é possível julgar os efeitos de um programa e, conseqüentemente, ajudar na tomada de decisões a respeito da continuação, da transformação ou da interrupção de intervenções.⁶¹

II. JUSTIFICATIVA

Considerando que a mortalidade infantil é um problema de saúde pública no Brasil, em particular, na Região Nordeste, e que pode ser reduzida com medidas simples, a baixa cobertura de consultas de criança menor de dois anos (médico e enfermeiro) na ESF, no município de Garanhuns/PE, a necessidade de implementar ações de cuidados integrais e multiprofissionais que compreendam as necessidades e os direitos da população infantil na ESF e a carência de estudos avaliativos quanto à implantação das Ações da Atenção Integral à Saúde da Criança na ESF, utilizando o modelo proposto para o estudo em tela, entende-se que é sobremaneira importante desenvolver estudos dessa natureza para subsidiar a implementação das *Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança menor de dois anos* que possam contribuir para ampliar o acesso referente ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil, melhorar a qualidade da assistência prestada, prevenir acidentes e violência, estimular o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e aumentar a cobertura de consultas nessa faixa etária na ESF do município.

Assim, este estudo pretende responder à seguinte questão: Qual o grau de implantação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança menor de dois anos, na Estratégia Saúde da Família, no município de Garanhuns - Pernambuco - em 2013?

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar o grau de implantação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança menor de dois anos, na Estratégia Saúde da Família, no município de Garanhuns - Pernambuco.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever o conjunto de Ações da Atenção Integral à Saúde da Criança desenvolvidas no âmbito do município;
- Mensurar o grau de implantação das Ações da Atenção Integral à Saúde da Criança na ESF quanto ao cumprimento das normas estabelecidas para o programa;
- Identificar as potencialidades e/ou fragilidades para a implantação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança na ESF no município.

IV. MÉTODOS

4.1. Desenho do estudo

Realizou-se uma avaliação normativa da implantação das dimensões ‘estrutura’ e ‘processo’, com abordagem quantitativa, das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança na ESF. Esse tipo de estudo visa medir o grau de implantação da intervenção. Trata-se de um método que é utilizado quando se pretendem comparar os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), com critérios e normas e, portanto, aferir em que medida a intervenção planejada está implantada⁶².

4.2 Caracterização da área do estudo

O estudo foi realizado no município de Garanhuns, localizado na V Gerência Regional de Saúde (GERES) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Tem 129.408 mil habitantes (IBGE, 2010),⁶³ com uma concentração urbana de 88% dos habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,664 e uma área territorial de 472,46 km². Está localizado no Planalto da Borborema, distante 230 km da capital do estado - Recife. De acordo com as diretrizes de regionalização do SUS, a microrregião de Garanhuns é formada por 21 municípios da V Regional de Saúde e faz parte da macro regional Caruaru⁶⁴. As Figuras 1 e 2 mostram a distribuição das 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES) do estado de Pernambuco e a distribuição dos 21 municípios da V GERES.

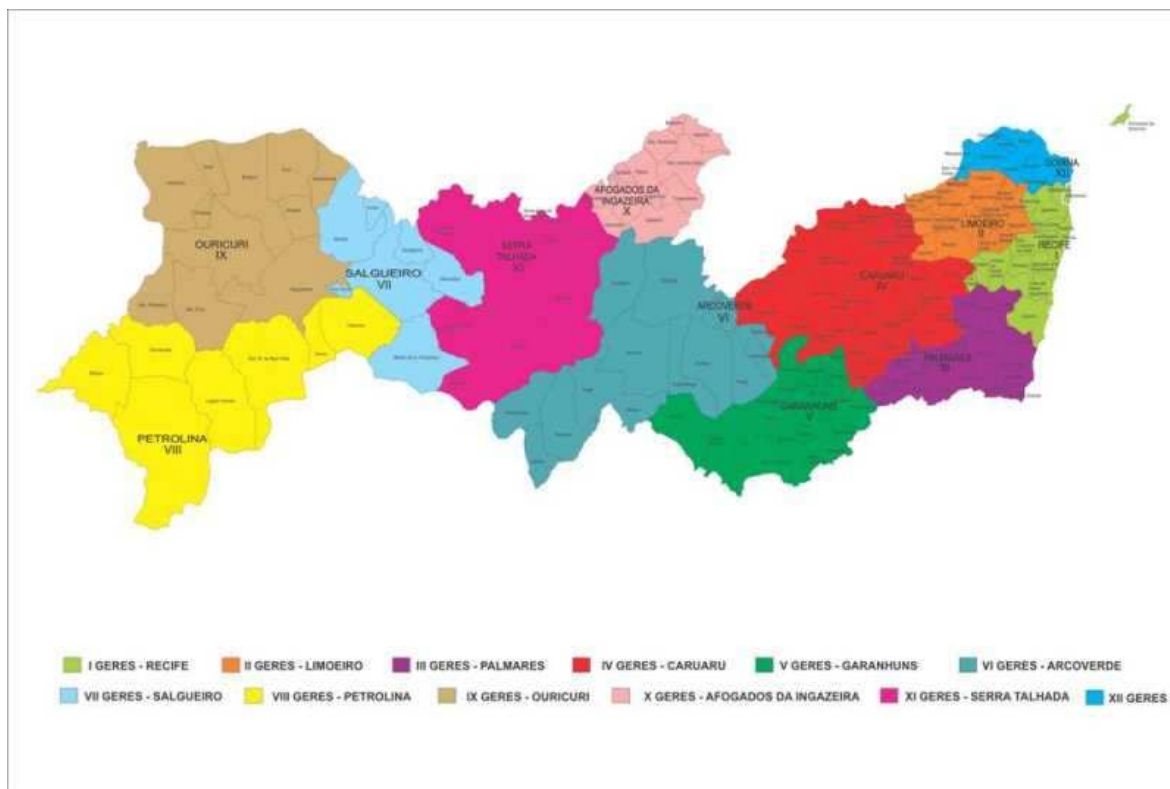


Figura 3. Distribuição das doze Gerências Regionais de Saúde (GERES) - Estado de Pernambuco, 2013



Figura 4. Distribuição dos municípios pertencentes à V GERES – Garanhuns, Pernambuco -2013

O município dispõe de uma rede assistencial de saúde que conta, na Atenção Básica, com 32 Equipes de Saúde da Família implantadas, com 84% de cobertura populacional, duas equipes do Programa de Agentes Comunitários de saúde (PACS) com uma cobertura de 100%, um total de 265 Agentes Comunitários de Saúde, 22 Equipes de Saúde Bucal e dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com cobertura de 53% das equipes de saúde da família (composto por três fisioterapeutas, duas nutricionistas, uma fonoaudióloga, duas assistentes sociais, três psicólogas, três educadores físicos, duas terapeutas ocupacionais e uma farmacêutica). Dispõe também do Centro de Especialidades Luiz Lessa (com pediatras, neuropediatra, cardiologista, ginecologista, obstetra e outros), um Centro de Reabilitação, com fisioterapeutas e fonoaudiólogos, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), duas unidades do Serviço Móvel de Urgência (SAMU), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um CAPS AD (álcool e drogas), uma Unidade Pernambucana de Especialidades (UPAE), uma Central de Regulação Regional, o Hospital Infantil Palmira Sales (referência obstétrica) e o Hospital Regional Dom Moura. As ações prioritárias da AISC são desenvolvidas na Atenção Básica, através da Estratégia Saúde da Família, porém, quando há necessidade de atendimento especializado, os casos são referenciados para o Centro de Especialidades Luís Lessa ou para o Hospital Regional Dom Moura (emergência pediátrica).

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em 2011, existiam no município 4.322 crianças menores de dois anos. Esse número representa 89% das crianças estimadas para aquele ano.⁶⁵ Com base no PMAQ, identificou-se uma baixa cobertura de atendimento nessa faixa etária, enquanto, no ano de 2011, as equipes de saúde da família realizaram uma média de 2,5 consultas de atenção à saúde da criança, abaixo do preconizado pelo MS. Porém, no ano de 2012, com a implantação do PMAQ, já foi

possível identificar uma melhora nesse indicador, que passou de 2,5 para 4,0 consultas/criança/ano.

É importante salientar que o município aderiu ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção básica (PMAQ), em 2011, e ao Programa Nacional de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) em 2012, devido à possibilidade de captar recursos para investimentos adicionais na melhoria da organização do processo de trabalho e oferta de ações e serviços de saúde para a comunidade.

4.3. Etapas do estudo

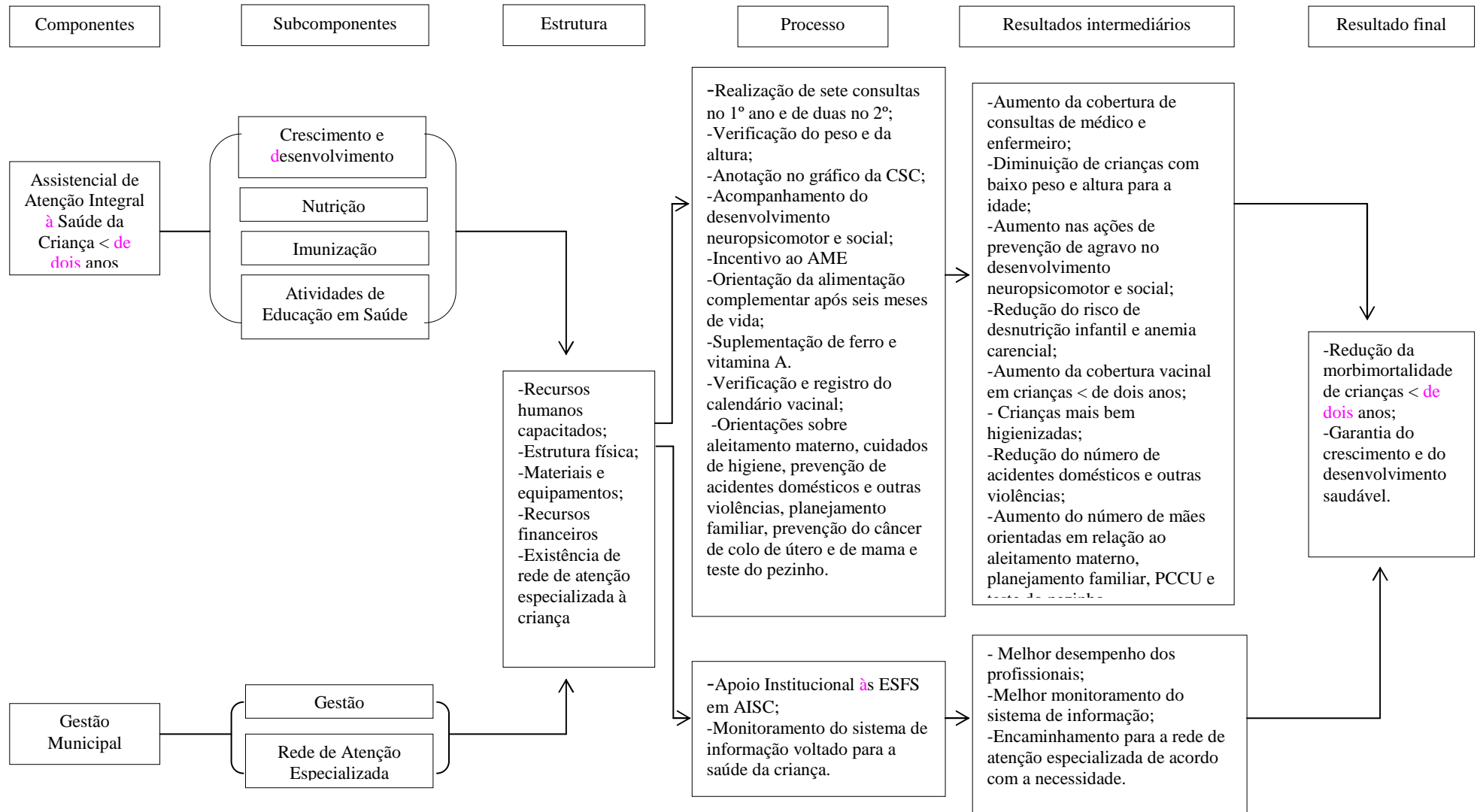
4.3.1. Construção do modelo lógico das ações de atenção integral à saúde da criança menor de dois anos

O Modelo Lógico de uma intervenção é um esquema visual que expõe o funcionamento do programa e fornece uma base objetiva a respeito da relação causal entre seus elementos (componentes, insumos, produtos e resultados), ou seja, como eles se articulam para resolver o problema que deu origem ao programa.^{53,57,66}

O Modelo Lógico das Ações de Atenção Integral à Saúde da criança menor de dois anos foi construído baseado no Caderno 11 da Atenção Básica do Ministério da Saúde 2002⁴, na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil 2004¹⁹, no PMAQ 2010³² e no Manual de Crescimento e Desenvolvimento – Caderno da Atenção Básica nº 33, 2012³¹. Foram definidos como componentes: Assistencial de Atenção Integral à Saúde da Criança menor de dois anos e Gestão Municipal, e como subcomponentes: Crescimento e Desenvolvimento, Nutrição, Imunização. Atividades de Educação em Saúde, Gestão e Rede de Atenção Especializada.

A figura 1 apresenta o Modelo Lógico com os componentes, os subcomponentes, a estrutura, o processo, os resultados intermediários e o resultado final.

Figura 5: Modelo Lógico das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança menor de dois anos desenvolvidos na Atenção Básica



4.3.2. Elaboração da Matriz de Análise e Julgamento das ações de atenção integral à saúde da criança menor de dois anos

A Matriz de Análise e Julgamento é constituída por critérios, indicadores e padrões, em que é incluído o mérito, por isso, é chamada também de matriz final da avaliação.^{53,57}

Neste estudo, a Matriz de Análise e Julgamento foi elaborada a partir do Modelo Lógico descrito antes. Foram consideradas as dimensões de Estrutura e de Processo por componente do Modelo Lógico. Na dimensão de estrutura, foram definidos os seguintes critérios: recursos humanos (RH), espaço físico, recursos materiais e rede de atenção especializada. Na dimensão de processo, foram considerados os critérios: crescimento e desenvolvimento, nutrição, imunização, atividades de educação em saúde e gestão. Para cada critério, foram definidos indicadores com respectivo padrão, pontuação máxima esperada, ponto de corte, pontuação alcançada e o julgamento observado (Quadros 1 e 2).

Quadro 1. Matriz de Análise e Julgamento – **Dimensão Estrutura** para a avaliação do grau de implantação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança menor de dois anos. Estratégia Saúde da Família. Garanhuns – Pernambuco, 2013.

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIOS	INDICADORES	PADRÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA = 40 PONTOS	PONTO DE CORTE	OBSERVADO	PONTUAÇÃO ALCANÇADA	JULGAMENTO DE ACORDO COM A PONTUAÇÃO ALCANÇADA
ESTRUTURA	ASSISTENCIAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA < 2 ANOS	RH	Nº de coordenador municipal da AB especializado em Saúde da Família	≥ 1	3	3 pontos ≥ 1 0 ponto < 1			
			Existência de coordenador municipal de AB	Sim ou Não S/N	3	Sim = 3 pontos			
			Nº de Equipes de Saúde da Família completas	≥ Nove integrantes Equipe mínima de 9 integrantes: um médico, um enfermeiro, um téc. Enfermagem e seis ACS)	5	5 pontos se equipe completa ≥ 9 Profissionais da equipe padrão. 3 pontos se < 9 e > 5 0 ponto < 5			
			Proporção de profissionais capacitados na Atenção Integral à Saúde da Criança (AISC)	≥ 85%	4	4 pontos se ≥ 85% dos profissionais capacitados na Atenção Integral à Saúde da Criança (AISC) 0 ponto se < 85% dos profissionais capacitados na AISC			
			Proporção de profissionais capacitados na Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)	≥ 85%	4	4 pontos se ≥ 85% dos profissionais capacitados na Atenção Integral à doença Prevalentes na Infância (AIDPI)			

						0 ponto se <85% dos profissionais capacitados na AIDPI		
		ESPAÇO FÍSICO	Proporção de consultórios adequados por USF	<p>≥ 80% USF com 2 consultórios adequados</p> <p>(1 birô, 1 maca acolchoada, 2 cadeiras, 1 pia com água, sabão e papel toalha, boa ventilação e iluminação)</p>	4	<p>4 pontos se ≥ 80% das USF com 2 consultórios adequados.</p> <p>2 pontos se < 80%</p>		
			Proporção de sala de vacina equipada por USF	<p>≥ 90%</p> <p>Sala de vacina equipada com todos os seguintes equipamentos/insumos/materiais : 1- geladeira, termômetro digital, maca acolchoada, cadeiras, pia com água, sabão e papel toalha. 2- vacinas administradas nos menores de 2 anos = BCG, hepatite B, VIP, VOP, pentavalente, tríplice viral, DTP, rotavírus, pneumo 10, meningoc. 3- Vit A . 4- CSC/cartão da criança</p>	5	<p>5 pontos ≥ 90% das sala de vacina equipadas por USF</p> <p>3 pontos > 50% e > 90%</p> <p>1 ponto < 50%</p>		
		RECURSOS MATERIAIS	Nº de materiais da atenção à saúde da criança por USF	<p>≥ 6 itens (1-régua antropométrica, fita métrica, balança infantil, estetoscópio, otoscópio.</p>	5	<p>5 pontos ≥ 6 itens</p> <p>3 pontos ≥ 3 itens</p> <p>0 ponto < 3 itens</p>		
			Existência de manuais de normas existentes na USF	<p>Sim ou Não</p> <p>S/N</p>	5	<p>5 pontos se todos os manuais existente na USF;</p> <p>3 pontos se, pelo menos, houver um manual na USF</p> <p>0 ponto se nenhum manual</p>		
	GESTÃO MUNICIPAL	REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA	Existência de rede de atenção especializada à criança	<p>Sim ou Não</p> <p>S/N</p>	2	<p>Sim = 2 pontos</p> <p>Não = 0 ponto</p>		

Quadro 2. Matriz de Análise e Julgamento – **Dimensão ‘Processo’** para avaliação do grau de implantação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança menor de dois anos. Estratégia Saúde da Família. Garanhuns – Pernambuco, 2013

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIOS	INDICADORES	PADRÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA = 60 PONTOS	PONTO DE CORTE	OBSERVADO	PONTUAÇÃO ALCANÇADA	JULGAMENTO DE ACORDO COM A PONTUAÇÃO ALCANÇADA
PROCESSO	ASSISTENCIAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA	CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	% de crianças com n° adequado de consultas de CD realizadas por ano em crianças < de dois anos.	<p>≥ 90% de crianças com número de consultas adequado para a idade</p> <p>Realização de sete consultas no 1º ano (1ª semana, 1º, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º mês) e duas consultas no 2º ano (18º e 24º mês)</p>	10	<p>10 pontos ≥ 90% de crianças com número de consultas adequadas para a idade</p> <p>5 pontos >50 e < 90%</p> <p>2 ponto < 50%</p>			
			Proporção de crianças < dois anos pesadas no dia da consulta	≥ 90%	5	<p>5 pontos ≥ 90% de crianças pesadas no dia da consulta</p> <p>2 pontos se < 90%</p>			
			Proporção de crianças < de dois anos com medição da altura no dia da consulta	≥ 90%	5	<p>5 pontos ≥ 90% de crianças com medição da estatura no dia da consulta</p> <p>2 pontos < 90%</p>			
			Proporção de registro dos marcos do desenvolvimento na CSC	<p>≥ 90%</p> <p>Registro dos marcos do desenvolvimento na CSC</p>	8	<p>8 pontos ≥ 90% de crianças com registro dos marcos do desenvolvimento na CSC</p> <p>5 pontos >50 e < 90%</p> <p>2 pontos < 50%</p>			

	NUTRIÇÃO	Proporção de mães incentivadas ao AME até os seis meses	$\geq 90\%$ Mães incentivadas ao AME até os seis meses	6	6 pontos $\geq 90\%$ das mães incentivadas ao AME até os seis meses 3 pontos >50 e $< 90\%$ 2 pontos $< 50\%$		
		Proporção de mães orientadas sobre alimentação complementar após os seis meses de vida	$\geq 90\%$ mães orientadas sobre a alimentação complementar após os seis meses de vida	5	5 pontos $\geq 90\%$ das Mães orientadas a alimentação complementar após os 6 meses de vida 3 pontos >50 e $< 90\%$ 0 ponto $< 50\%$		
		Proporção de registro da suplementação da vitamina A na CSC a partir dos seis meses de vida	$\geq 90\%$	2	2 pontos $\geq 90\%$ com registro da suplementação da vitamina A na CSC a partir dos 6 meses de vida 0 ponto $< 90\%$		
		Proporção de registro da suplementação do ferro na CSC a partir dos seis meses de vida	$\geq 90\%$	2	2 pontos $\geq 90\%$ com registro da suplementação do ferro na CSC a partir dos seis meses de vida 0 ponto se $< 90\%$		
	IMUNIZAÇÃO	Proporção de registro de vacinas na CSC de acordo com a idade	$\geq 95\%$	8	8 pontos $\geq 95\%$ registro de vacinas na CSC de acordo com a idade 5 pontos >50 e $< 95\%$ 2 pontos $< 50\%$		

		ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	<p>Proporção de mães que receberam orientações sobre crescimento, desenvolvimento, aleitamento materno, cuidados de higiene, prevenção de acidentes domésticos e outras violências, planejamento, familiar, prevenção do câncer do colo de útero, prevenção do câncer de mama e teste do pezinho</p>	<p>≥ 80%</p> <p>Mães orientadas sobre crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, cuidados de higiene, prevenção de acidentes domésticos e outras violências, planejamento familiar, prevenção do câncer do colo de útero, prevenção do câncer de mama e teste do pezinho</p>	5	<p>5 pontos ≥ 80% recebendo de 5 a 7 orientações</p> <p>3 pontos >50 e < 80% recebendo de 1 a 4 orientações</p> <p>0 ponto < 50% não recebendo nenhuma orientação</p>		
GESTÃO MUNICIPAL	GESTÃO	<p>Existência de apoio institucional às ESF em AISC</p> <p>Função gerencial mais próximo da equipe: planejamento, supervisão, monitoramento e avaliação.</p>	<p>Sim ou Não</p> <p>S/N</p>	2	<p>Sim = 2 pontos</p> <p>Não = 0 ponto</p>			
		<p>Existência de monitoramento dos sistemas de informação voltados para a saúde da criança (SISVAN, SIAB, Bolsa Família, PMAQ e PNI)</p>	<p>S/N</p>	2	<p>Sim = 2 pontos</p> <p>Não = 0 ponto</p>			

4.4. População do estudo e amostragem

A população-alvo do estudo foram os profissionais (médico ou enfermeiro) que trabalham na Estratégia de Saúde da Família e que estavam atendendo a crianças no dia da coleta dos dados: 30 enfermeiros e dois médicos, um coordenador da Atenção Básica e as genitoras ou acompanhantes de crianças menores de dois anos atendidas nos dias da coleta dos dados. A amostra foi por conveniência e perfiz um total de 233 genitoras.

4.5 Critérios de inclusão

Foram incluídos neste estudo 32 USF, os enfermeiros e/ou médicos que nelas trabalhavam e realizavam atendimentos de Atenção à Saúde da Criança menor de dois anos e genitoras ou responsáveis por crianças menores de dois anos (0 a 23 meses e 29 dias) cadastradas nas USF de Garanhuns e atendidas no período da coleta dos dados.

4.6. Critérios de exclusão

Foi excluído da pesquisa o profissional que, no período da coleta dos dados realizada na UBS estivesse de licença de saúde ou outro tipo de afastamento (férias).

4.7. Instrumentos e coleta dos dados

Os instrumentos foram construídos a partir do modelo lógico das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança (Figura 3). O projeto deste estudo foi previamente apresentado a todos os profissionais da ESF. Foram realizadas duas oficinas de preparação para o trabalho de campo e um estudo piloto de aplicação dos instrumentos nas duas

unidades do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), com a finalidade de corrigir e/ou esclarecer alguma dúvida e calibrar os instrumentos com a equipe de entrevistadores. As duas unidades do estudo- piloto não fizeram parte da pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada no período de abril a julho de 2013, por meio de entrevista com questionários estruturados (apêndices I, II e III) e observação direta da estrutura. As genitoras ou acompanhantes das crianças menores de dois anos eram convidadas para a entrevista, depois da consulta na UBS. A maioria das perguntas foi relacionada à consulta atual. O roteiro (apêndice IV) foi utilizado para a análise do prontuário e da CSC. A entrevista com o profissional acontecia no término do atendimento geral, quando também era realizada uma visita em todos os espaços físicos da unidade. Foi utilizado, também, um diário de campo, onde foi registrado algum complemento verbal dos profissionais. A entrevista com o coordenador da Atenção Básica, relativa a aspectos da Gestão, ocorreu nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde, na coordenação municipal.

Participaram da coleta dos dados, além da pesquisadora, três enfermeiras da equipe de supervisão da Atenção Básica e quatro residentes de Enfermagem da Residência Multiprofissional de Interiorização à Saúde do Hospital Regional Dom Moura.

Antes das entrevistas, foi feito um contato prévio com os atores envolvidos, esclarecendo-os sobre o estudo e a disponibilidade para agendamento.

4.8. Processamento e análise dos dados

O grau de implantação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança foi definido a partir da análise da estrutura dos serviços de saúde, do processo de trabalho e do

acompanhamento das crianças menores de dois anos de vida realizado por enfermeiros e médicos da ESF de Garanhuns, utilizando-se critérios previamente estabelecidos e já referendados em outros estudos.^{53,56,57,67,68,69}

O grau de implantação da AISC foi estimado para as dimensões ‘estrutura’ e ‘processo’ e, posteriormente, estimado o grau de implantação global das ações para a Atenção Integral à Saúde da Criança menor de dois anos, na Estratégia Saúde da Família do município, por meio de média aritmética dos resultados obtidos para o grau de implantação da estrutura e do processo.

A medida do grau de implantação foi obtida a partir da seguinte fórmula:

$$\text{Grau de implantação} = \frac{\text{Pontuação obtida} \times 100}{\text{Pontuação máxima}}$$

Pontuação obtida = \square da pontuação obtida de cada critério;

Pontuação máxima = \square da pontuação máxima de cada critério.

O grau de implantação, tanto para as dimensões da estrutura e do processo quanto para seu conjunto foi classificado como indicado na Tabela 1.

Tabela 1. Classificação e escore final referente ao grau de implantação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança menor de dois anos – Garanhuns, PE, 2013.

Classificação	Escore final
Implantado	100% a 80%
Parcialmente implantado	79,9% a 50%
Incipiente	< 49,9%

Fonte: Adaptado de Hartz (2005)⁷⁰ e Leal (2011)⁶⁶.

O processamento dos dados foi realizado utilizando-se o software Excel 2007 com digitação de dupla entrada. Para realizar a *validad* dos dados, foi utilizado o EPI-INFO 3.5.3. Para proceder às análises, foram utilizados os Softwares STATA/SE 12.0 e o Excel

2007. Os resultados estão apresentados em forma de tabela, com suas respectivas frequências absoluta e relativa.

4.9. Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu aos critérios éticos definidos na Resolução 466, de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), protocolo nº 3418-13. (Anexo I). Os entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, concordando com a participação na pesquisa (apêndice V). Foram garantidos os princípios da confidencialidade das informações e o anonimato dos entrevistados.

Para realizar o estudo, o projeto foi autorizado pela Secretaria de Saúde do Município de Garanhuns, através de Carta de Anuência (Anexo II).

V. RESULTADOS

5.1 Perfil da população de estudo

Em relação ao perfil dos profissionais (n =32), observou-se que a maioria é jovem, com faixa etária entre 30 e 40 anos (46,9%), com predomínio do sexo feminino (96.9%).

No que diz respeito à experiência e à formação profissional, os entrevistados eram enfermeiros (93,7%), tinham menos de dez anos de experiência na área de atuação (59,4%) e capacitação em AIDPI (90,6%) (Tabela2). Em relação à capacitação na estratégia AIDPI, vale salientar que todos os profissionais realizaram por conta própria, pois o município não ofereceu e teve que ser realizada em Recife. Em sua implantação, na década de 90, houve várias capacitações patrocinadas pelo Estado, porém, desde 2003, ou o município patrocina o curso ou o próprio profissional interessado nele. Pode-se afirmar que o profissional enfermeiro era o principal responsável pelas ações de AISC e o mais sobrecarregado, por exercer, também, as atividades administrativas da USF, pois a maioria dos médicos, durante o processo de coleta dos dados, referiu que não desenvolve ações de AISC e que existem algumas fragilidades, como a insuficiência de discussão de casos, poucas visitas de apoio institucional e dificuldades na contrarreferência, além da dificuldade de transporte para as equipes da zona urbana.

Tabela 2 – Perfil dos médicos e dos enfermeiros das Equipes de Saúde da Família - Garanhuns - PE, 2013

Variáveis	N	%
Categoria profissional		
Médico	2	6,3
Enfermeiro	30	93,7
Sexo		
Feminino	31	96,9
Masculino	1	3,1
Idade (anos)		
< 30	10	31,3
30 - 40	15	46,9
≥ 40	7	21,9
Tempo de Formação (anos)		
Menos de 5	9	28,1
5 a 10	10	31,3
Mais de 10	13	40,6
Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família (anos)		
Menos de 5	11	34,4
5 a 10	8	25,0
Mais de 10	13	40,6
Fez treinamento em AIDPI e/ou Puericultura		
Sim	29	90,6
Não	3	9,4
Tempo de AIDPI		
Até 5 anos	14	48,3
6 - 10 anos	13	44,8
11 - 15 anos	2	6,9

Em relação à gestão, identificou-se a presença de duas coordenadoras na Atenção Básica, ambas enfermeiras, com uma média de dez anos de atuação na ESF, com capacitação em AIDPI e especialização em Saúde da Família, e uma com capacitação em Puericultura. Porém, não há uma coordenação exclusiva para as ações de atenção à saúde da criança - ambas desenvolvem as mesmas atividades. Como potencialidades no critério ‘gestão’, os profissionais referiram que recebem incentivo financeiro associado à avaliação por desempenho, devido à implantação do PMAQ, e no critério ‘rede de atenção especializada’, foi implantada a Central de Regulação para consultas e exames especializados, o que ampliou o acesso dos usuários.

Quanto ao perfil das crianças do estudo (n = 233), a maioria era do sexo feminino (51,9%), com faixa etária menor de 12 meses (76,1%). Quase todas as crianças eram

conduzidas à USF pelas genitoras (97%). O principal motivo da visita à USF foi a consulta de rotina (67,4%), seguida da consulta por doença (41,6%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Perfil das crianças menores de dois anos atendidas na ESF - Garanhuns - PE, 2013

Variáveis	N	%
Acompanhante da criança		
Mãe	226	97,0
Outros	7	3,0
Sexo da criança		
Feminino	121	51,9
Masculino	112	48,1
Idade (meses)		
< 6	87	37,8
6 – 12	88	38,3
13 – 18	29	12,6
19 – 24	26	11,3
Motivo da consulta		
Rotina	157	67,4
Doença	97	41,6
Bolsa família	3	1,3

5.2 Orientações de ações de prevenção e promoção da saúde

Nas entrevistas, os profissionais relataram que, geralmente, orientam as mães com as informações preconizadas pela AISC. Porém, quando foram perguntadas sobre quais as orientações que recebiam na consulta da criança, suas respostas foram divergentes, exceto em relação ao crescimento e ao desenvolvimento, que foram semelhantes às dos profissionais.

Os profissionais referiram, ainda, que não costumam orientar em relação ao CD e à prevenção de acidentes domésticos. Quanto às orientações recebidas pelas genitoras, que eram mais direcionadas à consulta atual, verifica-se um baixo percentual para as variáveis: incentivo ao aleitamento materno, prevenção de acidentes domésticos, planejamento

familiar, prevenção do câncer de colo e de mama e teste do pezinho (Tabela 4). Não houve comparação estatística dos dados, devido às perguntas dos profissionais serem referentes ao processo de trabalho como um todo, e as perguntas às mães, relacionadas ao atendimento atual.

Tabela 4 – Distribuição da frequência sobre a orientação de ações de prevenção e promoção da saúde, segundo relato das genitoras e dos profissionais nas Equipes de Saúde da Família - Garanhuns - PE, 2013

Variáveis	Grupo	
	Mães n (%)	Profissionais n (%)
Crescimento		
Sim	130 (55,8)	20 (62,5)
Não	103 (44,2)	12 (37,5)
Desenvolvimento		
Sim	113 (48,5)	20 (62,5)
Não	120 (51,5)	12 (37,5)
Incentivo ao aleitamento		
Sim	97 (41,6)	32 (100,0)
Não	136 (58,4)	0 (0,0)
Aleitamento materno		
Sim	125 (53,6)	32 (100,0)
Não	108 (46,4)	0 (0,0)
Alimentação complementar		
Sim	124 (53,2)	32 (100,0)
Não	109 (46,8)	0 (0,0)
Vacinação		
Sim	177 (76,0)	31 (96,9)
Não	56 (24,0)	1 (3,1)
Higiene		
Sim	105 (45,1)	31 (96,9)
Não	128 (54,9)	1 (3,1)
Prevenção de acidentes domésticos		
Sim	59 (25,3)	22 (68,8)
Não	174 (74,7)	10 (31,3)
Planejamento familiar		
Sim	67 (28,8)	31 (96,9)
Não	166 (71,2)	1 (3,1)
Prevenção de CA colo		
Sim	51 (21,9)	26 (81,3)
Não	182 (78,1)	6 (18,8)
Prevenção de CA mama		
Sim	22 (9,4)	26 (81,3)
Não	211 (90,6)	6 (18,8)
Teste do pezinho		
Sim	68 (29,2)	29 (90,6)
Não	165 (70,8)	3 (9,4)

5.3 Avaliação do grau de implantação

Nos Quadros 3 e 4, encontram-se os resultados detalhados por dimensão, componentes, critérios e indicadores de avaliação.

Quadro 3. Dimensão ‘Estrutura’ - Pontuação obtida por critério e indicador e Grau de Implantação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança na Estratégia Saúde da Família - Garanhuns – PE, 2013

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIOS	INDICADORES	PADRÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA = 40 PONTOS	PONTO DE CORTE	OBSERVADO	PONTUAÇÃO ALCANÇADA = 28 PONTOS	JULGAMENTO DE ACORDO COM A PONTUAÇÃO ALCANÇADA
ESTRUTURA	ASSISTENCIAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA < 2 ANOS	RH	Existência de coordenador municipal da AB	≥ 1	3	3 pontos ≥ 1 0 ponto < 1	2 coordenadores na AB	3	TOTAL DE PONTOS DO VALOR ATRIBUÍDOS/PONTUAÇÃO MÁXIMA X 100 28/40 X 100 70% PACIALMENTE IMPLANTADO
			Nº de coordenadores municipais da AB especializados em Saúde da Família	Sim ou Não S/N	3	Sim = 3 pontos	Coordenadores especializados	3	
			Nº de Equipes de Saúde da Família completas	≥ 9 integrantes Equipe mínima 9 integrantes: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 téc. Enfermagem e 6 ACS)	5	5 pontos se equipe completa ≥ 9 Profissionais da equipe padrão. 3 pontos se < 9 e > 5 0 ponto < 5	32 equipes completas = ou > 9 componentes	5	
			Proporção de profissionais capacitados na Atenção Integral à Saúde da Criança (AISC)	≥ 85%	4	4 pontos se ≥ 85% dos profissionais capacitados na Atenção Integral à Saúde da Criança (AISC) 0 ponto se < 85% dos profissionais capacitados na AISC	46,9% dos profissionais capacitados na AISC	0	
			Proporção de profissionais capacitados na Atenção Integral a Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)	≥ 85%	4	4 pontos se ≥ 85% dos profissionais capacitados na Atenção Integral a doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) 0 ponto se < 85% dos profissionais capacitados na AIDPI	90,6% dos profissionais capacitados em AIDPI	4	

		ESPAÇO FÍSICO	Proporção de consultórios adequados por USF	<p>≥ 80% USF com 2 consultórios adequados (1 birô, 1 maca acolchoada, 2 cadeiras, 1 pia com água, sabão e papel toalha, boa ventilação e iluminação)</p>	4	<p>4 pontos se ≥ 80% das USF com 2 consultórios adequados.</p> <p>2 pontos se < 80%</p>	75% das USF com menos de dois consultórios adequados	2	
			Proporção de sala de vacina equipada por USF	<p>≥ 90%</p> <p>Sala de vacina equipada com todos os seguintes equipamentos/insumos/materiais: 1- geladeira, termômetro digital, maca acolchoada, cadeiras pia com água, sabão e papel toalha. 2- vacinas administradas nos menores de dois anos = BCG, hepatite B, VIP, VOP, pentavalente, tríplice viral, DTP, rotavírus, pneumo 10, meningoc. 3- Vit A. 4-CSC/cartão da criança</p>	5	<p>5 pontos ≥ 90% das salas de vacina equipadas por USF</p> <p>3 pontos > 50% e > 90%</p> <p>1 ponto < 50%</p>	3,8% das salas estavam equipadas	1	
		RECURSOS MATERIAIS	Nº de materiais da atenção à saúde da criança por USF	<p>≥ 6 itens (1-régua antropométrica, fita métrica, balança infantil, estetoscópio, otoscópio.</p>	5	<p>5 pontos ≥ 6 itens</p> <p>3 pontos ≥ 3 itens</p> <p>0 ponto < 3 itens</p>	32 USF = 6 itens (75%)	5	
			Manuais de normas existentes na USF	<p>Sim ou Não</p> <p>S/N</p>	5	<p>5 pontos se todos os manuais existente na USF;</p> <p>3 pontos se pelo menos 1 manual existente na USF</p> <p>0 ponto se nenhum manual</p>	53,1% das USF tinham mais de dois manuais presentes.	3	
		GESTÃO MUNICIPAL	REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA	Existência de rede de atenção especializada à criança	S/N	2	<p>Sim = 2 pontos</p> <p>Não = 0 ponto</p>	Sim (84,4%)	2

Quadro 4. Dimensão ‘Processo’ - Pontuação obtida por critério e indicador e Grau de Implantação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança na Estratégia Saúde da Família - Garanhuns – PE, 2013

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIOS	INDICADORES	PADRÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA = 60 PONTOS	PONTO DE CORTE	OBSERVADO	PONTUAÇÃO ALCANÇADA = 33 PONTOS	JULGAMENTO DE ACORDO COM A PONTUAÇÃO ALCANÇADA
PROCESSO	ASSISTENCIAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA	CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	% de crianças com n° adequado de consultas de CD realizadas por ano em crianças < de dois anos.	≥ 90% de Crianças com número de consultas adequado para a idade Realização de 7 consultas no 1º ano (1ª semana, 1º, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º mês) e duas consultas no 2º ano (18º e 24º mês)	10	10 pontos ≥ 90% de Crianças com número de consultas adequadas para a idade 5 pontos >50 e < 90% 2 pontos < 50%	68,1% das crianças menores de dois anos com número de consultas adequadas para a idade	5	TOTAL DE PONTOS DO VALOR ATRIBUÍDOS/PONTUAÇÃO MÁXIMA X 100 33/60 X 100 = 55% PARCIALMENTE IMPLANTADO
			Proporção de crianças < dois anos pesadas no dia da consulta	≥ 90%	5	5 pontos ≥ 90% de Crianças pesadas no dia da consulta 2 pontos se < 90%	92,2% das crianças menores de dois anos pesadas no dia da consulta	5	
			Proporção de crianças < dois anos com medição da altura no dia da consulta	≥ 90%	5	5 pontos ≥ 90% de Crianças com medição da estatura no dia da consulta 2 pontos < 90%	83,5% das crianças com medição da estatura no dia da consulta	2	
			Proporção de registro dos marcos do desenvolvimento na CSC	≥ 90% Registro dos marcos do desenvolvimento na CSC	8	8 pontos ≥ 90% de crianças com registro dos marcos do desenvolvimento na CSC 5 pontos >50 e < 90% 2 pontos < 50%	12,7% das CSC com registro dos marcos do desenvolvimento	2	
		NUTRIÇÃO	Proporção de mães incentivadas ao AME até os seis meses	≥ 90% Mães incentivadas ao AME até os seis meses	6	6 pontos ≥ 90% das Mães incentivadas ao AME até os 6 meses 3 pontos >50 e < 90% 2 pontos < 50%	49,0% das Mães incentivadas ao AME até os 6 meses	2	
			Proporção de mães orientadas sobre	≥ 90% Mães orientadas sobre a alimentação complementar	5	5 pontos ≥ 90% das mães orientadas sobre a alimentação	53,2% das mães orientadas sobre a alimentação	3	

		alimentação complementar após os seis meses de vida	após os seis meses de vida		complementar após os seis meses de vida 3 pontos >50 e < 90% 0 ponto < 50%	complementar após os seis meses de vida	
		Proporção de registro da suplementação da vitamina A na CSC a partir dos seis meses de vida	≥ 90%	2	2 pontos ≥ 90% com registro da suplementação da vitamina A na CSC a partir dos seis meses de vida 0 ponto < 90%	90,6% de CSC com registro da suplementação da vitamina A a partir dos seis meses de vida	2
		Proporção de registro da suplementação do ferro na CSC a partir dos seis meses de vida	≥ 90%	2	2 pontos ≥ 90% com registro da suplementação do ferro na CSC a partir dos seis meses de vida 0 ponto se < 90%	75,0% de CSC com registro da suplementação do ferro a partir dos seis meses de vida	0
	IMUNIZAÇÃO	Proporção de registro de vacinas na CSC de acordo com a idade	≥ 95%	8	8 pontos ≥ 95% registro de vacinas na CSC de acordo com a idade 5 pontos >50 e < 95% 2 pontos < 50%	91,8% de CSC com registro de vacinas de acordo com a idade	5
	ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Proporção de mães que receberam orientações sobre crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, cuidados de higiene, prevenção de acidentes domésticos e outras violências, planejamento familiar, prevenção do câncer do colo de útero, prevenção do câncer de mama e teste do pezinho	≥ 80% Mães orientadas sobre crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, cuidados de higiene, prevenção de acidentes domésticos e outras violências, planejamento familiar, prevenção do câncer do colo de útero, prevenção do câncer de mama e teste do pezinho	5	5 pontos ≥ 80% recebem de cinco a sete orientações 3 pontos >50 e < 80% recebem de cinco a sete orientações 0 ponto < 50% não recebem nenhuma orientação.	63,1% das mães recebem de uma a quatro orientações.	3




GESTÃO MUNICIPAL	GESTÃO	Existência de apoio institucional às ESF em AISC	Sim ou Não S/N	2	Sim = 2 pontos Não = 0 ponto	Sim (84,4%)	2	
		Função gerencial mais próximo da equipe: planejamento, supervisão, monitoramento e avaliação.						
		Existência de monitoramento dos sistemas de informação voltados para a saúde da criança (SISVAN, SIAB, Bolsa Família, PMAQ e PNI)	S/N	2	Sim = 2 pontos Não = 0 ponto	Monitoramento dos sistemas de informação voltados para a saúde da criança	2	

O grau de implantação da AISC, na Estratégia Saúde da Família do município, revelou-se como parcialmente implantado, assim, como para as dimensões de estrutura e de processo (Quadro 5).

Quadro 5- Grau de implantação das ações de atenção integral à saúde da criança na Estratégia Saúde da Família. Garanhuns – PE - 2013

Dimensão	Critérios	GI
ESTRUTURA	RH	19/15 79%
	Espaço físico	9/3 33%
	Recursos materiais	10/8 80%
	Rede de Atenção Especializada	2/2 100%
	GI* Estrutura	40/28 70%
PROCESSO	Crescimento e desenvolvimento	28/14 50%
	Nutrição	15/7 47%
	Imunização	8/5 63%
	Atividades de Educação em Saúde	5/3 60%
	Gestão	4/4 100%
GI* Processo	60/33 55%	
GI* Total	100/61 61%	

*Grau de implantação:

	Implantado: 100% a 80%		Parcialmente implantado 79,9% a 50%		Incipiente: 49,9% e menos
---	------------------------	---	-------------------------------------	---	---------------------------

5.3.1 Dimensão estrutura

Quando analisados os critérios de estrutura, em seu conjunto, verificou-se que o grau de implantação é incipiente para o espaço físico e parcialmente implantado para o critério ‘recursos humanos’. Foram considerados implantados os critérios ‘recursos materiais’ e ‘rede de atenção especializada’. No critério ‘recursos humanos’, apenas 46,9% dos profissionais mencionaram capacitação na AISC.

As 32 USF (100%) dispõem de, no mínimo, dois consultórios, porém, em apenas 25% delas, havia dois consultórios considerados inadequados. Das 32 salas de vacina, observou-se que somente 3,8% estavam totalmente equipadas. Os insumos e os materiais que mais faltavam nas salas de vacina no período da coleta foram: a vacina tríplice viral (9,4%), a vitamina A (9,4%), papel toalha (81,3%) e maca acolchoada (78,1%). Apesar de o critério ‘recursos materiais’ ter sido classificado como implantado (80%), os entrevistados mencionaram a falta de alguns equipamentos e materiais necessários à AISC, como régua antropométrica (9,4%), otoscópio (46,9%), protocolo municipal de saúde da criança (28,1%), manual de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (43,8%) e agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil (78,1%). Por meio do registro no diário de campo, também se constatou a falta de tensiômetro infantil em todas as unidades (100%), o qual é sobremaneira importante no tratamento de distúrbios nutricionais e na prevenção da hipertensão arterial infantil.

Em relação ao critério ‘Rede de Atenção Especializada’, que se encontra implantada, 84,4% dos profissionais referiram que a conhecem. Ainda nessa dimensão, do ponto de vista de estrutura física, algumas USFs (sete) foram aprovadas pelo MS (Requalifica SUS) para iniciar a reforma, ampliação ou construção.

Principais fragilidades dessa dimensão: ausência de coordenação de Saúde da Criança, 25% dos consultórios inadequados, falta de alguns insumos e equipamentos, manual de normas ausente ou não exposto. Principais potencialidades: Equipes de Saúde da Família completa, conhecimento da rede de atenção especializada, implantação da central de regulação, sete USF aprovadas pelo RequalificaSus (Reforma e ampliação) e incentivo financeiro do PMAQ para os profissionais.

5.3.2 Dimensão processo

Essa dimensão foi classificada como parcialmente implantada. Observa-se que os critérios ‘crescimento e desenvolvimento’, ‘imunização’ e ‘atividades de educação em saúde’ encontram-se parcialmente implantados. O critério ‘gestão’ encontra-se implantado e o critério ‘nutrição’ incipiente.

Em relação ao acompanhamento da criança menor de dois anos, verificou-se que 68,1% delas estavam com o número de consulta adequado para a idade. Para as de 13 a 24 meses, esse indicador foi melhor (98,2%). Nos indicadores ‘crianças pesadas’ e ‘medidas’, o prontuário mostrou que 92,2% e 83,5%, respectivamente, foram preenchidos no dia da consulta. O acompanhamento dos marcos do desenvolvimento da criança foi preenchido em apenas 12,7% das CSC verificadas. Alguns profissionais (12 37,5%) justificaram que a não avaliação dos marcos do desenvolvimento deve-se à demanda elevada e à sobrecarga de trabalho, o que direciona o atendimento à queixa atual. Essa avaliação, na maioria das vezes, é feita quando há suspeita de possível atraso no desenvolvimento.

O critério ‘nutrição’ foi considerado incipiente. Entre os seus indicadores, a proporção de mães incentivadas ao aleitamento materno foi o que obteve o pior resultado (49%). O indicador ‘proporção de mães orientadas em relação à alimentação

complementar após os seis meses de vida' da criança foi verificado em 59,6%, seguido da 'proporção de registro da suplementação do ferro na CSC a partir dos seis meses de vida' (75%), enquanto que a 'proporção de registro da suplementação da vitamina A na CSC a partir dos seis meses de vida' foi de 90,6%.

No critério 'imunização', ao verificar o registro de vacinas na CSC, constatou-se que 91,8% das crianças estavam com a vacina atualizada para a idade. Quanto ao critério 'atividades de educação em saúde', verificou-se que 63,1% das mães receberam de uma a quatro orientações durante a consulta, das sete orientações básicas. Em relação às 'atividades de educação em saúde', esta pesquisa se deteve nas orientações ofertadas à mãe no momento da consulta. Os grupos educativos não foram objeto de estudo. Mesmo assim, identificou-se a escassez dessa atividade no relato das mães e dos profissionais.

O estudo mostrou uma ausência de padronização da consulta da criança entre as UBS, onde as anotações dos profissionais restringiram-se à mensuração do peso, altura e perímetro cefálico, sem registros relacionados ao desenvolvimento, ao exame físico, ao estado de saúde atual e às orientações aos familiares, principalmente sobre como acompanhar e estimular o CD das crianças. A justificativa para a não utilização de escalas (ou fichas) foi o tempo demasiado que é gasto para aplicá-las.

A estratégia AIDPI propõe a sistematização do atendimento à criança integrando as medidas de prevenção e de promoção à saúde às ações curativas, porém, apesar de 90,6% dos profissionais serem capacitados nessa estratégia, foi observado que ela não tem sido utilizada na rotina dos serviços, pois não havia nas USFs as fichas de atendimento padrão.

Apesar de a CSC ter sido implantada em 2005, das 233 crianças que participaram do estudo, 22 (9,4%) não tinham a CSC. Para elas, no momento da entrevista, a genitora apresentou o cartão da criança. Quanto à verificação dos registros de vacina, peso para a idade (gráfico), registro da suplementação de vitamina A e acompanhamento do

desenvolvimento (simplificado), houve pouco prejuízo para o estudo, pois o cartão não tem espaço para registrar a suplementação de ferro, os marcos desenvolvimento (completo) e das orientações para as mães.

No critério 'gestão', 84,4% dos profissionais referiram que recebem apoio institucional da Coordenação de Atenção Básica. Verificou-se, também, que existe monitoramento dos sistemas de informação voltados para a atenção à saúde da criança (Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, Bolsa Família, PMAQ e PNI). O estudo descreve outros sistemas igualmente importantes para a AISC, porém, eles não são monitorados diretamente pela coordenação de Atenção Básica e apoios institucionais.

Principais fragilidades dessa dimensão: pouco registro de acompanhamento do desenvolvimento na CSC, baixo incentivo ao aleitamento materno (49%), perda de oportunidade de acompanhar algumas ações básicas (CD, prevenção de acidentes e de violência etc.), poucas atividades de educação em saúde, ausência de padronização da consulta da criança entre as UBS e pouca utilização da Estratégia AIDPI. Principais potencialidades: presença de apoio institucional, monitoramento mensal dos Sistemas de Informação, imunização das crianças atualizada para a idade e número de consultas adequado para os maiores de 12 meses.

VI. DISCUSSÃO

O grau de implantação das ações de atenção integral à saúde da criança foi definido a partir da análise da estrutura dos serviços de saúde e do processo de trabalho. Não foi objetivo deste estudo avaliar os resultados da intervenção.

Hartz enfatiza "... *não se pode assegurar a eficácia das intervenções se não se souber antes quais são suas características de implantação, ou seja, o grau de implementação e os fatores que favorecem sua dinâmica interna.*"⁶⁹

A monitorização da AISC é recomendada há várias décadas, inclusive um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é a integralidade. Porém, na prática, observa-se um modelo de atenção fragmentado e focado nas queixas. A integralidade exige a identificação adequada das necessidades de saúde dos usuários e fornece recursos para manejo e resolubilidade⁷¹.

Independentemente do impacto, a monitorização da AISC tem a vantagem de fornecer *feedback* aos profissionais de saúde sobre o efeito de intervenções ou programas dirigidos à população infantil³⁷. Nesse sentido, a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é o instrumento de comunicação, educação, vigilância e promoção da saúde infantil¹³ que, se bem utilizada, pode ser considerada um elo entre os serviços, os profissionais e a família.

Este estudo demonstrou que, na dimensão 'estrutura', o critério RH encontra-se parcialmente implantado e que as ESF estavam completas, com mais de seis profissionais, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁷², porém com poucos profissionais capacitados na AISC. Contudo, observa-se que, apesar de, na ESF, haver profissionais com boa vivência, com menos de dez anos na área de atuação e com capacitação em AIDPI, problemas no cumprimento de normas técnicas, não realização de atividades educativas, deficiência no registro de informações e dificuldades no processo de

trabalho dos profissionais são pontos que persistem e que são, de forma evidente, impeditivos para uma atenção à saúde adequada.⁵⁶ O estudo mostrou, ainda, que o profissional enfermeiro se dispõe mais a participar de processos avaliativos do que o médico, porquanto também, na prática, ele é o principal responsável pelas atividades da AISC.^{44, 55,76}

Ainda dentro do critério RH, até os profissionais com cursos de capacitação disseram que há carência de educação permanente em saúde da criança. O treinamento e a formação de profissionais que lidam com as crianças são fundamentais para atuar numa percepção holística que abrange o seu compromisso social, a relação entre o profissional e o paciente e uma interação com as necessidades infantis e a realidade social⁶⁹. Isso se reflete diretamente na falta de orientação às mães sobre o assunto, no desconhecimento do grupo de risco e na não realização de procedimentos que compõem a AISC. Ratis⁴⁴, quando avaliou o acompanhamento do CD em menores de cinco anos, no estado de Pernambuco, verificou deficiência no conhecimento dos profissionais sobre a essência do monitoramento, comprovado pelo fato de que muitos deles só executavam essa ação quando detectavam alguma alteração, como desnutrição ou diarreia, ou que deveria ser realizada pela enfermeira na puericultura. Segundo o Ministério da Saúde 2002,⁴ “*a avaliação periódica do ganho de peso permite acompanhar o progresso da criança, identificando aquelas de maior risco de morbimortalidade, sinalizando o alarme precoce para a desnutrição, a causa básica da instalação ou do agravamento da maior parte dos problemas de saúde infantil*”. O acompanhamento por meio das consultas por equipe multiprofissional é um importante momento para verificar o peso e a antropometria, que devem ser registrados no gráfico. Essa é a forma mais adequada de se acompanhar o crescimento. A não realização das atividades mínimas para se acompanhar o crescimento revela a necessidade de maior prioridade dos gestores sobre esta ação, junto às políticas de

saúde e educação. É necessário que haja efetividade das ações para se medir o impacto na morbimortalidade e, conseqüentemente, no perfil epidemiológico da população de crianças menores de dois anos.³⁷

O critério ‘espaço físico’ foi classificado como incipiente (33%), porquanto apresentou 75% da USF com menos de dois consultórios adequados e com a maioria das salas de vacinas inadequadas, faltando insumos e equipamentos. Entretanto, as vacinas estavam sendo realizadas.

Apesar de o GI considerado implantado para o critério ‘recursos materiais’, identificou-se a falta de equipamentos necessários para uma adequada AISC, como também a ausência de alguns manuais normativos. Carvalho et. al. (2008), na pesquisa realizada sobre o acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano, verificaram que, em apenas um quarto das unidades pesquisadas, encontrava-se disponível o manual de normas do MS para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento⁷¹.

Facchini et. al.⁷³ também verificaram que, nas unidades de saúde do Nordeste, menos da metade utilizava protocolos em suas atividades, embora mais significativamente nas Equipes de Saúde da Família do que nas Unidades Básicas Tradicionais.

Trabalho realizado por Costa et. al (2011), no município de Teixeira, em Minas Gerais, sobre a avaliação da atenção à saúde da criança, no contexto da saúde da família, classificou as instalações físicas como incipientes, devido a várias deficiências na estrutura, e os recursos materiais, como intermediários, já que identificou na USF a falta de insumos, de protocolos e de normas para diferentes procedimentos⁷⁴.

Na atenção à saúde, a estrutura pode não apresentar relação direta com os resultados obtidos, dependendo da cadeia de pressupostos de validade dessas relações. É importante ressaltar que até as melhores pré-condições estruturais podem ser mal

utilizadas, enquanto que a excelência profissional pode resultar em benefícios, mesmo em precárias condições de trabalho⁷⁵.

Para Felisberto (2001), uma das primeiras convicções explicitadas na gestão dos serviços de saúde é a de que não se deve esperar pelas condições ideais para superar problemas estruturais que persistem em dificultar o aprimoramento e a qualificação da atenção básica.⁵¹ O critério rede de atenção especializada foi classificado como implantado, pois só foi verificado se os profissionais tinham ciência da existência dessa rede, porém, foi referido pelos enfermeiros dificuldades na contrarreferência. O estudo de Costa et. al. (2011) também identificou tais dificuldades na contrarreferência e refere que a intersetorialidade, a referência e a contrarreferência são atributos importantes que respaldam a avaliação da qualidade do cuidado⁷⁴.

Na dimensão processo, o critério crescimento e desenvolvimento foi classificado como parcialmente implantado, já que a maioria das crianças apresentava um número adequado de consultas para a idade e que, das crianças que foram pesadas no dia da consulta, nem todas foram medidas. Isso demonstra que há falha no acompanhamento do crescimento. No trabalho de Carvalho et. al. 2008⁷¹, foi observado também que metade das crianças tinha sido pesada no dia da entrevista e que apenas 21% delas haviam sido medidas em comprimento.

Em relação ao acompanhamento dos marcos do desenvolvimento, a falha no registro é ainda maior, pois apenas 12,7% das CSC apresentavam esse registro, e em 97,5% dos prontuários, a ficha do desenvolvimento não estava anexada nem disponível na UBS, como também outra ficha de acompanhamento da criança. A maioria das CSC era utilizada para preencher o gráfico de peso e o calendário de vacinas. Esses indicadores são os eixos norteadores das ações básicas em saúde voltadas para o público infantil (CD),

uma vez que fornecem os subsídios necessários à avaliação das condições de saúde e redução da morbimortalidade⁷⁶.

Lima e Figueira et. al ^{76,77} também identificaram dificuldades na utilização da escala do desenvolvimento. Em João Pessoa⁷⁶, na Paraíba, verificaram-se, em uma USF, todos os prontuários de crianças de zero a doze meses, nascidas em 2006 e a ausência em 39 (100%) dos prontuários da ficha de acompanhamento do desenvolvimento preconizada pelo MS. No estudo de Figueira⁷⁷, que avaliou médicos e enfermeiros, ficou evidente que os enfermeiros utilizavam com mais frequência alguma escala, contudo a mais referida foi o cartão da criança, que não é uma escala, mas um resumo de alguns marcos do desenvolvimento.

O critério 'Nutrição' apresentou GI incipiente e teve o incentivo ao aleitamento materno como o pior indicador, apesar essa ser uma das ações básicas com mais impacto na redução da mortalidade, que, segundo Jones et. al. apud Bezerra (2007),³⁴ é capaz de prevenir 13% das mortes de crianças menores de cinco anos e que deve ser realizado desde a assistência pré-natal. Ação como essa, que parece tão consolidada, por ser uma política de governo desde 1981, não consegue atingir a recomendação da OMS (aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida). Em 2008, a II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno mostrou que 67,7% das crianças iniciaram a amamentação na primeira hora de vida e que a prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de quatro meses foi de 51,2%⁷⁸.

O critério 'imunização' apresentou GI parcialmente implantado. Observou-se que 91,8% das CSC estavam com as vacinas em dia para a idade, porém o Programa Nacional de Imunização estabelece que pelo menos 95% das crianças menores de dois anos estejam com seu calendário vacinal em dia. Já o PMAQ recomenda que o calendário vacinal deve

estar em dia para 100% das crianças nessa faixa etária, visto que a ESF trabalha com área adstrita sendo viável o monitoramento, e é a ordenadora do cuidado^{32,65}.

No estudo de Carvalho et. al (2008), 40,8% das crianças compareceram ao serviço para imunização. Essa deveria ser uma oportunidade para a pesagem e a avaliação do CD, bem como para sua captação precoce, visando a um acompanhamento programado da AISC⁷¹. É difícil compreender como ações paralelas apresentam divergência, se muitas deveriam ser realizadas na mesma oportunidade.

O critério ‘atividades de educação em saúde’ apresentou GI parcialmente implantado, pois, como referido, identificou-se a escassez de grupos educativos. O grupo educativo é uma estratégia que permite que os profissionais planejem suas ações voltando-as para as peculiaridades de cada família, atuem de forma direta e participativa e deem assistência integral à saúde da criança⁷⁹.

Segundo Costa et. al (2011), o que se pode perceber das práticas de educação em saúde é que essas atividades ainda estão fundamentadas no modelo tradicional, em que os usuários são tomados como indivíduos carentes de informação em saúde, porquanto as poucas atividades não contam com a participação ativa das mães. Nesse contexto, a comunicação dos profissionais de saúde assume uma atitude paternalista, no que fazer e como fazer, para manter a saúde. Paulo Freire (2004) refere que *“saber ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para sua própria produção ou a sua construção”*⁸⁰.

Vale salientar, baseando-se em Contandriopoulos et. al. (1997), que as informações extraídas de estudos avaliativos como esse não sejam consideradas como uma verdade absoluta, pois não dão conta de responder a todas as questões que se deseja e, nem sempre, as perguntas formuladas conseguem expressar a integralidade da ação⁵². Nesse sentido, é importante pontuar algumas limitações desse estudo, como o processo de amostragem por

conveniência, o que prejudica sua validade externa e a não inclusão de outros profissionais (ACS, odontólogo, técnico de Enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, entre outros), que também atuam na atenção à saúde da criança. Além disso, a opção por respostas dicotômicas do tipo 'sim/não' para alguns critérios pode limitar o potencial de análise e de interpretação dos achados.

VII. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O grau de implantação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança menor de dois anos, na Estratégia Saúde da Família do município de Garanhuns – PE – de modo geral foi considerado parcialmente implantado, assim como as dimensões ‘estrutura’ e ‘processo’.

Na dimensão ‘estrutura’, somente o critério ‘espaço físico’ se apresentou incipiente. Isso demonstra que a Gestão precisa investir, para que a falta de equipamentos e de mobiliário seja suprida, visto que se constatou que toda a USF dispunha de dois consultórios e uma sala de vacinas, porém, alguns inadequados. A falta da vacina tríplice viral e do papel toalha, no período da coleta dos dados, também pode ter prejudicado a avaliação.

É possível considerar como uma potencialidade os critérios ‘recursos materiais implantados’ e ‘recursos humanos parcialmente implantados’, pois a falta de recursos humanos, principalmente do profissional médico, é considerada um nó para os municípios circunvizinhos e foi verificado que todas as equipes de saúde da família estavam completas, mesmo sendo um município de médio porte. Os recursos materiais são de suma importância para uma adequada AISC, pois, sem eles, é impossível fazer um acompanhamento eficiente.

Quanto ao ‘processo’, classificou-se como parcialmente implantado, razão por que é preciso investir em capacitações e atualizações. Outro fator que também pode ter influenciado a classificação dessa avaliação foi a rotatividade de profissionais, principalmente enfermeiros, devido à mudança de gestão. Portanto, é necessária uma atenção especial por parte dos gestores e dos profissionais, para que o componente ‘processo’ seja melhorado, visto que o critério ‘nutrição’ se revelou incipiente.

Em um processo de avaliação, deve-se ter em mente que múltiplos fatores estão envolvidos na determinação dos resultados. A avaliação normativa enfatiza apenas uma das faces do problema, e isso deve ser considerado para que não se faça julgamento precipitado. No entanto, esse tipo de avaliação parece uma etapa obrigatória no monitoramento e na condução de programas¹⁴.

Diante das conclusões apresentadas, algumas recomendações são necessárias a fim de contribuir para uma implantação efetiva das ações de atenção integral à saúde da criança (AISC) menor de dois anos na Estratégia Saúde da Família do município de Garanhuns – PE, a saber:

1. Garantir e/ou implementar um processo contínuo de capacitação e supervisão aos profissionais que prestam assistência às crianças em todos os níveis;
2. Disponibilizar em todas as USFs normas técnicas atualizadas sobre a AISC;
3. Sensibilizar os familiares, através de palestras e, se possível, durante o atendimento, sobre a importância da AISC e do registro das informações na CSC;
4. Estabelecer um esquema de acompanhamento contínuo nas USF, no que concerne à qualidade das ações básicas de saúde prestadas às crianças;
5. Garantir a prestação de informações sobre o crescimento e o desenvolvimento a todas as mães e acompanhantes das crianças, através de ações educativas;
6. Ampliar a participação dos profissionais do NASF no atendimento à criança, principalmente na atenção ao crescimento, ao desenvolvimento, ao aleitamento materno e à nutrição;
7. Desenvolver outros estudos avaliativos da assistência prestada em relação à AISC, sobretudo, os que abordem aspectos qualitativos.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Campos RMC, Ribeiro CA, Silva CV, Saporoli ECL. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP [periódico online]. 2011 [acesso em: 20 jun. 2012]. 45(3): 9p. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000300003&script=sci_arttext
- 2- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história [online]. Brasília (DF); 2011 [acesso em: 23 jun. 2012]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/70ahsaudecrianca.pdf>
- 3- Secretaria da Saúde do Estado. Manual de normas para saúde da criança na atenção primária: módulo I: puericultura. Fortaleza (CE); 2002.
- 4- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil [online]. Brasília (DF); 2002. (Série Cadernos de Atenção Básica, n. 11) [acesso em: 23 jun. 2012]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf
- 5- Fundo das Nações Unidas para a Infância. O município e a criança de até 6 anos: direitos cumpridos, respeitados e protegidos [online]. Brasília (DF); 2005 [acesso em: 28 jul. 2012]. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/municipio.pdf>
- 6- Ministério da Saúde. Saúde da criança: materiais informativos [online]. Brasília (DF); 2008 [acesso em: 23 fev. 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_materiais_infomativos.pdf
- 7- Santos SR, Ferreira AL, Cunha AJLA. Objetivos de desenvolvimento do milênio e a saúde da criança: avanços e desafios. Resid Pediátrica [periódico online]. 2012 [acesso em: 22 fev. 2014]. 2 (1): 17-21. Disponível em: http://www.residenciapediatria.com.br/detalhe_artigo.asp?id=39

- 8- Fundo das Nações Unidas para a Infância. Declaração dos direitos da criança [online]. Brasília (DF); 2007 [acesso em: 28 jul. 2012]. Disponível em: <http://www.scj.pe.gov.br/scjpe/sites/all/themes/zentropy/pdf/legislacao/Declaracao%20Direitos%20Crianca%20Genebra%201924.pdf>
- 9- Fundo das Nações Unidas para a Infância. Declaração mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança nos anos 90 [online]. Porto Alegre (RS); 2008 [acesso em: 25 fev. 2014]. Disponível em: http://www.mprs.mp.br/infancia/documentos_internacionais/id117.htm
- 10- Fundo das Nações Unidas para a Infância. Relatório do Fórum Infantil [online]. Nova Iorque; 2002 [acesso em: 25 fev. 2014]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/relatorio_forum.pdf
- 11- Figueiredo GLA, Mello DF. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. Rev Latino-Am Enfermagem [periódico online]. 2007 [acesso em: 23 ago. 2012]. 15 (6): 1171-1176. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600018&lng=en.
- 12- Tynrel MAR. Programas nacionais de saúde materno infantil: impacto social e inserção da enfermagem. Rev Bras Enfermagem. 1997.
- 13- Vieira GO, Vieira TO, Costa MCO, Santana NPV, Cabral VA. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. Rev Bras Saúde Mater Infant [periódico online]. 2005 [acesso em: 20 out. 2012]. 5 (2): 177-184. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000200006&lng=PT.
- 14- Vidal SA, Frias PG, Marques NM. Avaliação normativa das ações do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) em Pernambuco. Rev Bras Saúde Matern Infant. [periódico online]. 2001 [acesso em: 23 ago. 2012]. 1 (2): 129-135. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext

15- Frias PG. Análise de implantação do projeto de redução da mortalidade Infantil em dois municípios de Pernambuco com semelhantes condições de vida [dissertação]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 2001.

16- Crespin J. Puericultura: ciência, arte e amor. 3 ed. São Paulo: Roca; 2007

17- Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da criança: ações básicas. Brasília (DF); 1984.

18- Andrade GN. Vivências dos profissionais da atenção primária à saúde com a caderneta de saúde da criança [dissertação online]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2011 [acesso em: 6 set. 2012]. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/GCPA-8L7GBS/1/gisele_neponuceno_de_andrade.pdf

19- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil [online]. Brasília (DF); 2000 [acesso em: 14 jul. 2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf

20- Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2 ed. Brasília (DF); 1998.

21- Oliveira DH. Do direito à saúde da criança por meio dos cuidados à mãe e a gestante segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente. Rev Direito Público [periódico online]. 2010 [acesso em: 6 set. 2012]. 5 (2): 69-89. Disponível em: www.uel.br/revistas/uel/index.php/direitopub/article/.../7378/6508

22- Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. 3 ed. Brasília (DF); 2008.

23- Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa da Saúde da Família. Brasília (DF); 2001.

24- Alves CRL, Viana MRA. Saúde da família: cuidando de crianças e adolescentes. Belo Horizonte: Coopmed; 2006.

25- Del Ciampo LA, Ricco RG, Daneluzzi JC, Del Ciampo IRL, Ferraz IS, Almeida CAN. O Programa de Saúde da Família e a puericultura. Ciênc Saúde Coletiva [periódico online]. 2006 [acesso em: 20 jun. 2012]. 11 (3): 739-743. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30988.pdf>

26- Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: cursos de capacitação. [online]. Brasília (DF); 2003 [acesso em: 11 ago. 2012]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aidpi_modulo_1.pdf

27- Pastoral da Criança [online]. Curitiba; 2011 [acesso em: 6 set. 2012]. Disponível em: http://www.pastoraldacrianca.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=66&Itemid=48

28- Pastoral da Criança. Guia do líder da Pastoral da Criança: para países de língua portuguesa [online]. Curitiba; 2012 [acesso em: 24 fev. 2014]. Disponível em: <https://wiki.pastoraldacrianca.org.br/GuiaLider>

29- Pastoral da Criança. Soro caseiro [online]. Curitiba; 2012 [acesso em: 24 fev. 2014]. Disponível em: <http://www.pastoraldacrianca.org.br/pt/soro-caseiro>

30- Samico IC. Avaliação da atenção à saúde da criança: um estudo de caso no estado de Pernambuco [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

31- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília (DF); 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

32- Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), portaria de nº 1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011. Manual instrutivo. Diário Oficial da União. 20 jul 2011; Seção 1:79.

33- Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. 27 jun 2011; Seção 1.

34- Bezerra LCA, Frias PG, Vidal SA, Macedo VC, Vanderlei LC. Aleitamento materno: avaliação da implantação do programa em unidades básicas de saúde do Recife, Pernambuco. Ciênc. Saúde Coletiva [periódico online]. 2007 [acesso em: 7 ago. 2012]. 12 (5): 1309-1317. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232007000500029 &lng=en

35- Furtado MCC et al . Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. Rev Latino-Am Enfermagem [periódico online]. 2013 abr [acesso em: 15 set 2013]. 21 (2): 554-561. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1692013000200554&lng=en&nrm=iso

36- Mercado F, Mercado M, Myers N, Hewit M, Haller NA. Patient preferences in choosing a primary care physicians. J Prim Care Community Health. 2012; 3 (2): 125-131.

37- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2 ed. Brasília(DF): Unesco; 2004.

38- Ministério da Saúde. Portaria nº 964, de 23 de junho de 2005. Aprova a Resolução MERCOSUL/GMC N.04/05 e seu anexo intitulado “Informação Básica Comum para a Caderneta de Saúde da Criança”. Diário Oficial da União. 29 mar 2005.

39- Alves CRL, Lasmar LMLBF, et al. Qualidade do preenchimento da caderneta de saúde da criança e fatores associados. Cad Saúde Pública [periódico online]. 2009 [acesso em: 17 jun. 2012]. 25 (3): 583-595. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000300013&lng=en

- 40- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderneta de saúde da criança: passaporte da cidadania. Brasília(DF); 2006.
- 41- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual para utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília(DF); 2005.
- 42- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderneta de saúde da criança. Brasília(DF); 2009.
- 43- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderneta de saúde da criança: passaporte da cidadania. 7 ed. Brasília(DF); 2011.
- 44- Ratis CAS. Monitoramento do crescimento e desenvolvimento de menores de cinco anos atendidos em serviços públicos de saúde do estado de Pernambuco [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2003.
- 45- Onis M, Wijnhoven TMA, Onyango AW. Worldwide practices in Child Growth Monitoring. J Pediatr. 2004; 144: 461-65.
- 46- Vieira-da-Silva, LM. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.15-40.
- 47- Lima F. Apoio institucional e integralidade do cuidado caminham de mãos dadas. Rev RET-SUS. 2013; 7 (60).
- 48- Dubois C, Champagne F, Bilodeau H. Histórico da avaliação. In. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p.19-39.
- 49- Low S; Batista Filho, M.; Souza A. I. Assistência pré-natal no estado de Pernambuco. Recife: Bagaço; 2001.

50- Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Pública. 2000; 34 (5): 547-59.

51- Felisberto E. Avaliação do processo de implantação da estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes da infância no Programa Saúde da Família no estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999 [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fiocruz; 2001.

52- Contandriopoulos A, Champagne F, Denis J, Pineaut R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 30.

53- Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. p.196.

54- Champagne F, Contandriopoulos A, Brousselle A, Hartz Z, Denis J. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p 41-60.

55- Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. Rev Bras Saúde Mater Infant [periódico online] 2005 [acesso em: 26 maio 2012]. 5 (2): 229-240. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000200012&lng=en.

56- Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. p. 196.

- 57- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund.* 1966; 44 (3): 166-206.
- 58- Vuori H. A qualidade da saúde. *Rev Divulg Saúde Debate.* 1991; 3: 17-24.
- 59- Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin.* 1992; 18: 356-60.
- 60- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
- 61- Hartz ZMA, Pouvourville G. Avaliação dos Programas de Saúde: a eficiência em questão. *Ciênc Saúde Coletiva.* 1998; 3 (1): 68-82
- 62- Contadriopoulos A et al. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et methodes. In : *L'évaluation:concepts et methodes.* 2 ed. Montréal: Les Presses de l'Université; 2011. p.49.
- 63- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [online]. Rio de Janeiro; 2010. [acesso em: 03 set. 2012]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
- 64- Governo do Estado. Análise de situação em saúde da região de Garanhuns. Recife (PE); 2010.
- 65- Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância a Saúde. Programa de Imunização, 30 anos. Brasília(DF); 2003.
- 66- Leal DR. Avaliação da implantação do programa de controle da hanseníase no distrito sanitário IV do município de Recife [dissertação]. Recife: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira; 2011.

67- Felisberto E, Carvalho EF, Maggi RS, Samico I. Avaliação do processo de implantação da estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes da infância no Programa Saúde da Família, no estado de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico online]. 2002 dez [acesso em: 26 ago. 2012]. 18 (6): 1737-1745. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000600028&lng=en

68- Gusmão-filho FAR, Carvalho EF, Araújo Júnior JLAC. Avaliação do grau de implantação do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência (Qualisus). *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico online]. 2010 [acesso em: 03 out. 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700032&lng=en

69- Hartz ZMA, Champagne F, Contandriopoulos A P, Leal MC. Avaliação do Programa Materno-Infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In: Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 89-131.

70- Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadoras. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 275.

71- Carvalho MF et al. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico online]. 2008 [acesso em: 15 set. 2013]. 24 (3): 675-685. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300021&lng=en&nrm=Iso

72- Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção básica*. Brasília (DF); 2012. (Série E, Legislação em Saúde)

73- Facchini LA et al. Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e da atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11 (3): 669-681.

74- Costa GD et al. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da saúde da família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16 (7): 3229-3240.

75- Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11 (3): 553-563.

76- Lima GGT, Silva MFOC, Costa TNA, Neves AFGB, Dantas RA, Lima ARSO et al. Registros do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: enfoque na consulta de puericultura. *Rev Rene*. 2009; 10 (3): 117-24.

77- Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK, Pedromonico MRM. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cad Saúde Pública* [periódico online]. 2003 [acesso em: 13 ago. 2012]. 19 (6): 1691-1699. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600013>

78- Ministério da Saúde. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília (DF); 2009.

79- Monteiro AL, Macedo IP, Santos ADB, Araújo WM. A enfermagem e o fazer coletivo: acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. *Rev Rene*. 2011; 12 (1): 73-80.

80- Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 30 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE I
Instrumento de coleta de dados primários – Avaliação Normativa
Formulário 1 – Entrevista com o médico ou enfermeiro da ESF

Formulário nº _____

Data: ___/___/____

UBS: _____

COMPONENTE ESTRUTURA

1- RECURSOS HUMANOS

1.1– Categoria profissional

a) Médico

b) Enfermeiro

1.2- Sexo

a) Feminino

b) Masculino

1.3- Idade em anos _____

1.4- Tempo de formação: _____

1.5- Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família: _____

1.6 - Nº de profissionais na ESF (equipe mínima):

a) Equipe completa igual a nove componentes

b) Equipe completa com mais de nove componentes

c) Equipe incompleta em número de ACS (< 6)

d) Equipe incompleta com ausência do médico

e) Equipe incompleta com ausência do enfermeiro

f) Equipe incompleta com ausência do técnico de Enfermagem

2- ESPAÇO FÍSICO

2.1- Nº de consultórios na UBS:

a) Um

b) Dois

c) Mais de dois

2.2- Um ou mais consultórios dispõem de:

Equipamentos mínimos/estrutura	SIM	NÃO
Maca alcochoada		
Birô		
Cadeiras 2		
Pia		
Água		
Sabão		
Papel toalha		
Iluminação adequada (luz natural e artificial)		
Ventilação adequada (ar natural e/ou artificial)		

2.3 – A sala de vacina dispõe de materiais, equipamentos adequados e vacinas administradas até dois anos de vida?

Equipamentos mínimos/estrutura/ materiais	SIM	NÃO
Geladeira		
Termômetro digital		
Cadeiras		
Maca alcochoada		
Pia com torneira		
Água		
Sabão		
Papel toalha		
BCG		
VOP		
VIP		
Pentavalente		
Rotavírus		
Pneumo		
Meningo C		
Tríplice viral		
DTP		
Vitamina A		
Caderneta de Saúde da Criança, disponível para o usuário		
Arquivo (Cartão espelho)		
Boletim diário de vacina em uso		
Controle de temperatura de geladeira atualizado		

3- RECURSOS MATERIAIS

3.1 A UBS dispõe de equipamentos e de materiais básicos para a Atenção Integral à Saúde da Criança?

Equipamentos/materiais básicos	SIM	NÃO
Régua antropométrica		
Balança infantil		
Fita métrica		
Estetoscópio		
Otoscópio		
Protocolo Municipal de Saúde da Criança		
Manual do Crescimento e Desenvolvimento – Caderno 11 da Atenção Básica.		
Agenda de Compromissos de Atenção Integral à Saúde da Criança		

COMPONENTE PROCESSO

4- Fez treinamento em AIDPI e/ou Puericultura?

Sim Não (caso não, passe para a questão 6)

5- Se sim, quando?

a) Até 5 anos b) 6 – 10 anos
c) 11 – 15 anos d) 16 – 20 anos e) sem resposta

6- Participou de algum treinamento de atualização sobre saúde da criança?

a) Sim b) Não (caso não, passe para a questão 8).

7- Se sim, há quanto tempo?

a) Até 5 anos b) 6 – 10 anos
c) 11 – 15 anos d) 16 – 20 anos e) 20 ou + anos

8- Você conhece ou já ouviu falar da *Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil* (BRASIL,2004)? Se, sim passe para a pergunta seguinte, se não, passe para a pergunta 10.

a) Sim b) Não

9- Você sabe quantas consultas são preconizadas pelo Ministério da Saúde (Agenda de compromisso) para a criança < de dois anos? Se sim, responda à próxima pergunta. Se não, passe para a pergunta 11.

a) Sim b) Não

10- Número de consultas preconizadas pelo MS para as crianças < de dois anos:

- a) 5 consultas b) 7consultas c) 9 consultas d) Outras ____

11- Em sua consulta, você costuma registrar no prontuário:

Registro	SIM	NÃO
Peso		
Altura		
Perímetro cefálico < 1 ano		
Vacinas		
Marcos do desenvolvimento		
Orientações		

12- Você utiliza a ficha de Vigilância do Desenvolvimento Infantil, anexada ao prontuário da Criança?

- a) Sim b) Não

13- Em sua consulta, você registra na Caderneta de Saúde da Criança:

Registros	SIM	NÃO
Peso		
Altura		
Perímetro cefálico < 1 ano		
Vacinas		
Marcos do desenvolvimento		
Suplementação de Vit. A/Ferro		

14- Você incentiva as mães de crianças < de seis meses ao aleitamento materno exclusivo (AME)?

- a) Sim b) Não

15- Em sua consulta, você costuma orientar as mães sobre:

Orientações	SIM	NÃO
Aleitamento materno		
Alimentação complementar após seis meses de vida		
Higiene individual e ambiental		
Vacinas		
Marcos do desenvolvimento		
Estímulos neuropsicomotores		
Suplementação de vitamina A/ferro		
Prevenção de acidentes domésticos e outras violências		
Teste do pezinho (Triagem neonatal)		
Teste da orelhinha (Triagem auditiva)		
Planejamento familiar		
Prevenção do câncer de mama e do colo uterino		

16- Você recebe ou recebeu apoio institucional da Coordenação de Saúde da Criança ou Atenção Básica?

- a) Sim b) Não

17- Seu município dispõe de centro de especialidades para o público infantil?

- a) Sim b) Não c) Não sei

18- Quando você encaminha para algum especialista, recebe retorno desse atendimento? (contrarreferência)

- a) Sim b) Não

19- A UBS dispõe de transporte próprio?

- a) Sim b) Não

20- Para implementar melhor a Atenção Integral à Saúde da Criança nessa UBS, de que você precisa?

APÊNDICE II

Formulário 2 – Entrevista com o acompanhante da criança < de dois anos atendida na ESF

Formulário nº _____

Data: ___/___/___

UBS: _____

COMPONENTE PROCESSO

1- Acompanhante da criança:

a) Mãe b) Pai c) Outros _____

2- Sexo da Criança:

a) Feminino b) Masculino

3- Idade da criança (em meses e anos): _____

4- Qual o motivo da consulta?

Motivos	SIM	NÃO
Rotina (Acompanhamento)		
Doença		
Bolsa família		
Programa do Leite		

4.1 Se o motivo foi por doença, qual? _____

5- Acriança foi pesada hoje?

a) Sim b) Não

6- O comprimento da criança foi medido hoje?

a) Sim b) Não

7- O profissional avaliou a alimentação da criança?

a) Sim b) Não c) NSA

8 - O profissional registrou algo no Caderneta da Criança?

a) Sim b) Não c) Genitora não trouxe o cartão (Passe para a pergunta 11.)

9 - O profissional checkou o esquema de vacinação da criança?

a) Sim b) Não

10 – Quando foi necessário atualizar as vacinas, o profissional encaminhou para a sala de vacinas?

a) Sim b) Não c) NSA (calendário em dia)

11- O profissional avaliou o desenvolvimento infantil?

- a) Sim b) Não c) NSA (necessidade de referência urgente)

12- Durante a consulta, você recebeu orientações sobre:

Orientações	SIM	NÃO
Crescimento		
Desenvolvimento		
Incentivo ao aleitamento materno até seis meses		
Aleitamento materno		
Alimentação complementar após seis meses de vida		
Vacinação		
Higiene individual e ambiental		
Prevenção de acidentes domésticos		
Planejamento familiar		
Prevenção de câncer de colo		
Prevenção de câncer de mama		
Teste do pezinho		

13- Qual o profissional que atendeu à criança?

- a) Médico b) Enfermeiro

14- Em relação ao atendimento realizado pelo profissional, você considera:

- a) Ótimo b) Bom Regular d) Ruim e) Péssimo

APÊNDICE III**Formulário 3 – Entrevista com o coordenador de saúde da criança no município**

Formulário nº _____

Data: ___/___/_____

1- Qual a sua formação profissional? _____

2- Sexo

a) Feminino

b) Masculino

3- Idade: _____

4- Tempo de formação:

a) Até 5 anos

b) 6 – 10 anos

c) 11 – 15 anos

d) 16 – 20 anos

e) 21 – 26 anos

f) Mais de 26 anos

5- Tempo de atuação na Coordenação de Saúde da Criança: _____

6- Em relação à especialização, você tem:

a) Especialização

b) Residência

c) Mestrado

d) Doutorado

Em que área? _____

7- Fez treinamento em AIDPI e/ou Puericultura?

a) Sim

b) Não (Pule para a questão 9, caso responda essa caixa)

8- Se sim, quando?

a) Até 5 anos

b) 6 – 10 anos

c) 11 – 15 anos

d) 16 – 20 anos

e) 20 anos e +

9- Fez algum treinamento ou atualização em saúde da criança?

a) Sim

b) Não (Pule para a questão 11, caso responda essa caixa)

10- Se sim, há quanto tempo?

- a) Até 5 anos b) 6 – 10 anos
c) 11 – 15 anos d) 16 – 20 anos e) 20 anos e +

11- Você conhece a *Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil* (BRASIL, 2004) ou já ouviu falar dela? Se, sim, passe para a pergunta seguinte. Se não, passe para pergunta 13.

- a) Sim b) Não

12- Você sabe quantas consultas são preconizadas pelo Ministério da Saúde (agenda de compromisso) para a criança < de 2 anos? Se sim, responda a próxima pergunta. Se não, passe para a 14.

- a) Sim b) Não

13- Nº de consultas preconizadas pelo MS, para as crianças < 2 anos:

- a) Cinco consultas b) Sete consultas C) Nove consultas

14- Os Sistemas de Informação são monitorados relacionados com a Atenção Integral à Saúde da Criança?

Sistema de Informação	SIM	NÃO
SIAB		
SISVAN		
PNI		
PMAQ		
BOLSA FAMÍLIA		

15- A coordenação realiza atividades de Educação Permanente com as ESF, voltadas para a Atenção Integral à Saúde da Criança?

- a) Mensalmente b) Trimestralmente
c) Semestralmente d) Anualmente e) Não realiza

16- Quais as potencialidades e as fragilidades da Atenção Integral à Saúde da Criança no município?

Potencialidades: _____

Fragilidades: _____

APÊNDICE IV

Formulário 4: Roteiro de observação do prontuário e da Caderneta de Saúde da Criança

Formulário nº _____

Data: ___/___/___

UBS: _____

- 1- No prontuário, encontra-se preenchido:

Preenchimento no prontuário	SIM	NÃO
Nome da criança		
Data de nascimento		
Nome da mãe		
Peso ao nascer		
Perímetro cefálico ao nascer		
Peso de hoje registrado		
Altura de hoje registrada		
Registro de vacinas em dia		
Realização de orientações		
Uso da ficha de desenvolvimento anexada no prontuário		
Exame físico		
Impresso próprio para a puericultura		
Teste do pezinho		
Teste da orelhinha		

- 2- Observar se está registrado no prontuário:

Registros	1 ano de vida		2 ano de vida	
	SIM Nº *	NÃO	SIM Nº *	NÃO
Número de consultas				
Peso				
Altura (Comprimento)				
Perímetro cefálico < 1 ano				
Vacinas				
Marcos do desenvolvimento				
Orientações				

- Se sim, responder o nº de registro no prontuário.

- 3- A Caderneta de Saúde da Criança encontra-se com o preenchimento correto nos seguintes itens:

Preenchimento da CSC	SIM	NÃO
Nome da criança		
Data de nascimento		
Nome da mãe		
Peso ao nascer		
Comprimento ao nascer		
Perímetro cefálico ao nascer		

Apgar no 5º minuto		
Tipo de parto		
Orientação para levar o recém-nascido para a UBS na 1ª semana.		

Peso de hoje marcado no gráfico		
Altura de hoje marcada no gráfico		
Registro de vacinas *		
Peso ao nascer marcado no gráfico		
Solicitação do teste do pezinho registrado		
Vitamina A em dia p/ faixa etária		
Suplemento de ferro registrado		
Registro na ficha de desenvolvimento neuropsicomotor de acordo com a faixa etária		

* Calendário completo para idade ou vacinas com menos de dois anos.

APÊNDICE V

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título: “Avaliação do Grau de Implantação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança menor de dois anos na Estratégia de Saúde da Família no Município de Garanhuns - Pernambuco”

Pesquisador: Maria Gorethe Alves Lucena

Orientador: Prof^o. Dr. Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão Filho

Coorientadora: Prof^a Mas. Marina Ferreira de Medeiros Mendes

Endereço dos pesquisadores: Av. Simão Gomes, 1777, Heliópolis - Garanhuns - PE.

Telefone: (87) 9988-4878 **email:** g4lucena@hotmail.com

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP - Rua dos Coelho, 300 Boa Vista - Recife - PE - Brasil. CEP 50070-550. Tel. (81) 2122.4100 - Fax: (81) 2122.4703 - E-mail: imip@imip.org.br - Caixa Postal 1393.

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação do Grau de Implantação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança menor de dois anos na Estratégia de Saúde da Família no Município de Garanhuns - Pernambuco”, sob a orientação do Prof^o. Dr. Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão Filho, desenvolvido pela pesquisadora Maria Gorethe Alves Lucena.

Essa pesquisa tem o objetivo de verificar o grau de implantação das ações de Atenção Integral à Saúde da Criança menor de dois anos, na Estratégia de Saúde da Família, no Município de Garanhuns, em Pernambuco, assim como recomendar estratégias de melhoria da Atenção Integral à Saúde da Criança.

É importante lembrar que a pesquisa não incorrerá em ônus para o participante nem para a referida instituição. Ao participante, será garantido o sigilo e a privacidade em relação ao seu nome. Assim se estará obedecendo às normas estabelecidas pela Resolução n^o 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, de 1996, que trata de pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, Conselho Nacional de Saúde 1996). Vale notar que esse consentimento poderá ser revogado a partir do momento em que essa instituição não desejar participar do estudo. Também fica garantida ao participante a liberdade de se afastar da pesquisa em qualquer etapa, sem que, por isso, sofra qualquer tipo de sanção.

Como benefício do estudo, será possível verificar o grau de implantação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança; subsidiar os profissionais, os gestores e a coordenação da atenção básica para melhorar a implementação dessas ações. Quanto aos riscos pertinentes ao estudo, podemos considerar como mínimos (considerando o risco de constrangimento), já que as informações serão preservadas em sigilo, e a identidade do entrevistado será mantida desconhecida.

Sua participação é voluntária, portanto lhe é facultado o direito de participar ou não dela. Ele não lhe trará nenhuma despesa, porém você não receberá nenhum benefício financeiro.

O estudo poderá ser divulgado em eventos ou publicações científicas, porém, nunca será revelada a identidade dos participantes.

Eu li e entendi as informações acima descritas e concordo livremente em participar do estudo em questão.

Senhor (a) _____

Assinatura _____

Garanhuns, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do pesquisador responsável _____

Testemunha 1

ANEXO I


Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 3418- 13 intitulado **Avaliação do grau de Implantação das ações de atenção integral à saúde da criança menor 2 anos na estratégia de saúde da família no município de Garanhuns em Pernambuco, 2012.** Apresentado pelo (a) pesquisador (a) **Maria Gorethe Alves Lucena** foi APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião ordinária de 20 de fevereiro de 2013.

Recife, 21 de fevereiro de 2013


Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira



PREFEITURA MUNICIPAL DE
GARANHUNS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Aceito a mestranda **Maria Gorethe Alves Lucena** do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE do INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP, a desenvolver sua pesquisa intitulada **Avaliação do Grau de Implantação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança menor de 2anos na Estratégia de Saúde da Família no Município de Garanhuns em Pernambuco**, sob orientação dos Professores Drº Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão Filho e Ms. Marina Ferreira de Medeiros Mendes.

Ciente dos objetivos e metodologia da pesquisa acima citadas, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que, sejam assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução 196/96 CNS/MS,
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa,
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa,
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Garanhuns, 10 de Setembro de 2012.

Ana Karla Albuquerque Castro Lima
Secretária Municipal de Saúde de Garanhuns/PE

Ana Karla de A.C.Lima
Secretária de Saúde
Port. 253/2012 GP