

**FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA- RENASF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF**

MARSILENE GOMES FREITAS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA
NO RIO GRANDE DO NORTE: VISÃO DAS USUÁRIAS**

NATAL-RN

2013

MARSILENE GOMES FREITAS

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA
NO RIO GRANDE DO NORTE: VISÃO DAS USUÁRIAS

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dra. Severina Alice da Costa Uchôa.

NATAL-RN

2013

Freitas, Marsilene Gomes.

Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde da criança no Rio Grande do Norte: visão das usuárias / Marsilene Gomes Freitas. – Natal, RN, 2013.

53 f.

Orientadora: Severina Alice da Costa Uchôa.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde da família no nordeste.

1. Saúde da família – Dissertação. 2. Saúde da criança – Dissertação. 3. Ação integral a saúde – Dissertação. 4. Unidade básica de saúde – Dissertação. 5. Rio Grande do Norte – Dissertação. I. Uchôa, Severina Alice da Costa. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

CDU 614-053.2(813.2)

MARSILENE GOMES FREITAS

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA
NO RIO GRANDE DO NORTE: VISÃO DAS USUÁRIAS

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 19/12/2013

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Severina Alice da Costa Uchôa – UFRN
(Orientadora)

Prof^o. Dra. Antonio Medeiros Júnior - UFRN
(Membro interno)

Prof^o. Dr. Zenewton André da Silva Gama - UFRN
(Membro Externo ao Programa)

Prof^o. Dr. Frankin Delano Soares Fonte - UFPB
(Membro Externo à Instituição)

Prof^o. Dr. Paulo de Medeiros Rocha - UFRN
(Membro Suplente)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela graça de estar viva, com saúde e todas as faculdades físicas em plena execução. Pela força e determinação de espírito nos momentos mais difíceis desse árduo processo. E acima de tudo, obrigada meu Deus, pela alegria de testemunhar todos os dias ao acordar a graça e beleza de sua criação.

A minha mãe querida, fortaleza da minha vida, sem a qual jamais seria a pessoa que sou hoje, teria alcançado as vitórias que alcancei e angariados os valores que conquistei.

Aos meus filhos amados, razão maior de meu viver e motivo pelo qual luto todos os dias para progredir e me reafirmar como uma pessoa melhor, para através do exemplo conduzi-los no crescimento como seres humanos.

Ao meu companheiro, que silenciosamente me apoiou de todas as formas durante todo esse período de mestrado.

A professora doutora Severina Alice da Costa Uchôa, grande orientadora do meu mestrado, mulher admirável a quem rendo minhas sinceras homenagens.

A Professora Ardigleusa Alves Coelho – docente da UEPB e doutoranda do programa de pós – graduação em Ciências da Saúde da UFRN, pela inestimável ajuda nas etapas finais de conclusão da dissertação do mestrado.

Aos professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela dedicação, paciência e por terem me iniciado de forma tão competente nesse processo de aprendizagem. E a minha querida Edvânia, secretária do mestrado pela atenção, disponibilidade e apoio nos momento em que precisei.

Ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde por ter financiado a pesquisa junto ao grupo de estudos em saúde coletiva da UFRN.

RESUMO

O estudo tem por objetivo avaliar a qualidade dos processos de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família referentes à atenção integral à saúde da criança na visão dos usuários no Estado do Rio Grande do Norte. Trata-se de uma pesquisa avaliativa observacional transversal com abordagem quantitativa. Os dados primários fazem parte da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) em 2012. Foram entrevistadas 190 mulheres usuárias. O critério de inclusão foi a presença na unidade de saúde no momento da pesquisa, ter frequentado o serviço nos últimos 12 meses e ser mãe ou acompanhantes de criança até dois anos de vida. Elaborou-se um protocolo de pesquisa com as dimensões de Crescimento e Desenvolvimento, Amamentação e alimentação, e Problemas de saúde e suas respectivas variáveis. Como resultados observou-se que das mães/acompanhantes que responderam ao questionário 71% tinham idade entre 18 e 35 anos, 92,1% eram alfabetizadas, 96,3% possuíam alguma renda mensal e 62,6% recebiam bolsa família. Quanto as crianças 39,4% estavam na faixa etária entre 13 a 24 meses. Nas ações de promoção e prevenção à criança 64,2% fizeram a consulta até o 7º dia de vida, 91,1% realizaram o teste do pezinho, 95,3% tinham a caderneta de saúde, 98,9% tinham alguma vacina, 17,9% mama ou mamou no peito de 6 meses a 24 meses. Quanto ao vínculo e continuidade do cuidado 86,8% das crianças eram acompanhadas pelo mesmo profissional da equipe e 59,5% já saíam com consulta subsequente marcada. Quando em situações agudas 42,4% das crianças iam para unidade de saúde e destas 64% eram atendidas. Conclui-se que as ações que envolvem prevenção e promoção à saúde da criança no RN, são avaliadas de forma positiva pelos usuários do serviço e atendem as exigências do MS, assim como o vínculo e continuidade do cuidado. Sendo evidente fragilidades no acesso e acolhimento dos usuários, sinalizando a necessidade de adequação do serviço a demanda das ações de saúde e planejamento das equipes para acolher a todos que procurarem a UBS.

Palavras - Chave: Avaliação. Acesso. Qualidade. Atenção integral à saúde. Saúde da criança.

ABSTRACT

The study aims to evaluate the quality of the work processes of the teams from the Family Health Strategy regarding the comprehensive health care for children, in the view of users in the state of Rio Grande do Norte. This is a cross-sectional observational evaluative research with quantitative approach. The primary data are part of the External Review from the Program of Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) in 2012. 190 women were interviewed. The inclusion criteria was the presence in the clinic at the time of the survey, have attended the service in the last 12 months and be a mother or companion of a child up to two years old. A research protocol was developed in the dimensions of Growth and Development, Breastfeeding and nutrition, and health problems and its variables. The results revealed that mothers / companions who responded to the questionnaire 71% were aged between 18 and 35 years, 92.1% were literate, 96.3% had a monthly income and 62.6% received financial assistance from the government. As for the children, 39.4% were aged between 13 to 24 months. In promotion and prevention actions for children, 64.2% had consultation up to the 7th day of life, 91.1% underwent the screening test, 95.3% had a health handbook, 98.9% had a vaccine, 17.9% breastfed or breastfeed from 6 to 24 months. As for link and continuity of care, 86.8% of the children were accompanied by the same professional staff and 59.5% left with next consultation scheduled. In acute situations 42.4% of the children went to the health unit and 64% of these were attended. It is concluded that the actions involving prevention and health promotion of children in RN, are evaluated positively by the service users and meet the requirements of MS, as well as link and continuity of care. The weakness in access and reception of users is evident, indicating the need to adapt the service to the demand of health and planning actions to welcome all who seeks basic health unit-UBS.

Key words: Evaluation. Access. Quality. Comprehensive Health Care. Child health.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Distribuição da Situação vacinal das crianças segundo as mães/acompanhantes. Rio Grande do Norte, 201226
- Tabela 2** - Local de vacinação da criança segundo as mães/acompanhantes. Rio Grande do Norte, 2012.....26
- Tabela 3** - Continuidade de consulta da criança com o mesmo profissional da equipe segundo as mães/acompanhantes, Rio Grande do Norte, 2012.27
- Tabela 4** - Distribuição das Mães/acompanhantes por orientações recebidas sobre amamentação, sua importância e alimentação da criança até os 2 anos, Rio Grande do Norte, 2012.....28
- Tabela 5** - Distribuição das Mães/acompanhantes por tempo de duração do aleitamento materno, Rio Grande do Norte, 2012.28
- Tabela 6** - Distribuição das mães/acompanhantes por problemas de saúde da criança referidos, Rio Grande do Norte, 2012.29

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVO	13
2.1	GERAL	13
2.2	ESPECÍFICO.....	13
3	JUSTIFICATIVA	14
4	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
4.1	SAÚDE DA CRIANÇA E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	15
4.2	ACESSO E DIMENSÃO DA QUALIDADE NA SAÚDE	16
4.3	O PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE	17
4.4	AVALIAÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA.....	19
5	METODOLOGIA	20
5.1	PRESSUPOSTOS TEÓRICOS- METODOLÓGICOS DA AVALIAÇÃO.....	20
5.2	TIPO DE ESTUDO	20
5.3	LOCAL E PERÍODO.....	21
5.4	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	21
5.5	TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS, INSTRUMENTO E CATEGORIAS	21
5.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	23
5.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	23
6	RESULTADOS	24
6.1	PERFIL SÓCIO- DEMOGRAFICO DAS MÃES/ACOMPANHANTES	24
6.2	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE CRIANÇAS.....	24
6.3	CATEGORIA 1: ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO.....	24
6.3.1	Consulta da criança após o nascimento	25
6.3.2	Teste do Pezinho	25
6.3.3	Recebimento da Caderneta de Saúde da Criança	25
6.3.4	Situação Vacinal da Criança	25
6.3.5	Questionamento e observação do desenvolvimento da criança adequado para a idade	26
6.3.6	Continuidade de consulta da criança com o mesmo profissional da equipe e Marcação de consulta subsequente	27
6.4	CATEGORIA 2: AMAMENTAÇÃO/ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA.....	27

6.4.1	Orientações sobre amamentação, sua importância e alimentação da criança até os dois anos de vida.....	27
6.4.2	Tempo de duração do Aleitamento Materno	28
6.5	CATEGORIA 3: PROBLEMAS DE SAÚDE	29
7	DISCUSSÃO	30
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
	REFERÊNCIAS.....	39
	APENDICE A - Quadro de distribuição dos equipes de atenção básica que aderiram ao PMAQ por município no Estado do Rio Grande do Norte. ...	39
	APÊNDICE B - Planilha de variáveis saúde da criança- PMAQ	51

1 INTRODUÇÃO

Desde a sua criação, o Sistema Único de Saúde (SUS) prima pela observação dos princípios da universalidade, equidade e integralidade das ações de saúde. Tem como prioridade a conversão do modelo assistencial centrado no hospital e na doença para outro fundamentado no paradigma da produção social da saúde, com ênfase no cuidado, através de ações programáticas e intersetoriais e participação da comunidade. Com este objetivo o Ministério da Saúde criou em 1994, o Programa de Saúde da Família. (PSF). Inicialmente com caráter focalizado nos grupo mais vulneráveis como o materno-infantil no nordeste e nas periferias das grandes cidades, o programa progressivamente se reafirmou como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária em Saúde (APS) como é conhecida mundialmente (BRASIL, 2006, SOUSA; HAMANN, 2009, BRASIL, 2010).

A crescente importância da estratégia na organização da AB (Atenção Básica) pode ser evidenciada por sua progressiva expansão. O número de Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas em 2003 era de 19.000, com cobertura populacional de 35,7%, e em 2008 atinge 33.400 correspondendo a 65,04 da população, o que representa 125,12 milhões de pessoas cobertas (BRASIL, 2013).

Ao longo de sua implantação a ESF tem alcançado resultados positivos na saúde especialmente na saúde materno-infantil, uma importante dimensão da AB. Quando comparadas populações atendidas e não atendidas pela ESF em diferentes municípios observou-se redução significativa das taxas de mortalidade infantil, pós-neonatal e neonatal (BRASIL, 2004; 2011). Há também evidências de diminuição de nascimentos com baixo peso; aumento das taxas de cobertura do pré-natal (SZWARCOWALD; MENDONÇA; ANDRADE, 2006) e ampliação do número de consultas de pré-natal, diminuição da desnutrição e ampliação da adesão à vacinação (BRASIL, 2011).

Há uma multiplicidade de fatores que tem contribuído significativamente para resultados positivos do cuidado infantil. Estes vão desde mudanças nos perfis epidemiológicos e demográficos gerais e da infância aos avanços científicos e incorporação de novas tecnologias. Passam necessariamente pela participação das mães e pais na assistência, reconhecimento da importância do trabalho multiprofissional, a preocupação com a qualidade de vida e com os direitos

humanos. As políticas públicas de atenção à criança tem buscado ampliar a abordagem do cuidado para além do universo do modelo biomédico, inserindo a criança no seu contexto familiar e de vida (FURTADO et.al., 2010).

A redução da mortalidade infantil tem-se mostrado um grande desafio a ser enfrentado neste país e no mundo. No ano de 2000, A Organização das Nações Unidas (ONU), estabeleceu metas que deverão ser atingidas até o ano de 2015, as Metas do Milênio. Dentre os oitos objetivos estabelecidos, em quarto lugar está a redução da mortalidade infantil.

No Brasil, desde a década de 1990 há uma queda significativa na Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) decorrente da redução da mortalidade pós-neonatal (a partir de 28 dias a 1 ano de vida) e uma estagnação no índice de mortalidade neonatal (de 0 a 27 dias de vida) com concentração nas regiões e populações mais pobres, refletindo as desigualdades sociais. Essa situação se torna mais grave quando se sabe que essas mortes prematuras poderiam ser evitadas se houvesse um atendimento precoce e qualificado desses pequenos pacientes (BRASIL, 2004).

Embora tenha havido uma queda significativa da TMI, o país ainda está longe do ideal o que representa gravidade porque essas causas de morte são preveníveis e estão associadas às diarreias, desnutrição e doenças infecciosas (FRANÇA; LANSKY, 2008).

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo seu potencial de vida (BRASIL, 2004). Para tanto a qualidade das ações do cuidado infantil exercidas pelas equipes da ESF, são de vital importância para o êxito dos objetivos traçados pelo Ministério da Saúde (MS) no que diz respeito ao cuidado infantil.

Portanto ações e políticas públicas de saúde com relação à saúde da criança em todos os seus estágios de vida, demandam mobilização e priorização nas agendas dos gestores de saúde, o nascimento saudável, a promoção do crescimento e desenvolvimento, a alimentação saudável, com enfoque prioritário para vigilância à saúde das crianças de maior risco e o cuidado as doenças prevalentes, são ações que não podem deixar de ser realizadas na sua plenitude (BRASIL, 2004).

Nesta direção a incorporação dos cuidados à criança a ESF representa uma estratégia potencial de efetivação. Contudo, a implementação desse programa, embora sob mesma orientação macro política, vem produzindo experiências qualitativamente diferentes.

Um estudo desenvolvido no município de Teixeira em Minas Gerais por Costa et al. (2011) abordou a atenção à saúde da criança na ESF. Verificaram conhecimento e atuação dos profissionais e perspectivas das mães frente às ações de controle da diarreia e infecções respiratórias, promoção do aleitamento, crescimento e desenvolvimento e imunização. A pesquisa mostrou variações desde uma atenção fragmentada a alguns avanços na reorganização da atenção básica como adesão das mães à proposta da ESF, realização das visitas domiciliares e acolhimento. Constatou uma diferenciação no atendimento hospitalar e ambulatorial tradicional e uma maior facilidade de acesso proporcionada pelo ACS (Agente Comunitário de Saúde) (COSTA et al., 2011).

Como citado anteriormente, a implementação da ESF, embora sob mesma orientação macro política, vem produzindo experiências qualitativamente diferentes. Observa-se diferença qualitativa nos resultados, decorrente da forma como são feitas as ações de saúde e o processo de trabalho das equipes envolvidas. Aspectos relevantes na direcionalidade das mudanças no modelo tecno assistencial são pouco percebidos pela forma de acompanhamento do programa usualmente realizadas pelos gestores como monitoramento e avaliação normativa (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Estas constatações remetem à necessidade de complementar o processo de monitoramento com a abordagem da pesquisa avaliativa (avaliação externa) para buscar os movimentos de mudança na qualidade da atenção principalmente referentes ao processo de trabalho das equipes, na relação com as populações adscritas e a integralidade a atenção à saúde (HARTZ, 2000).

Recentemente algumas iniciativas de institucionalizar a avaliação têm sido empreendidas pelo Ministério da Saúde. Em 2004, o governo brasileiro com apoio do Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), cria o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) em 184 municípios brasileiros acima de 100.000 habitantes como linha de base para avaliação da AB.

Numa etapa posterior, em 2011, foi firmada a política Nacional de Atenção Básica e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), com modelo lógico integrado que extrapola a atenção básica fomentando uma cultura avaliativa em âmbito setorial. O PMAQ foi instituído pela portaria de nº 1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011, e tem por objetivo principal induzir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo Brasil. Tem como meta ofertar um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de modo a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais que são direcionadas a atenção básica. O Programa inaugura um ciclo de qualidade e é composto por diferentes elementos a serem avaliados como pactuação de indicadores de AB, auto avaliação das equipes, além da avaliação externa promovida por Instituições de Ensino Superior (IES) (BRASIL, 2011a).

Neste contexto, este estudo se constitui no recorte na pesquisa multicêntrica relacionada à Avaliação Externa do PMAQ, realizada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, nos Estados do Rio Grande do Norte, Ceará e Piauí. Embora a avaliação externa avalie o trabalho das equipes em diferentes dimensões nas perspectivas dos gestores, profissionais e usuários, o presente trabalho tem como foco a atenção à saúde da criança na percepção dos usuários. Busca responder a questão se a organização do serviço e as ações das equipes garantem o acesso e qualidade nas ações de saúde da criança.

2 OBJETIVO

2.1 GERAL

Avaliar a qualidade dos processos de trabalho das equipes da ESF referentes à atenção integral à saúde da criança no âmbito do PMAQ no Rio Grande do Norte.

2.2 ESPECÍFICO

Avaliar as ações de Crescimento e Desenvolvimento, amamentação e alimentação e problemas de saúde.

3 JUSTIFICATIVA

Este trabalho aborda a atenção básica à saúde da criança e tem como substrato a Avaliação Externa do PMAQ realizada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, nos Estados do Rio Grande do Norte, Ceará e Piauí.

O papel das instituições de ensino e pesquisa favorece o objetivo do PMAQ de criar padrões de qualidade comparáveis pautados em evidências científicas. Imprime um grau desejável de objetividade e solidariedade no aporte de subsídios a gestão da atenção e do cuidado na decisão de implementação dos ciclos de melhoria da qualidade.

Ao avaliar os processos de trabalho pertinentes a realidade local do Rio Grande do Norte espera-se contribuir com subsídios que possam orientar os gestores e equipes locais no planejamento de ações e tomada de decisão. A opção pela visão dos usuários representa uma oportunidade de disponibilizar as respostas da comunidade à oferta do serviço de saúde e conhecer as expectativas da comunidade.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 SAÚDE DA CRIANÇA E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

A conferência de Alma-Ata (1978) orientou o desenvolvimento dos sistemas de saúde em todos os países que tem como norte a Atenção Primária em Saúde. (APS) Tem como base os princípios de acesso universal, longitudinalidade, integralidade e cooperação (STARFIELD, 2002). No Brasil a APS é executada através da Estratégia de Saúde da Família (PSF) em consonância aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como universalidade, equidade e integralidade da atenção (BRASIL, 2010).

Na sua essência, a ESF prioriza as ações de prevenção, promoção, assistência e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, por meio de adstrição de clientela e atendimentos prestados por equipes multiprofissionais na Unidade Básica de Saúde (UBS), no domicílio dos pacientes e através da mobilização da comunidade (BRASIL, 2004; 2010).

Tomando-se como base para destacar os pontos positivos da ESF quando avaliada, tanto por gestores, profissionais de saúde e usuários, cita-se a redução da mortalidade infantil, a oferta de ações de saúde e o acesso e uso de serviços.

O Relatório de Progresso da UNICEF (2012), afirma que Brasil reduziu em 73% a mortalidade infantil em crianças até 5 anos de idade, ultrapassando a média global que foi um pouco acima de 40%. De 58 por mil nascidos vivos em 1990, caímos para 16 em 1000 nascidos vivos em 2011.

Dados do IBGE (2007) confirmam que a expansão do saneamento básico adequado atingindo um maior número de domicílios, a ampliação dos serviços de saúde, e aí está incluída a ESF, a redução da taxa de fecundidade se aproximando de países europeus, melhor escolaridade materna, todos estes fatores contribuíram decisivamente neste processo de redução da mortalidade infantil.

Outro exemplo de acesso da população a ações preventivas de saúde é a alta capacidade de atingir as metas de vacinação em massa que os programas de imunização no Brasil têm, com erradicação de doenças transmissíveis (TEMPORÃO, 2009).

Os cuidados básicos de saúde apresentam-se como condição essencial para redução da morbimortalidade infantil e melhoria da qualidade de vida dos pequenos.

Nesse contexto o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é o eixo integrador das práticas assistenciais à criança por meio da sistematização dos retornos aos serviços de saúde (BRASIL, 1984).

Dentre os cuidados básicos destaca-se o crescimento. Este é um processo dinâmico e contínuo que reflete o ganho ponderal estatural da criança e sinaliza precocemente quadros de desnutrição, permitindo identificar o risco de morbimortalidade de uma criança e possibilitando intervir efetivamente evitando o aumento da mortalidade infantil. Já o desenvolvimento trata-se de um processo amplo que abarca tanto os aspectos físicos, cognitivos e psicossociais e objetiva a promoção, prevenção e detecção precoces de atrasos que possam repercutir de forma negativa na vida futura do indivíduo, sendo fundamental a intervenção precoce nesses distúrbios (BRASIL, 2012; LENZ; FLORES, 2009).

4.2 ACESSO E DIMENSÃO DA QUALIDADE NA SAÚDE

A qualificação das ações de saúde é uma constante preocupação da Organização Mundial da Saúde (OMS) desde a década de 80. Inicialmente o foco era no custo-efetividade das ações de saúde, mas com a evolução dos debates a qualidade passou a ter papel central. O conceito de qualidade é complexo uma vez, que não existe um consenso único, segundo Donabedian (1990), vários fatores definem a qualidade de um sistema de saúde, fatores estes que estão associados, a cultura, a temporalidade, a os valores da sociedade, com conseqüente mudança nos critérios para avaliar a qualidade da atenção (SERAPION; SILVA, 2011).

Donabedian (1990) define qualidade a partir da tríade estrutura-processo e resultados onde estrutura relaciona-se ao ambiente físico, com seus recursos, instrumentos e organização; processo se reporta a prestação da assistência de profissionais para pacientes e o conjuntos de atividades desenvolvidas no serviço; e resultados se relacionam a mudanças positivas na saúde, conhecimentos ou comportamento dos pacientes após o cuidado prestado ou também a satisfação demonstrada pelo usuário após o serviço prestado. Para este autor cada variável dessa isolada é insuficiente para definir qualidade sendo necessário à junção de indicadores das três abordagens (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Na experiência mundial, o acesso e acessibilidade estão intrinsecamente ligados à qualidade. Inicialmente na década de 1970, associava-se acesso a

dimensões geográficas e financeiras. Donabedian (1990) definiu acesso ou acessibilidade, sob dois aspectos fundamentais: sócio organizacional e geográfico. O primeiro inclui aspectos sociais, econômicos, culturais, educacionais dos indivíduos e o segundo mais uma questão de espaço físico e tempo.

O termo acesso sofreu transformações ao longo do tempo tornando-se mais complexo e englobando dimensões como disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. Por disponibilidade entende-se a presença do serviço de saúde ou não no local e no momento necessário a utilização do mesmo pelo usuário.

A aceitabilidade compreende a natureza dos serviços prestados e a forma como o usuário percebe esses serviços, é a forma mais abstrata do acesso, pois envolvem diversos fatores inerentes aos envolvidos, tanto pacientes, quanto os profissionais. Capacidade de pagamento é o custo do serviço e a capacidade de pagamento do indivíduo e por último a informação entra como essencial para compreensão do serviço de saúde, de como saber utilizá-lo. (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

4.3 O PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE

Garantir acesso e qualidade da atenção à saúde a toda população brasileira é objetivo primordial do MS, que através de esforços contínuos procura ampliá-los nos diversos contextos existentes no País. Como produto desses esforços num processo de negociação e pactuação das três esferas da Gestão foi instituído pela portaria nº 1654 GM/MS no dia 19 de julho de 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, o PMAQ (BRASIL, 2011a).

O PMAQ tem como principal objetivo permitir a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Diante disso, é importante relacionar as diretrizes que norteiam o PMAQ (BRASIL, 2011a, p. 10-12).

I – Possuir parâmetro de comparação entre as equipes da atenção básica (EAB), considerando as diferentes realidades de saúde. [...] II

- Ser incremental, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica. [...] III - Ser transparente em todas as suas etapas, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados, pela sociedade. [...] IV - Envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, do Distrito Federal, municipais e locais, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica. [...] V - Desenvolver cultura de negociação e contratualização que implique a gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados [...] VI - Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários. [...] VII - Ter caráter voluntário para a adesão tanto das equipes de atenção básica quanto dos gestores municipais, partindo do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e pro atividade dos atores envolvidos.

Os indicadores escolhidos para avaliar a Equipe de Atenção Básica (EAB) no PMAQ, baseiam-se nos focos estratégicos da AB, e são eles: saúde da mulher, saúde da criança, controle de Diabete Melitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, saúde bucal, produção geral, tuberculose e hanseníase, e saúde mental (BRASIL, 2011a).

Como foco deste trabalho escolheu-se a saúde da criança. Esta, pela vital importância que assume no cenário nacional e mundial, uma vez que a mortalidade infantil reflete potencialmente as condições de vida da população de um País, e o compromisso com a redução dessa mortalidade é um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo, fazendo parte das Metas do Desenvolvimento do Milênio pactuadas com a ONU (NAÇÕES UNIDAS, 2000).

O Brasil, através de medidas de melhoria na qualidade de vida, melhor distribuição de renda, saneamento básico, programas de ajuda sociais como bolsa escola, bolsa família, controle de natalidade e expansão da ESF, obteve uma redução significativa na TMI nos últimos anos, mas ainda apresenta níveis preocupantes e desigualdades regionais e raciais que precisam ser superadas (FRANÇA; LANSKYS, 2008).

4.4 AVALIAÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA

No campo da avaliação da qualidade da AB na atenção a saúde da criança já foi realizada alguns trabalhos sobre acesso, acolhimento, responsabilização e continuidade do cuidado.

Dentre os trabalhos publicados podemos citar o desenvolvido por Furtado et al. (2010), objetivou avaliar a prática assistencial pela equipe do “Floresce uma Vida” nas maternidades dos três hospitais de Ribeirão Preto. Como resultado foram observados orientações sobre a importância do seguimento do recém-nascido, aproximação da maternidade com a unidade de saúde, facilitando o acesso e viabilizando que o bebê inicie o acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento o mais cedo possível, ainda na primeira semana de vida, como preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). Observou-se ainda orientações sobre aleitamento, teste pezinho, vacinação e intercorrências mamárias, tudo de acordo com as recomendações do MS

Samico et al. (2005) avaliaram a implantação da atenção à saúde da criança na rede básica de saúde em dois municípios da região Agreste do Estado de Pernambuco. O estudo possibilitou observar que, para os dois municípios considerados em um nível de análise centrado nos serviços de saúde, a variação no grau de implantação apresentou como fatores determinantes, deficiências no manejo de casos e a potencialidade da atenção prestada pelos profissionais de enfermagem. Porém não foi possível definir a influência da estratégia AIDPI (Atenção Integral as Doenças Prevalentes da Infância). Também se observou melhor satisfação profissional e dos usuários para unidades da ESF, entretanto com deficiências no acesso e na integralidade entre a atenção primária e demais níveis de atenção independente do tipo de serviço de saúde para ambos os casos.

5 METODOLOGIA

5.1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS- METODOLÓGICOS DA AVALIAÇÃO

Trata-se de uma Pesquisa Avaliativa com objetivo formativo. A Pesquisa Avaliativa se caracteriza como uma pesquisa social aplicada e consiste em fazer um julgamento *ex post* de uma intervenção utilizando métodos científicos. (CONTRANDIOPOULOS et al., 1997).

As definições de avaliação de programa são inúmeras. Entretanto, a corrente canadense Contrandiopoulos et al. (1997) conseguiu certo consenso ao redefini-la como uma atividade baseada fundamentalmente em se fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Uma intervenção pode sofrer dois tipos de avaliação: a normativa, que procura estudar cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios; e a pesquisa avaliativa – utilizada neste estudo, que examina, através de um procedimento científico, as relações entre os diferentes componentes de uma intervenção.

O caráter formativo da avaliação é utilizado com frequência na implementação de um programa, tendo por objetivo apoiar o seu desenvolvimento, conforme aponta Hartz; Vieira-da-Silva (2005). Neste tipo de avaliação, o julgamento de valor toma critérios menos formais, não produzindo julgamentos definitivos sobre a efetividade do programa e sim enfocando caminhos com o objetivo de oferecer informações para adequar e superar aspectos problemáticos do programa durante o seu andamento (PATTON, 1997; FURTADO et al., 2010; STENZEL, 1996).

5.2 TIPO DE ESTUDO

Este projeto é recorte do componente Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) nos estados do Rio Grande do Norte, Ceará e Piauí nos 524 municípios dos 3 estados . O estudo tem caráter multicêntrico nucleado nestes estados pela UFRN em parceria com o NESP/UFRN e RENASF-FIOCRUZ-CE. Trata-se de um estudo de corte transversal com abordagem quantitativa.

5.3 LOCAL E PERÍODO

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a novembro de 2013, em Natal. Utilizou o banco de dados do Ministério da Saúde disponibilizado pelo Grupo de Estudos em Saúde Coletiva da UFRN referente aos resultados do PMAQ no Estado do Rio Grande do Norte.

O Rio Grande do Norte segundo dados do IBGE 2010 tem uma população de 3.168.027, uma área em Km² de 52.811,047, densidade demográfica em hab./Km² de 59,99 e número de municípios de 167. Existe uma estimativa da população para 2012 com data de referência em 1º de julho de 3.228.198 habitantes.

No total foram avaliadas 412 EAB distribuídas em 116 dos 167 municípios do Estado do Rio Grande do Norte (ANEXO I).

5.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A pesquisa foi de dados secundários. Foram incluídos todos os 1650 questionários dos usuários correspondendo a um número de 4 usuários por equipe dentre as 412 EAB que aderiram ao PMAQ no Estado do RN. Para a pesquisa de dados primários, o número de usuários por equipe foi arbitrado nacionalmente entre as 6 Instituições de Ensino e Pesquisa e o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde considerando a factibilidade de efetuar a pesquisa em todo território nacional. Foram escolhidos ao acaso aqueles que estavam presentes na Unidade Básica de Saúde (UBS) para realizar qualquer tipo de procedimento e que consentisse em participar da avaliação. Foram excluídos os que tinham ido pela primeira vez na unidade e aqueles que não a frequentaram há mais de 12 meses.

5.5 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS, INSTRUMENTO E CATEGORIAS

As informações foram coletadas do banco de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Foram abordadas as variáveis sócias demográficas referentes às mães/acompanhantes da criança de 0 a 2 anos tais como sexo, idade, cor ou raça,

estado civil, nº de pessoas que moram no mesmo domicílio, renda mensal, ocupação, alfabetização, aposentadorias, e Bolsa Família.

Além disso, outras variáveis são relativas à caracterização da população infantil, tais como idade, data, local e certidão de nascimento. As variáveis referentes ao processo serão abordadas nas seguintes categorias: 1) Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD), 2) Amamentação/alimentação, e 3) Problemas de saúde.

Em relação **(à categoria 1) Acompanhamento do Crescimento e desenvolvimento CD**: Consulta da criança após o nascimento, Teste do pezinho, Recebimento da Caderneta de Saúde da Criança, Situação Vacinal da criança, Questionamento e observação do desenvolvimento da criança adequado para a idade, Continuidade de consulta da criança com o mesmo profissional da equipe e Marcação de consulta subsequente.

Em relação **(à categoria 2) Amamentação/alimentação**: Orientações sobre amamentação, sua importância e alimentação da criança até os dois anos de vida, Tempo de duração do Aleitamento Materno.

Em relação **(à categoria 3) Problemas de saúde**: Necessidade de consultas com o pediatra; Urgências ou problemas ocorridos nos últimos 6 meses que necessitaram de atendimento; Local onde procurava atendimento para criança; Atendimento na unidade de saúde sem consulta marcada.

Quadro 1 – Quando de categorias e respectivas variáveis

<p>1) Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta da criança após o nascimento - Teste do pezinho - Recebimento da Caderneta de Saúde da Criança - Situação Vacinal da criança - Questionamento e observação do desenvolvimento da criança adequado para a idade - Continuidade de consulta da criança com o mesmo profissional da equipe e Marcação de consulta subsequente
<p>2) Amamentação/Alimentação da criança</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientações sobre amamentação, sua importância e alimentação da criança até os dois anos de vida. - Tempo de duração do Aleitamento Materno

3) Problemas de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de consultas com o pediatra - Urgências ou problemas ocorridos nos últimos 6 meses que necessitaram de atendimento - Local onde procurava atendimento para criança - Atendimento na unidade de saúde sem consulta marcada

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram analisados de acordo com as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde contidas em suas políticas e portarias publicadas no que se refere à Atenção da Saúde da Criança.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto multicêntrico que gerou o banco de dados foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o número 21904 em 13/03/ 2012, em consonância com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

6 RESULTADOS

6.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DAS MÃES/ACOMPANHANTES

Das mães/acompanhantes que responderam ao questionário 71% tinham idade entre 18 a 35 anos, 13% acima de 35 anos e apenas 6% abaixo dos 18 anos .

Quanto à cor ou raça, 56,8% se declararam pardo/mestiça, 29,5% brancas, 10% preta, 3,2% amarela e apenas 0,5% indígena.

A maioria, 86,3% declarou morar com companheiro e 79,5% referiram que viviam na casa com uma média de 3 a 5 pessoas, incluindo a entrevistada.

No que se refere à alfabetização 92,1% se declararam alfabetizadas, mas 93,2% não soube responder até quantos anos estudou, impossibilitando definir o grau de escolaridade.

Quando indagadas se gozavam de aposentadoria ou não, 99,5% negaram receber aposentadoria, 84,2% não tinha nenhum trabalho remunerado, no entanto 96,3% referiram que a família possuía renda mensal. Destas 44,7% referiram ganhar de 1 a 3 salários mínimos, 20% abaixo de 1 salário, 3,7% acima de 3 salários e 30,5% não responderam.

No que se refere ao Bolsa Família 73,7% responderam serem cadastradas, e destas 62,6% recebiam dinheiro atualmente.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE CRIANÇAS

As informações sobre as 190 crianças com idade entre 0 a 2 anos revelaram que a maioria 75 (39,4%) estava na faixa etária entre 13 a 24 meses, 65 (34,2%) entre 0 a 6 meses e 50 (26,3%) entre 7 a 12 meses. Destas 98 (51,6%) nasceram em Hospital de outro município, 59 (31,1%) em Hospital do município, 17 (8,9%) em casa de parto do município, 14 (7,4%) Casa de parto de outro município, e 2(1,1%) em outros. As crianças com certidão de nascimento corresponderam a 184 (96,8%).

6.3 CATEGORIA 1: ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

6.3.1 Consulta da criança após o nascimento

No que diz respeito à realização da consulta da criança após o nascimento nos primeiros sete dias de vida pela EAB, do total de 190 mães/acompanhantes com crianças até 2 anos, 122 (64,2%) informaram que a consulta era realizada, em 67 (35,5%) não ocorreu e apenas 1(0,5%) não souberam responder.

Entre os motivos referidos pelas mães/acompanhantes para não realização da consulta das crianças nos primeiros sete dias de vida estavam: não ter recebido visita de nenhum profissional em casa (76,1%), a criança estava em casa de parentes em outro local do município (6%), internamento hospitalar (3%) e outros motivos não especificados (14,9%).

6.3.2 Teste do Pezinho

No tocante ao teste do pezinho, observa-se que 173 (91,1%) das mães/acompanhantes afirmaram que as crianças realizaram o teste do pezinho, 16 (8,4%) não realizaram o teste, e apenas 1 (0,5%) não souberam responder.

Ainda sobre a realização do teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida (primeira semana) entre as mães/acompanhantes que responderam afirmativamente a questão anterior, 109 (63%) afirmaram que o teste do pezinho foi realizado nesse período, em 63 (36,4%) não foi realizado no período previsto, e apenas 1(0,5%) não souberam responder.

6.3.3 Recebimento da Caderneta de Saúde da Criança

No tocante ao recebimento da Caderneta de Saúde da Criança 181 (95,3%) mães/acompanhantes referiram que a receberam

6.3.4 Situação Vacinal da Criança

Na tabela 1 observa-se que 188 (98,9%) mães/acompanhantes referiram que a criança já fez alguma vacina, apenas 2 (1,1%) não receberam nenhum tipo de vacina.

Entre as que responderam afirmativamente sobre as vacinas recebidas pela criança, 184 (97,8%) revelaram que a vacinação das crianças estava em dia e apenas 4 (2,2%) que as vacinas não se encontravam atualizadas. Foi ainda questionado sobre o local de realização da maioria das vacinas, 154 (82%) de mães/acompanhantes referiram ter sido nesta unidade de saúde, 32 (17%) em outra unidade de saúde, 1 (0,5%) em clínica particular, e 1(0,5%) em outros locais (Tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição da Situação vacinal das crianças segundo as mães/acompanhantes. Rio Grande do Norte, 2012

Situação Vacinal das Crianças	Vacinas recebidas		Vacinas atualizadas	
	n =190	%	n = 188	%
SIM	188	98,9	184	97,8
NÃO	2	1,1	4	2,2

Fonte: Avaliação externa do PMAQ, 2012.

Tabela 2- Local de vacinação da criança segundo as mães/acompanhantes. Rio Grande do Norte, 2012.

Local de vacinação	n	%
Nesta unidade de saúde	154	82
Em outra unidade de saúde	32	17
Clínica particular	1	, 5
Outros	1	, 5
Total	188	100

Fonte: Avaliação externa do PMAQ, 2012.

6.3.5 Questionamento e observação do desenvolvimento da criança adequado para a idade

Com referência a questionamentos e observação na consulta, se o desenvolvimento da criança esta adequado para idade, 164 (86,3%) das mães/acompanhantes responderam que equipe realizou essa observação, 23 (12,1%) que a observação não foi realizada e apenas 3 (1,6%) não souberam responder.

6.3.6 Continuidade de consulta da criança com o mesmo profissional da equipe e Marcação de consulta subsequente

Quanto à continuidade das consultas da criança com o mesmo profissional da equipe, 165 (86,8%) de mães/acompanhantes responderam que a consulta é realizada sempre pelo mesmo profissional e 4 (2,1%) não souberam responder (Tabela 3).

Tabela 3 - Continuidade de consulta da criança com o mesmo profissional da equipe segundo as mães/acompanhantes, Rio Grande do Norte, 2012.

Continuidade de consulta da criança	n	%
Sim	165	86,8
Não	21	11,1
Não sabe/não respondeu/não lembra	4	2,1
Total	190	100,0

Fonte: Avaliação externa do PMAQ, 2012.

Em relação à marcação da consulta subsequente, 113 (59,5%) das mães/acompanhantes responderam que criança sai da unidade de saúde com a próxima consulta marcada, 11 (5,8%) referiu que algumas vezes a próxima consulta é marcada e 66 (34,7%) não tem sua próxima consulta agendada.

6.4 CATEGORIA 2: AMAMENTAÇÃO/ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

6.4.1 Orientações sobre amamentação, sua importância e alimentação da criança até os dois anos de vida

No que diz respeito ao recebimento de orientações sobre dar de mamar no peito e a importância da amamentação, 149 (78,4%) mães/acompanhantes relataram que foram devidamente orientadas, e vale ressaltar que 31(16,3%) não souberam ou não respondeu, ou não se lembra de ter recebido orientação. Quanto ao recebimento de orientações sobre a alimentação da criança até os dois anos 159

(83,7%) mães/acompanhantes responderam ter recebido essa orientação (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição das Mães/acompanhantes por orientações recebidas sobre amamentação, sua importância e alimentação da criança até os 2 anos, Rio Grande do Norte, 2012.

Orientações sobre amamentação e sua importância	n = 190	%
Sim	149	78,4
Não	10	5,3
Não sabe/não respondeu/não lembra	31	16,3
Orientações sobre a alimentação da criança até 2 anos		
Sim	159	83,7
Não	31	16,3

Fonte: Avaliação externa do PMAQ, 2012

6.4.2 Tempo de duração do Aleitamento Materno

Ainda sobre amamentação foi indagado se a criança mama ou mamou no peito, aqui vale uma ressalva, para melhor compreensão dos resultados agrupou-se as crianças em abaixo de 6 meses, de 6 meses a 24 meses e Não sabe/não respondeu/ não lembra. Utilizou-se esse parâmetro devido ao MS da saúde recomendar o aleitamento materno exclusivo até o 6 meses de idade. A este questionamento 29 (15,3%) de mães/acompanhantes responderam que a criança mama ou mamou no peito até abaixo de 6 meses, 34 (17,9%) que a criança mama ou mamou de 6 meses a 24 meses, e 127 (66,8%) Não sabe/não respondeu /não lembra (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição das Mães/acompanhantes por tempo de duração do aleitamento materno, Rio Grande do Norte, 2012.

Duração do aleitamento materno	n	%
Abaixo de 6 meses	29	15,3
De 6 meses a 24 meses	34	17,9
Não sabe/não respondeu/não lembra	127	66,8
TOTAL	190	100

Fonte: Avaliação externa do PMAQ, 2012.

6.5 CATEGORIA 3: PROBLEMAS DE SAÚDE

Questionou-se sobre os problemas de saúde da criança, apenas 68 (35,8%) mães/acompanhantes referiram que houve necessidade de consulta com o pediatra, e 59 (31,1%) afirmaram que a criança foi atendida por algum problema ou urgência nos últimos seis meses (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição das mães/acompanhantes por problemas de saúde da criança referidos, Rio Grande do Norte, 2012.

Problemas de saúde referidos (n SIM = 190)	SIM		NAO		Não sabe/não respondeu/não lembra	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Necessidade consulta pediátrica	68	35,8	121	63,7	1	5
Atendimento da Criança por Problema ou urgência nos últimos seis meses	59	31,1	131	68,9	-	-

Fonte: Avaliação externa do PMAQ, 2012.

Entre as mães/acompanhantes que responderam afirmativamente sobre os problemas de saúde apresentados pela criança, quando questionadas sobre em que local procurava atendimento para seus filhos, 25 (42,4%) respondeu nesta unidade básica de saúde, 21 (35,6%) hospital público, 5 (8,5%) em outra unidade de saúde, 3 (5,1%) hospital particular, 2 (3,4%) em Pronto-atendimento 24hs, 2 (3,4%) em Pronto-socorro 24hs e 1 (0,5%) outros locais.

Dentre as 25 mães/acompanhantes que referiram procurar a unidade básica de saúde de sua área, indagou-se sobre conseguir o atendimento na mesma hora sem consulta marcada, 16 (64%) referiram sempre conseguir o atendimento, 4 (16%) afirmaram que algumas vezes conseguiam, e 5 (20%) mencionaram que não conseguiam ser atendidos na mesma hora sem consulta marcada.

7 DISCUSSÃO

- **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento**

No Rio Grande do Norte observou-se que, embora, a maioria das mães usuárias tenha referido a realização da consulta após o nascimento, nos casos onde não foi realizada, a maior parte das justificativas foi que não receberam a visita de nenhum profissional.

De forma análoga, em estudo realizado em um PSF de Teresópolis-RJ (RIBEIRO; SIQUEIRA; PINTO, 2010), observou-se também relatos por parte dos usuários responsáveis pela criança de que não receberam nenhuma visita domiciliar num período de 1 ano.

Estas situações são deveras preocupantes visto que Ministério da Saúde (MS) recomenda a visita domiciliar do Agente de Saúde no último mês de gestação e na 1ª semana de vida do recém-nascido. Caracteriza a ação, fato importante na vigilância à saúde da criança, visando reduzir a maioria dos problemas que levam ao desmame precoce nesse período crítico para mãe e bebê. Embora a taxa de mortalidade infantil tenha reduzido significativamente no Brasil, o componente neonatal ainda mantêm-se em níveis considerados elevados em relação aos países desenvolvidos e a concentração dos óbitos neonatais ocorrem nas primeiras horas de vida e primeira semana (0 a 6 dias- componente neonatal precoce), (FRANÇA; LANSKY, 2009). Tornando-se a consulta da criança logo após o nascimento uma estratégia de atenção á saúde da mulher e da criança pela oportunidade que se apresenta de avaliar o estado de saúde tanto da mãe, quanto do bebê e intervir efetivamente se necessário

No tocante ao teste do pezinho, a pesquisa no RN revelou uma alta frequência de respostas afirmativas (91,1%), que é um indicativo da contribuição do trabalho das equipes para o alcance da desafiadora meta de cobertura nacional estimada em 100% (BRASIL, 2001). Em Sobral (CE), a análise da Triagem Neonatal (TN) constatou uma cobertura de 78%, neste mesmo trabalho verificou-se que apenas 30% dos RN tiveram acesso em tempo ideal (de 3 a 7 dias) à coleta sanguínea, sendo a média nacional em torno de 62,01%, a grande maioria o fez entre 8 a 30 dias (65%), (MENEZES; SILVA; MARTINS, [2013?]). Mello et al, (2009), analisando o monitoramento de indicadores infantis na Saúde da Família, encontrou

um situação bastante favorável com o relato que 100% dos nascidos vivos haviam realizado o teste no ano de 2004.

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (TN) foi instituído pela portaria GM/MS nº 822/2001 com o objetivo de ampliar a cobertura do teste para 100% dos nascidos vivos, além de realizar busca ativa dos pacientes com alterações do teste, acompanhá-los para confirmação do diagnóstico e garantir tratamento adequado destes. As Equipes de Atenção Básica (EAB) devem estar vigilantes sobre a realização e a divulgação da necessidade de se fazer o teste do pezinho a partir do 5º dia de vida para detectar doenças como o hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme e fibrose cística, que podem ser tratadas, minimizando sua repercussão sobre a saúde da criança (BRASIL, 2004). As diretrizes do MS quanto ao tempo de coleta do teste é de que esta ocorra nos primeiros 30 dias de vida, de preferência na 1ª semana. Isto se deve ao fato de que são necessárias no mínimo 48h de alimentação para que ocorra o acúmulo do metabólito específico no sangue, visto tratar-se de uma doença metabólica e, no entanto deve-se ter o cuidado de não extrapolar o período recomendado de coleta para evitar as complicações advindas de diagnósticos tardios, (MENEZES; SILVA; MARTINS, [2013?]).

Na presente avaliação, assim como no teste do pezinho, o recebimento da Caderneta de Saúde da Criança é afirmativo para um alto percentual de respondentes (95,3%) aproximando-se da recomendação nacional de 100% das crianças atendidas. Semelhante ao caso do RN, Carvalho *et. al.*, (2008), em seu estudo sobre o acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano nos serviços de saúde em Pernambuco, constatou que 81,2% do total de crianças estudadas apresentaram o cartão no momento da entrevista, e destas 90% tinham registrado no cartão o peso do nascimento, no entanto menos da metade o tinham pontuado no gráfico (CARVALHO, et al., 2008). Em outro estudo desenvolvido por Piccini et al., (2007) sobre a efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil, observou que cerca de 85% das crianças tanto da área de cobertura da ESF como de outras UBS que não eram Saúde da Família apresentavam cartão da criança no dia da entrevista.

Segundo recomendação do MS, toda criança deve receber o Cartão da Criança ou Caderneta da Criança ainda na maternidade. Este instrumento se reveste de fundamental importância para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de 0 a 6 anos, pois é onde são registrados a avaliação

do peso, altura, desenvolvimento, vacinação e intercorrências, o estado nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação da criança (BRASIL, 2004).

No que concerne à cobertura vacinal (CV), esta pesquisa aponta índices bem elevados, acima até do preconizado pelo MS como cobertura mínima (95%), refletindo dessa forma uma avaliação positiva das EAB, ainda mais quando se observa que a maioria das vacinas foi realizada na própria UBS concluindo-se que a disponibilidade das vacinas, sala de vacinação, controle e busca ativa segue o padrão esperado pelo MS.

Dentre os aspectos mais indicativos de um bom desempenho das ações do acompanhamento no Rio Grande do Norte, destacou-se a cobertura vacinal informada por praticamente todas as mães e ou acompanhantes.

É indiscutível o fato de cobertura vacinal desempenhar um papel relevante no que diz respeito à proteção e promoção da saúde da criança e ainda funcionar como importante indicador na avaliação da efetividade dos serviços de saúde (CARNEIRO, et al, 2012). A meta operacional básica do MS de acordo com o PNI (Programa Nacional de Imunização) e da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil é vacinar 95% de todas as crianças menores de 1 ano com todas as vacinas do calendário básico de vacinação e, atingir 100% da população de menores de 1 ano em municípios endêmicos para febre amarela, com exceção da BCG na qual a meta é de 90% até 30 dias de vida. As equipes de saúde devem se organizar para acompanhar a cobertura vacinal das crianças de sua área, realizar o controle e a busca ativa de faltosos pelo arquivo de vacinação com a segunda via do cartão e devem garantir o funcionamento contínuo da sala de vacina, sem restrição de horários, para não se perder a oportunidade de vacinar toda a população (BRASIL, 2004).

Situações de alta cobertura vacinal foram também confirmadas em outros trabalhos. No estudo desenvolvido por Carneiro et al, (2012), em uma UBS em Maceió-Al, verificou-se que 24% (n=16) das crianças completaram o esquema básico de vacinação (considerou-se completado o esquema básico de vacinação e da cobertura de cada vacina quando a criança recebeu a dose das vacinas na idade correta e com intervalos corretos) . A cobertura para as vacinas HB, DTP + Hib, VOP e VORH foram, respectivamente, 72,7% (n = 48), 65,2% (n = 43), 63,6% (n = 42) e 77,2% (n = 51). A cobertura para cada uma das vacinas foi sempre maior que a

cobertura para o esquema completo. Em outro estudo sobre cumprimento do calendário de vacinação de crianças em uma unidade de saúde da família desenvolvido por Ramos, et al., (2010), foram encontrados 87,96% dos cartões de vacinação atualizados (foram consideradas atualizadas as vacinas cujas doses tenham sido aplicadas em sua totalidade até a data da coleta de dados).

Um outro ponto destacado na investigação sobre o RN foi a informação da verificação da adequação do desenvolvimento da criança em relação a sua idade que apresentou um alto percentual de respostas confirmatórias.

Este dado também aparece em outras pesquisas. Numa avaliação sobre vigilância do crescimento em João Pessoa-PB, 2012, quando indagado as mães sobre práticas de vigilância do crescimento infantil realizadas pelas enfermeiras, verificou-se que 100% das mães afirmaram que as enfermeiras avaliaram o crescimento da criança, contudo, em relação a avaliação do desenvolvimento, 52% das mães afirmaram que as enfermeiras não realizam essa prática. Já em outro estudo sobre avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo, as enfermeiras identificaram de forma completa (30,7%) ou quase completa (48,3%) os itens referentes aos principais marcos do desenvolvimento esperado no primeiro ano de vida da criança, sendo que esta identificação foi completa em 82,3% dos atendimentos realizados às crianças no primeiro mês de vida. No que se refere à orientação por parte das enfermeiras sobre o processo do desenvolvimento infantil e de medidas que favorecem a aquisição das habilidades esperadas para suas crianças, as mães foram orientadas em 81,2% das consultas, (SAPAROLLI; ADAMI, 2007).

O resultado observado aqui no Estado do RN é condizente com o estudo de São Paulo e aponta para o atendimento das exigências e orientações do MS no que se refere necessidade de haver um diálogo entre mães e profissionais de saúde, onde as mães sejam devidamente orientadas sobre as habilidades adquiridas pelos seus filhos de acordo com a idade, como explorá-las e ainda sobre os sinais de alerta referente a atrasos na aquisição das mesmas, (BRASIL, 2012).

De acordo com o MS o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é primordial para promover a proteção á saúde da criança, detectando precocemente alterações que possam vir a prejudicar seu desempenho na vida futura, e modificá-las a tempo. O profissional de saúde deve estar intimamente

familiarizado com os marcos do desenvolvimento infantil e da importância de orientar aos pais sobre qualquer atraso no surgimento desses marcos. Representa um fator importante na integralidade do cuidado (BRASIL, 2012).

Para a questão sobre a continuidade das consultas da criança com o mesmo profissional da equipe, no estudo atual, a frequência de respostas positivas também foi alta (86,8%). No entanto o percentual é mais baixo em torno de 60% para marcação de consulta subsequente revelando dificuldades na manutenção do vínculo e continuidade do cuidado.

Uma investigação desenvolvida por De Mello et al., (2009) acerca do monitoramento de indicadores infantis na Saúde da Família observou que 100% das crianças do estudo tiveram consultas médicas programadas e com relação à consulta de enfermagem 91,2% havendo um incremento posterior e esse número atingindo os 100% (Mello et al., 2009).

Em outro trabalho sobre satisfação das usuárias quanto à atenção prestada à criança pela rede básica de saúde desenvolvido em UBS's de Cuiabá – Mato Grosso, 89,8% das usuárias informaram que, para receber consulta de rotina nas unidades, é preciso agendar antecipadamente e 78 (61,4%) referiram que no dia da consulta já é marcado o próximo retorno (MODES; GAÍVA, 2013).

De acordo com as recomendações do MS é fundamental que o profissional de saúde, a família e a criança estabeleçam uma relação de confiança ao longo do acompanhamento da criança. A atitude de estabelecer canais de comunicação que permitam a construção de parcerias entre eles é importante e facilita as relações, a divisão de tarefas e as responsabilidades (BRASIL, 2012).

O calendário de consultas subsequentes deve ser pactuado com os pais levando em consideração o contexto familiar, as necessidades individuais, a vulnerabilidade e a resiliência (BRASIL, 2012). A realidade do RN acerca da marcação de consulta subsequente se aproxima dos estudos acima citados embora necessite ainda melhorar o acesso a consultas agendadas de puericultura, fortalecendo a integralidade do cuidado nas EAB.

- **Amamentação/alimentação da criança**

Sobre o recebimento de orientações para amamentação a avaliação foi positiva em aproximadamente 80%. Ainda sobre amamentação predominou a amamentação até 2 anos de idade.

Níveis de aleitamento materno exclusivo em crianças até 6 meses de idade refletem crianças bem nutridas com boas condições de saúde e resistentes a infecções, as equipes de atenção básica devem estar capacitadas para acolher precocemente a gestante, garantindo orientação apropriada quanto aos benefícios da amamentação para mãe, a criança, a família e a sociedade. A abordagem durante o pré-natal é de fundamental importância para as orientações sobre como o leite é produzido, a importância da amamentação precoce e sob livre demanda (BRASIL, 2004).

O aleitamento materno exclusivo é uma das práticas mais eficazes contra desnutrição infantil e prevenção de doenças diarreicas, além disso ele é capaz de nutrir adequadamente sozinho uma criança nos seis primeiros meses de vida. Uma alimentação é considerada saudável quando é constituída pelo AME nos 1º seis meses de vida e alimentação complementar adequada após esse período até os dois anos. A EAB deve estar preparada para orientar a mãe nesse momento de transição alimentar onde ocorrem os maiores índices de erros alimentares que se perpetuam em boa parte da vida do indivíduo (BRASIL, 2012).

Pesquisa avaliativa ocorrida em Londrina-Paraná sobre monitoramento da saúde da criança em uma unidade de Atenção Básica mostrou que ao analisar os registros em prontuários sobre as orientações e incentivo ao aleitamento materno cerca de 62,8% destes continham algum registro, observou-se ainda que o índice de aleitamento materno exclusivo da população em estudo totalizou 39,6% das crianças (DOMINGOS; NUNES, 2010). Na II Pesquisa de prevalência do Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal realizada em 2008, a prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em menores de 6 meses foi de 41%, sendo o NE a região a apresentar o pior índice (37%) de AME (BRASIL, 2009).

Os índices apresentados no RN de aleitamento materno estão abaixo dos estudos aqui citados e da média nacional de 41%. Pelos padrões preconizados pela OMS em 2008 a situação do RN é razoável, estando muito aquém do padrão ideal da OMS que é de 90 a 100%.

- **Problemas de saúde**

Acesso universal: deve ser entendido como o direito de toda criança receber assistência de saúde e a responsabilidade da unidade de saúde em receber todos os que procuram a unidade, propiciando uma escuta de suas demandas ou problemas de saúde e avaliação qualificada de cada situação. A EAB deve receber toda criança que procura o serviço de saúde com escuta qualificada, estabelecendo uma relação cidadã e humanizada, definindo o encaminhamento mais adequado para a resolução das demandas identificadas. Deve-se adotar uma postura acolhedora na recepção e atendimento dos usuários – durante todo o expediente – para não se incorrer no erro comum de burocratização dessa prática, com a instituição de agendamento ou distribuição de senhas para o acolhimento, que de fato deve acontecer como fluxo contínuo (BRASIL, 2004).

No estudo de Cuiabá- MT sobre a satisfação da usuária quanto à atenção prestada à criança na UBS, 51,2% usuárias informaram que, quando a criança se encontra doente, não é preciso agendar a consulta, (MODES; GAÍVA, 2013). Já em outro estudo em Teresópolis (RJ) apenas 32,5% buscam a unidade do PSF para este primeiro atendimento e que metade busca tratar desses agravos agudos em casa, denotando dificuldades no acesso (RIBEIRO; SIQUEIRA; PINTO, 2010).

As EAB avaliadas apresentaram resultados que sinalizam necessidade de melhora no acesso e acolhimento do usuário quando este procura assistência na UBS. O fato de menos da metade buscar atendimento inicialmente na UBS em situações agudas denota baixa motivação na procura. Quanto a conseguir atendimento sem consulta marcada na mesma hora, os resultados aproximam-se do estudo em Cuiabá, sendo necessário um melhor planejamento para acolher a todos e dar resolutividade ao sistema.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo da perspectiva das usuárias vários são os aspectos positivos para melhoria da qualidade da Atenção Básica no que tange a integralidade e continuidade do cuidado.

A integralidade requer disponibilidade e prestação adequada dos serviços de acordo com as necessidades da população. Necessidades estas que podem ser as mais variáveis possíveis, incluindo ações de promoção e prevenção à saúde.

Nesse aspecto as EAB avaliadas nesse estudo apresentaram resultados positivos quanto as ações de prevenção à saúde como cobertura vacinal elevada, triagem neonatal próxima aos padrões nacionais, presença da caderneta de saúde da criança, além das orientações sobre aleitamento materno e a presença de diálogo entre pais e profissionais de saúde sobre a adequação do desenvolvimento infantil a idade, que se apresentam como expressão da promoção à saúde.

A continuidade do cuidado e o vínculo são evidenciados nos bons resultados obtidos quanto a consultas programadas e marcação de consultas subsequentes, sinalizando um desempenho satisfatório das equipes, embora havendo necessidade de melhorias nesse ponto.

No entanto, as dificuldades no acesso tornam-se evidentes quando observado uma baixa motivação à procura de atendimento na UBS em situações agudas de saúde, e no acolhimento quando observados que os resultados denotam a necessidade de um melhor planejamento da equipe para acolher a todos que procuram a unidade.

A ESF como porta de entrada e reorganizadora da AB, deve atuar como ponto facilmente acessível e facilitador da atenção à saúde no âmbito do SUS, com importância decisiva na redução da morbi-mortalidade infantil.

Avanços foram identificados nas EAB do Estado do RN quanto à integralidade e continuidade do cuidado, mas detectaram-se também fragilidades no acesso e acolhimento que precisam ser revistas, levando a um melhor planejamento do processo de trabalho das equipes, com o intuito de alcançar uma boa resolutividade dos serviços.

Como limitações do estudo observou-se a falta de aprofundamento do questionário sobre as ações de acompanhamento do crescimento no que diz respeito a o preenchimento da caderneta de saúde da criança com os dados

antropométricos da criança, ficando a sugestão para uma próxima pesquisa que aborde esses parâmetros.

Espera-se que os resultados aqui obtidos sirvam como incentivo a gestores e profissionais, para aprimorar os serviços de saúde locais e auxiliar na tomada de decisões.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 12 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4.).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha**. 2011. Disponível em: <http://www.bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt459_24_06_2011.html>. Acesso em: 2 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para saúde Integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da criança: ações básicas**. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1984. 19 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. **O futuro hoje: estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis primeiros passos para o desenvolvimento nacional**. Brasil: Ministério da Saúde, 2010, 128 p. (B. Textos Básicos de Saúde (ODM Saúde Brasil, 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, 33).

CARNEIRO, Sandra Maria Magalhães Villela et al. Cobertura vacinal real do esquema básico para o primeiro ano de vida numa Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 23, p. 100-7, abr.-jun. 2012.

CARVALHO, Michelle Figueiredo et al. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, n. 3, p. 675-685, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et. al. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48. Cap. 2.

COSTA, Glauce Dias da et al. Avaliação da Atenção a saúde da criança no contexto da saúde da família no município de Teixeira, Minas Gerais, (MG, Brasil). **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p. 3229-3240. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000800022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 4 fev. 2013.

DOMINGOS, Carolina Milena; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; STUTZ, Ana Carolina. Monitoramento da saúde da criança em uma unidade de atenção básica do município de Londrina-PR. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 11, n. 2, p. 01-10, jun. 2010.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**. v.114, n.11, p.1115-8. nov. 1990.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas de aprovação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 33. (Série B, Textos básicos em saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2013.

FRANÇA, Elisabeth; LANSKY, Sônia. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: REDE Interagencial de Informações para Saúde. **Demografia e saúde: contribuição para a análise de situação e tendências**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. p. 83-112.

FRANÇA, Elisabeth; LANSKY, Sônia. **Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas**. 2008. Disponível em: <http://health.cat/open.php?url=http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docSPDF/ABEP2008_1956.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2013.

FURTADO, Maria Cândida de Carvalho et.al. Avaliação da atenção ao recém nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 12, n. 4, 640- 646, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/7625>>. Acesso em: 29 ago. 2012.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria (Orgs.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de janeiro: FIOCRUZ, 2005. 275 p.

HARTZ, Zulmira Maria de Araujo. Pesquisa em avaliação de atenção básica: a necessária complementação. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 29-35, dez. 2000.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2007/indic_sociais2007.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2013. (Estudos & Pesquisas informação demográfica e socioeconômica, v. 21).

LENZ, Maria Lúcia Medeiro; FLORES, Rui (Orgs.). **Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009. 200 p.

MELLO, Débora Falleiros de et al. Seguimento de enfermagem: monitorando indicadores infantis na saúde da família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 748-754, 2009.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, supl. p. 113-120, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13798.pdf> >. Acesso em: 07 fev. 2013.

MENEZES, Raila Souto Pinto; SILVA, Maria Adelane Monteiro da; MARTINS, Keila Maria Carvalho. Análise da triagem neonatal no Município de Sobral, Ceará. **Convibra**, [2013?].

MODES, Priscilla Shirley Siniak dos Anjos; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz. Satisfação das usuárias quanto à atenção prestada à criança pela rede básica de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 3, p. 455-465, jul./set. 2013.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração do milênio**. cimeira do milênio: Nova Iorque, 6-8 set. 2000. Disponível em: <<http://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2013.

PATTON, Michael Quinn. **Utilization-focused evaluation**: the new century text. 3. ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1997. 430 p.

PICCINI, Roberto Xavier et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 7, n. 1, p. 75-82, jan./mar. 2007.

RAMOS, Camilo Ferreira et al. Cumprimento do calendário de vacinação de crianças em uma unidade de saúde da família. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 1, n. 2, p. 55-60, 2010.

RIBEIRO, José Mendes; SIQUEIRA, Sandra Aparecida Venâncio de; PINTO, Luiz Felipe da Silva. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de

Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 517-27, 2010.

SAMICO, Isabella et al. 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. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 2, abr./Jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292005000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2013.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 31, n. 3, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 abr. 2013.

SAPAROLLI, Eliana Campos Leite; ADAMI, Nilce Piva. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 55-61, jan./mar. 2007.

SERAPIONI, Mauro; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4315-4326, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a04v16n11.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2013.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da; MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. **Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: Aspectos Conceituais e Metodológicos**. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro, Hucitec, 2004. p. 241-257.

SILVA, Ligia Maria V. da; FORMIGLI, Vera Lúcia A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 abr. 2013.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, p.1325-1335, 2009.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STENZEL, Ana Cecília Basto. **A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada**. Dissertação (Mestrado em saúde Coletiva)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996. 289 p.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, supl., p. 1325-1335, set./out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 2 abr. 2013.

SZWARCWALD, Célia Landmann; MENDONCA, Maria Helena Magalhães de; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Sept. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 abr. 2013.

TEMPORÃO, José Gomes. Saúde da família, agora mais do que nunca!. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, set./out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 2 abr. 2013.

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância. Países avançam na redução da mortalidade na infância. 2012. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/media_24202.htm>. Acesso em: 26 abr. 2013.

APENDICE A - Quadro de distribuição dos equipes de atenção básica que aderiram ao PMAQ por município no Estado do Rio Grande do Norte.

MUNICÍPIO	UBS	EAB
ACARI	3	3
AÇU	8	8
AFONSO BEZERRA	3	2
ALMINO AFONSO	1	1
ANGICOS	2	2
ANTÔNIO MARTINS	2	2
APODI	4	3
AREIA BRANCA	3	3
ARÊS	5	5
AUGUSTO SEVERO	2	3
BARCELONA	1	1
BODO	1	1
BOM JESUS	4	4
BREJINHO	5	5
CAIÇARA DO NORTE	2	2
CAIÇARA DO RIO DOS VENTOS	1	1
CAICÓ	5	6

CAMPO REDONDO	1	2
CANGUARETAMA	12	12
CARAÚBAS	4	4
CARNAÚBAS DOS DANTAS	2	2
CORON. JOÃO PESSOA	1	1
CURRAIS NOVOS	1	1
DOCTOR SEVERIANO	3	2
PARNAMIRIM	5	5
ENCANTO	2	2
ESPÍRITO SANTO	3	3
EXTREMOZ	7	7
FELIPE GUERRA	1	1
FCO. DANTAS	1	1
FRUTUOSO GOMES	2	2
GOIANINHA	9	9
GUAMARÉ	5	5
IPANGUAÇU	3	3
ITAJÁ	2	2
ITAÚ	2	2
JAÇANÃ	3	3

JANDAÍRA	3	3
JANDUÍS	2	2
JANUÁRIO CICCO	3	3
JAPI	2	2
JARDIM DE PIRANHAS	1	1
JOÃO DIAS	1	1
JOSÉ DA PENHA	2	2
JUNDIÁ	1	1
LAGOA DE PEDRAS	3	3
LAGOA DE VELHOS	1	1
LAGOA SALGADA	3	3
LAJES	4	4
LAJES PINTADA	1	1
LUCRÉCIA	1	1
LUÍS GOMES	2	2
MACAÍBA	10	10
MACAU	2	2
MAJOR SALES	1	1
MARCELINO VIEIRA	2	2
MAXARANGUAPE	4	4
MESSIAS TARGINO	1	2

MONTANHAS	4	5
MONTE ALEGRE	9	9
MONTE DAS GAMELEIRAS	1	1
MOSSORÓ	22	32
NATAL	14	30
NÍSIA FLORESTA	9	9
OLHO D'GUA DOS BORGES	1	1
PARANÁ	2	2
PARAÚ	1	2
PARAZINHO	2	2
PARELHAS	4	4
PASSA E FICA	2	2
PASSAGEM	1	1
PATÚ	3	3
PAU DOS FERROS	6	6
PEDRO VELHO	6	6
PENDÊNCIAS	3	3
PORTA ALEGRE	1	2
PORTO DO MANGUE	1	1

PRESIDENTE JUSCELINO	2	2
RAFAEL GODEIRO	1	1
RIACHO DA CRUZ	1	1
RIACHO DE SANTANA	1	1
TIBAU	1	1
RUI BARBOSA	1	1
SANTA CRUZ	4	6
SANTANA DO MATOS	2	2
SANTANA DO SERIDÓ	1	1
ST. ANTÔNIO	9	9
S. BENTO DO NORTE	2	2
SÃO FERNANDO	1	1
S.FCO. DO OESTE	1	1
SÃO G. DO AMARANTE	11	11
SÃO J. DO MIPIBÚ	13	15
SÃO J. DO CAMPESTRE	3	3
SÃO MIGUEL	2	2
S.PAULO DO POTENGI	4	4
SÃO PEDRO	2	2

SÃO RAFAEL	1	3
SÃO VICENTE	2	0
SEN.ELOI DE SOUZA	3	3
SEN.GEORGINO AVELINO	2	2
SERRA NEGRA DO NORTE	2	2
SERRINHA	3	3
SERRINHA DOS PINTOS	1	2
SEVERIANO MELO	2	2
SÍTIO NOVO	2	2
TABOLEIRO GRANDE	1	1
TENENTE ANANIAS	1	1
TIBAU DO SUL	4	4
TRIUNFO POTIGUAR	1	1
UMARIZAL	2	2
UPANEMA	4	4
VARZEA	1	1
VENHA VER	1	1
VERA CRUZ	3	3
VIÇOSA	1	1

VILA FLOR	1	1
-----------	---	---

BRASIL. Ministério da Saude. **Portaria Nº 2.812, de 29 de novembro de 2011.**

APÊNDICE B – Planilha de indicadores

DIMENSÃO	INDICADORES/VARIÁVEIS Profissionais	INDICADORES/VARIÁVEIS Usuários
<p>Atenção à Criança desde o Nascimento até os Dois (02) Anos de Vida</p>	<p>I.13.2 % de unidades onde a caderneta de saúde da criança está sempre disponível para distribuição aos usuários</p>	<p>III.14.12 % de mães que receberam a caderneta de saúde da criança</p>
	<p>II.17.4 % de equipes que possuem protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para crianças menores de dois anos (CD)</p>	<p>---x---</p>
	<p>II.19.3 % de encaminhamentos de crianças de 0 a 2 anos para o pediatra e tempo de espera.</p> <p>II.24.1 % de equipes que realizam consultas de puericultura nas crianças de até dois anos</p> <p>II. 24.2 % de equipes que possuem cadastramento atualizado de crianças de 0 a 2anos do território</p> <p>II .24.3 % de equipes que realiza busca ativa de crianças prematuras, com baixo peso, com consulta de puericultura atrasada e com calendário vacinal atrasado</p> <p>II.24.4 % de equipes que utilizam a caderneta de saúde da criança para acompanhamento</p> <p>II. 24.5 % de equipes que tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade</p> <p>II 24.6 % de equipes que, no acompanhamento das crianças do território, possuem registro de vacinação em dia da criança, crescimento e desenvolvimento, estado nutricional, teste do</p>	<p>III. 11.2 % de usuárias que são mães de crianças até dois anos de idade</p> <p>III.13.10 % usuárias no pós-parto que foi informada sobre dar de mamar no peito para a criança e a importância da amamentação</p> <p>III.13.11 % usuárias no pós-parto que foi perguntado se a criança estava usando chupetas.</p> <p>III.13.12 % usuárias no pós – parto que foi perguntado se a criança estava usando mamadeiras</p> <p>III.14.1 % de crianças identificadas com data de nascimento compreendida entre os últimos 24 meses</p> <p>III.14.2 % de crianças com idade até 24 meses (2 anos)</p> <p>III.14.3 % de crianças que nasceram no Hospital do município, no Hospital de outro município, na Casa de parto do município, na Casa de parto de outro município e em casa</p> <p>III.14.4 % de crianças com certidão de nascimento</p>

	pezinho, violência familiar e acidentes	
		<p>III.14.5 % de crianças que depois do nascimento a equipe fez uma consulta até 7 dias de vida(primeira semana)</p> <p>III.14.6 % das crianças que não fizeram a consulta de até 7 dias de vida (1ª semana) pela equipe de saúde , porquê estavam internada no hospital, em casa de parentes ou outro local no município,ou não recebeu nenhuma visita de um profissional em casa.</p> <p>III.14.9 % de usuárias que foi conversado sobre a melhor posição da criança dormir.</p> <p>III.14.10 % de crianças que foi realizado o teste do pezinho</p> <p>III.14.11 % de crianças nas quais o teste do pezinho foi realizado até os 7 dias de vida(na 1ª semana depois da criança nascer)</p> <p>III.14.13 % de crianças que já fizeram alguma vacina</p> <p>III.14.14 % de crianças que está com as vacinas em dia</p> <p>III.14.16 % de crianças em que a maioria das vacinas foi feita na UBS local ou outra UBS do município, clínica particular e consultório particular</p> <p>III.14.17 % de consultas que a criança fez até os 2 anos.</p> <p>III.14.18 % de consultas realizadas pelo médico, enfermeiro, cirurgião dentista</p> <p>III.14.19 % de crianças que sempre foram consultadas pelos</p>

		<p>mesmos profissionais da equipe</p> <p>III.14.20 % de crianças que após a consulta já sai com a próxima consulta marcada</p> <p>III.14.21 % de crianças que nas consultas foi perguntado ou observado se a criança estava se desenvolvendo conforme esperado para idade</p> <p>III.14.22 % de crianças que precisaram de alguma consulta com pediatra</p> <p>III.14.24 % de crianças que mamam ou mamaram no peito</p> <p>III.14.25 % de usuárias que receberam orientação sobre alimentação da criança até 2 anos</p> <p>III.14.26 % de crianças que tiveram algum problema ou urgência nos últimos 6 meses, que precisaram de atendimento(ex. se sentiu mal ,dor)</p> <p>III.14.27 % de crianças que procurou atendimento na UBS local,em outra UBS, em hospital público ou particular, clínica particular, PA 24hs, PS 24hs, policlínica, consultório particular.</p> <p>III.14.29 % de crianças que conseguem atendimento na UBS na mesma hora sem consulta marcada</p> <p>III.14. 31 % de crianças que foi atendida por médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem</p>
--	--	--

Fonte: Banco de dados – Avaliação Externa – PMAQ- MS/DAB-UFRN