UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

ANNA CRISTINA DA CRUZ BEZERRA

SAÚDE DA CRIANÇA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE: ACESSO E QUALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

NATAL – RN
2016

ANNA CRISTINA DA CRUZ BEZERRA

SAÚDE DA CRIANÇA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE: ACESSO E QUALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família – RENASF, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.
Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde
Orientador (a): Profa. Dra. Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha

NATAL – RN
2016

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Bezerra, Anna Cristina da Cruz.
Saúde da criança no Estado do Rio Grande do Norte: acesso e qualidade do cuidado na atenção primária à saúde / Anna Cristina da Cruz Bezerra. - Natal, 2016.
90f.: il.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Orientadora: Profa. Dra. Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha.

1. Criança - Dissertação. 2. Acesso e Qualidade - Dissertação. 3. Atenção Primária à Saúde - Dissertação. I. Rocha, Nadja de Sá Pinto Dantas. II. Título.

RN/UF/BS-CCS CDU 616-053(813.2)

Anna Cristina da Cruz Bezerra

SAÚDE DA CRIANÇA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE: ACESSO E QUALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Profa.Dra. Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha – UFRN
(Orientadora)

Prof. Dr. Paulo de Medeiros Rocha – UFRN
(Membro Interno)

Profa. Dra. Marize Barros de Souza – UFRN
(Membro Externo ao Programa)

Profa. Dra. Claudia Santos Martiniano Sousa – UEPB
(Membro Externo à Instituição)

Aprovada em: 1° de agosto de 2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, pela saúde e por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar os caminhos nas horas incertas e me suprir nas minhas necessidades.

À minha família, em especial minha mãe Janeide e minhas irmãs – Isabel e Juliana, que são minha base, minha maior riqueza e minhas melhores amigas.

Ao meu esposo Samuel que foi e continua sendo compreensivo com toda a minha vida conturbada entre docência, plantões, trabalhos, mais trabalhos e o mestrado. Sem seu apoio e paciência eu jamais teria conseguido. Amo você.

À minha orientadora Profª Nadja Rocha, por acreditar em mim, me mostrar o caminho da ciência, fazer parte dos momentos bons e ruins dessa caminhada de dois cansativos anos e por ser exemplo de admirável pessoa e profissional.

Aos amigos de sala deste percurso que fizeram parte desses momentos sempre me ajudando e incentivando, em especial a um seleto grupo de afinidade desde o primeiro dia de aula, minhas queridas: Anne Christine, Anne Karelyne, Laianny e Marcela. Elas tornaram essa caminhada bem mais leve.

Aos meus colegas de trabalho, em especial à chefe mais querida que uma pessoa pode ter – Mariana, a qual me deu a oportunidade de seguir nessa caminhada sem perder minha cadeira cativa em sua empresa.

Agradeço também à uma grande incentivadora desse sonho da carreira acadêmica, minha amiga Maria Helena, a qual esteve comigo desde bem antes da minha aprovação, dividindo diversos momentos até as incansáveis “orientações” em minhas aflições pelo avançar do mestrado. Agradeço também à sua mãe e grande Professora Teresa, que me ajudou bastante no período do ingresso no programa.

A todos os professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família e seus colaboradores, em especial às coordenadoras Profa Sibele e Maísa Paulino, que brilhantemente atuam com tanto carinho, tornando o Mestrado em Saúde da Família, uma verdadeira Família.

Aos membros de minhas bancas de Qualificação e Defesa, professores Paulo Rocha, Marize Barros e Cláudia Martiniano, pela confiança e por aceitarem o convite de me auxiliarem com seus vastos conhecimentos na área de pesquisa.

RESUMO

O acesso e a qualidade do cuidado na primeira infância, no contexto brasileiro da Atenção Primária em Saúde (APS) são influenciados pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e principais políticas de saúde da criança, representadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Política Nacional de Saúde da Criança e o marco legal da primeira infância. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem um papel central na reorientação do modelo de atenção voltado para a integralidade e melhor desempenho do cuidado infantil. O presente estudo tem como objetivo avaliar o cuidado à saúde da criança na APS, na perspectiva do acesso e da qualidade da atenção, em oito regiões de saúde do Estado do Rio Grande do Norte. Foram analisados 13 aspectos essenciais do cuidado infantil, nos componentes da oferta, da busca ativa e do registro, em dois momentos históricos, a partir do banco de dados da pesquisa multicêntrica do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica/PMAQ/AB. O PMAQ, lançado no ano de 2011, configura uma nova estratégia para melhoria assistencial através de avaliação, coordenação de ações e certificação enfocando o trabalho de equipes de Atenção Básica. Trata-se de um estudo avaliativo, descritivo transversal, com abordagem quantitativa, realizada com dados secundários do PMAQ/AB, do primeiro e segundo ciclos do programa, realizados em 2011 a 2014. O universo desta pesquisa compreende 407 equipes de saúde da família de 112 municípios do Rio Grande do Norte que fizeram parte dos dois momentos da pesquisa. A análise dos dados foi desenvolvida quantitativamente, através do Statistical Package for Social Sciences (SPSS®) na versão 22.0, com posterior *linkage* dos dois bancos de dados criados, um para o 1º ciclo e outro para o 2º ciclo. Realizado o *linkage* dos bancos, os dados foram analisados por meio do teste *Mcnemar,* por tratar-se de dados pareados, cujas variáveis estudadas são de natureza dicotômica (sim/não). Em todas as comparações, o nível de significância de 5% fora utilizado ($p<0,05$). Os principais resultados demonstram heterogeneidades regionais, com similaridades e especificidades, com tendências de ampliação do acesso e qualidade do cuidado na primeira infância no âmbito da APS das 8 regiões de saúde. Porém, com desafios na busca ativa e na atenção aos grupos mais vulneráveis, como crianças prematuras, que podem ser determinantes para o crescente aumento da mortalidade neonatal. O aumento das violências e acidentes na primeira infância demonstra uma qualificação da APS neste registro, porém revela a necessidade de qualificação da oferta e da atuação dos profissionais de saúde para intervenções preventivas e de promoção da saúde voltadas para a primeira infância no contexto familiar e comunitário, frente a suas realidades locais. O desempenho quanto ao acesso e qualidade do cuidado na APS, na perspectiva do PMAQ, mostra um quadro diferenciado que revela a necessidade de serem adotadas intervenções precoces e oportunas para a primeira infância, apresentadas neste estudo.

Palavras – Chaves: Criança; Acesso e Qualidade; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Access and quality of care in early childhood, in the Brazilian context of Primary Health Care (PHC) are influenced by the principles of the Unified Health System (SUS) and the main health policies of the child, represented by the Children and Adolescents Statute (CAS), the National Children Health Policy and the early childhood legal milestone. The Family Health Strategy (FHS) plays a central role in reorienting the model of care toward the integrity and improved performance of child care. This study aims to evaluate the health care of children in APS, from the perspective of access and quality of care in eight health regions of the State of Rio Grande do Norte. 13 essential aspects of child care were analyzed, in the components of supply, of active search and registration throughout two historical moments, from the multicenter research database of the National Program for Improving Access and Quality Primary Care / PMAQ / PC. The PMAQ, launched in 2011, sets up a new strategy for improving care through assessment, coordination of actions and certification focusing on the work of primary care teams. It is an evaluative study, cross-sectional, with a quantitative approach, performed with secondary data from PMAQ / PC, the first two cycles of the program, carried out from 2011 to 2014. The universe of this research includes 407 family care teams, from 112 municipalities of Rio Grande do Norte who were part of the two phases of the research. Data analysis was developed quantitatively through the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 22.0, with subsequent linkage of the two created databases, one for the 1st cycle and one for the 2nd cycle. As data is paired, after having performed the linkage, data was analyzed using the McNemar test, whose variables are dichotomous nature (yes/no). In all comparisons, the 5% significance level was used ($p < 0.05$). The main results demonstrate regional heterogeneities, with similarities and specificities, expanding trends of access and quality of care in early childhood within the APS of 8 health regions. However there has been challenges in the active search for and attention to the most vulnerable groups such as premature infants, which could have been decisive for the increasing neonatal mortality. The increase in violence and accidents in early childhood shows a qualification of APS on this record, but reveals the need for qualification of supply and health professionals acting for preventive interventions and health promotion focused on early childhood in the family and community context face to their local realities. The performance in access and quality of care in PHC, from the perspective of PMAQ, shows a different picture that reveals the desirability of adopting precocious and timely interventions for early childhood, presented in this study.

Keywords: Children; Access and Quality; Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

APS – Atenção Primária à Saúde

CDC - Convenção sobre os Direitos da Criança

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DAB - Departamento de Atenção Básica

EAB - Equipes da Atenção Básica

ECA - Estatuto da Criança e Adolescente

ESF - Estratégia Saúde da Família

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MI - Mortalidade Infantil

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISC - Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PSF - Programa de Saúde da Família

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SESAP - Secretaria do Estado de Saúde Pública

SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SPSS - Statiscal Package for Social Sciences

SUS - Sistema Único de Saúde

TMI - Taxa de Mortalidade Infantil

UNASUS - Sistema de Universidade Aberta do SUS

URSAPS - Unidades Regionais de Saúde Pública

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 Características Demográficas e Socioeconômicas do RN. DAB/MS, 2016.....35
Tabela 02 Indicadores de Acesso e qualidade do cuidado à criança no o Rio Grande do Norte. Natal/RN, 2015.....40
Tabela 03 Indicadores de Acesso e qualidade do cuidado à criança na 1ª Região de Saúde. Natal/RN, 2015.....43
Tabela 04 Indicadores de Acesso e qualidade do cuidado à criança na 2ª Região de Saúde. Natal/RN, 2015.....44
Tabela 05 Indicadores de Acesso e qualidade do cuidado à criança na 3ª Região de Saúde. Natal/RN, 2015.....45
Tabela 06 Indicadores de Acesso e qualidade do cuidado à criança na 4ª Região de Saúde. Natal/RN, 2015.....46
Tabela 07 Indicadores de Acesso e qualidade do cuidado à criança na 5ª Região de Saúde. Natal/RN, 2015.....47
Tabela 08 Indicadores de Acesso e qualidade do cuidado à criança na 6ª Região de Saúde. Natal/RN, 2015.....48
Tabela 09 Indicadores de Acesso e qualidade do cuidado à criança na 7ª Região de Saúde. Natal/RN, 2015.....49
Tabela 10 Indicadores de Acesso e qualidade do cuidado à criança na 8ª Região de Saúde. Natal/RN, 2015.....50

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 2
1.1 CONTEXTO E COLOCAÇÃO DO TEMA E PROBLEMA 9
1.2 OBJETIVOS 10
1.2.1 Objetivo Geral 10
1.2.2 Objetivos Específicos 11
1.3 JUSTIFICATIVA 11
2 REVISÃO DE LITERATURA 13
2.1 A CRIANÇA NO CENÁRIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SUAS VULNERABILIDADES 13
2.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A BUSCA PELO ACESSO E QUALIDADE NAS AÇÕES EM SAÚDE DA CRIANÇA 15
2.3 PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (AB) PARA A CRIANÇA 18
2.4 AVALIAÇÃO DE AÇÕES EM SAÚDE: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A GESTÃO DA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA 20
2.5 INDICADORES DE CUIDADO À SAÚDE DA CRIANÇA NO PMAQ/AB 22
2.5.1 Puericultura 22
2.5.2 Prematuridade 24
2.5.3 Estado nutricional e baixo peso 25
2.5.4 Imunizações na Criança 28
2.5.5 Caderneta de saúde da criança 28
2.5.6 Crescimento e desenvolvimento (CD) 29
2.5.7 Teste do Pezinho 31
2.5.8 Violência familiar e acidentes envolvendo crianças 32
3 METODOLOGIA 34
3.1 TIPO DE PESQUISA 34
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA 34
3.3 UNIVERSO E AMOSTRA 35
3.4 COLETA DE DADOS 36
3.5 VARIÁVEIS 36
3.6 ANÁLISE DOS DADOS 37
3.7 ASPECTOS ÉTICOS 38
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO 39
4.1 CONSULTAS DE PUERICULTURA EM CRIANÇAS DE ATÉ 02 ANOS E BUSCA ATIVA DE CRIANÇAS COM PUERICULTURA ATRASADA 51
4.2 BUSCA ATIVA DE CRIANÇAS PREMATURAS 53
4.3 REGISTRO SOBRE ESTADO NUTRICIONAL DA CRIANÇA E BUSCA ATIVA DE CRIANÇAS COM BAIXO PESO 54
4.4 REGISTRO SOBRE VACINAÇÃO EM DIA DA CRIANÇA E BUSCA ATIVA DE CRIANÇAS COM CALENDÁRIO VACINAL ATRASADO 55
4.5 UTILIZAÇÃO E EXISTÊNCIA DE ESPELHO DE CADERNETA DA CRIANÇA 56
4.6 REGISTRO SOBRE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA 58
4.7 REGISTRO SOBRE TESTE DO PEZINHO DA CRIANÇA 58
4.8 REGISTRO SOBRE VIOLÊNCIA FAMILIAR E ACIDENTES 59
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 63
REFERÊNCIAS 66
ANEXOS 75

1 INTRODUÇÃO

O período correspondente ao século XX, foi marcado por inúmeras experiências de modelos assistenciais em saúde em todo o mundo, onde estes serviram como base para o estabelecimento dos princípios e diretrizes propostos na Declaração de Alma Ata, formulada em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Dentre estes, destacam-se os cuidados de saúde materno-infantil, com a monitorização do crescimento da criança. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) foi estabelecido, a partir daí, como a principal estratégia para organização dos serviços públicos de saúde, construindo as bases para a criação dos Programas de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM), em 1983 e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), em 1984. (LEÃO, CALDEIRA e OLIVEIRA, 2011, OSIS, 1998)

O Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM) foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1983, sendo anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher. Paradoxalmente, o PAISM constitui-se também na primeira vez em que o Estado brasileiro propôs explicitamente, e implantou, embora de modo parcial, um programa que contemplava a regulação da fecundidade. Isso suscitou suspeitas acerca de possíveis intenções ocultas de controle da natalidade. Porém, analisando brevemente a história desse programa e seu significado social, temos que o PAISM foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. (OSIS, 1998)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é entendido como uma “Política de Estado”, com materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, na chamada “Constituição Cidadã” de 1988, regulamentada pela Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e a Lei 8.142/90, considerando a Saúde como um “Direito de todos e um dever do Estado”. O SUS é um projeto que tem como princípios: a universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população brasileira, capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral.

Acrescenta-se ainda os chamados “princípios finalísticos” onde o SUS se embasa, que são: a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação Popular. (PAIM, 2008)

Em 2011 a lei 8080/90 foi regulamentada pelo Decreto 7.508/11, esse decreto diz respeito à organização do SUS, ao planejamento da Saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa, apontando novos desafios na gestão desse sistema e institui o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), como a figura jurídica que dará concretude aos compromissos de cada ente federado frente a objetivos comuns, discutidos e consensuados em cada região de saúde, respeitando a diversidade federativa e garantindo a segurança jurídica necessária a todos. (BRASIL, 2011)

No Brasil, várias propostas de modelo de APS, foram formuladas como alternativas ao modelo de saúde vigente, porém não resultaram na transformação do modelo assistencial do período. Assim, com o passar dos anos, ocorreram reformulações sucessivas do modelo assistencial, até o modelo da atual Estratégia Saúde da Família (ESF) ser instituído em todo o território nacional. (LEÃO, CALDEIRA e OLIVEIRA, 2011)

As políticas públicas de saúde da criança ganharam relevo no Brasil com a Constituição Brasileira de 1988, que delineou em suas diretrizes o acesso universal ao sistema de saúde e, em 1990, com o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA). O ECA regulamenta que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. A criança passa a ser percebida sob uma visão holística, como ser humano em desenvolvimento, abrangendo diversas áreas da infância (BRASIL, 2015; SILVA, 2014; GOMES, 2010)

Nas políticas voltadas para a criança, as concepções sobre a infância são diversificadas em relação à faixa etária em que esta é reconhecida. Segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), de 1989, criança é toda pessoa de até 18 anos de idade. Já o ECA, determina como sendo a pessoa de até 12 anos incompletos e considerando a criança como pessoa humana ainda

desde o período que está no ventre materno. O Ministério da Saúde (MS), segue o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera a criança, de zero a nove anos (< 10 anos) e a primeira infância, a faixa etária de zero a cinco anos (< 6 anos). Por fim, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) avalia, em sua pesquisa, o período de primeira infância, a partir da mesma faixa etária preconizada pelo MS e OMS, ou seja, criança como pessoa de zero a cinco anos. Tendo em vista as referências acima citadas, existem divergências quanto à exatidão da faixa etária correspondente à essa fase da vida, sendo assim, a temática "criança" não é tão consensual. Dada a importância da primeira infância nas políticas públicas, por constituir a fase fundamental do desenvolvimento infantil, na detecção das principais vulnerabilidades e potencialidades, associada ainda a faixa etária do banco de dados do PMAQ, foi adotado este mesmo parâmetro de inclusão. (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015)

No Brasil, ocorreram importantes transformações no fazer saúde, mediante um sistema de saúde universal, acessível e igualitário, o Sistema Único de Saúde (SUS). A implementação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), evoluindo para Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios brasileiros esteve associada às reduções significativas da taxa de mortalidade infantil (TMI), que entre 2000 e 2015 caiu 68,4%, chegando a 14,9 mortes para cada 1.000 nascidos vivos, alcançando assim o cumprimento da meta de um dos objetivos do milênio: a redução da TMI. (AQUINO, OLIVEIRA, BRASIL, 2015; BARRETO, 2008; CECCON, 2014)

O efeito do PSF foi maior nos municípios com taxa de mortalidade infantil (TMI) mais alta, como as regiões Norte e Nordeste e com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixo - contribuição para redução de iniqüidade. Essa taxa está bastante próxima do nível considerado aceitável pela OMS, que é de 10 mortes por 1.000 nascidos vivos. Nos últimos anos, a redução foi atribuída ao maior desenvolvimento socioeconômico, diminuição das desigualdades sociais e maior acesso aos serviços de saúde, em especial à ESF. (AQUINO, OLIVEIRA, BRASIL, 2015; BARRETO, 2008; CECCON, 2014)

A implementação das equipes da ESF trouxe resultados positivos para a saúde da criança, com melhoria na atenção ao pré-natal, diminuição da incidência de doenças infecciosas e redução da mortalidade infantil (MI). Porém, o maior desafio é o da mortalidade neonatal, responsável por 70% das mortes precoces, em especial a prematuridade, infecções e insuficiência respiratória. Se considerarmos que mais de 60% destas mortes possuem causas evitáveis, por meio do amplo acesso a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, fica claro que as ações em saúde da criança, neste componente, não vêm sendo realizadas em sua plenitude e efetividade. (AQUINO, OLIVEIRA, BARRETO, 2008; BRASIL, 2015; SILVA, 2014)

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do MS, lançado em junho de 2000, tinha como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa fundamentou-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para adequado acompanhamento, além de estabelecer, no conjunto da assistência, critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto, integrados e com intervenções que tivessem fortes evidências de que são efetivas. (BRASIL, 2000)

Por sua vez, em 2011, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), emerge da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, tentando reforçar ainda mais a descentralização e fortalecer os princípios e atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) difundidos internacionalmente. (SILVA, 2014; SOUSA e MELO, 2013)

Diversas foram as ações importantes ocorridas após essa política, tais como, o aumento dos recursos (quase 40% em relação a 2010) repassados fundo a fundo, a PNAB mudou o desenho do financiamento federal para a AB, passando a combinar equidade e qualidade. A PNAB também introduziu elementos ligados à ordenação das Redes de Atenção (RAS) e avançou no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as

diferentes populações e realidades do Brasil. (SILVA, 2014; SOUSA e MELO, 2013)

Além dos diversos formatos de equipes de Saúde da Família (eSF), houve a inclusão de equipes de Atenção Básica (EAB) para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que fossem criadas UBS Fluviais e eSF para as Populações Ribeirinhas. (SILVA, 2014; SOUSA e MELO, 2013)

A nova política articula a AB com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, com o Programa Saúde na Escola (PSE) e expansão dele às creches – acordo com as indústrias e escolas para uma alimentação mais saudável, implantação de mais de quatro mil polos da Academia da Saúde. Às equipes de Atenção Básica se somam as equipes do programa Melhor em Casa para ampliar em muito o leque de ações e resolubilidade da atenção domiciliar. Todas essas mudanças ocorridas após a PNAB, avançaram na expectativa para o acesso integral à saúde das crianças no Brasil, potencializando-a, assim como, fortalecendo as ações na APS. (SILVA, 2014; SOUSA e MELO, 2013)

Nesta direção, em 2011 foi lançada pelo Ministério da Saúde (MS) a Rede Cegonha, a qual envolve uma rede de cuidados que vislumbra a garantia do acesso seguro e de qualidade na atenção à mulher em todo seu ciclo reprodutivo, bem como garantir à criança o acesso, a segurança e o cuidado integral ao nascimento, crescimento e desenvolvimento. Salientamos também que, como aproximadamente 70% das causas da MI ocorrem no período neonatal, foram estabelecidas diversas estratégias, destacando-se a capacitação de profissionais de saúde na estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI neonatal) e Reanimação Neonatal. Estas ações são parte da política da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que visa superar o sistema de saúde fragmentado vigente; a promoção da integração sistêmica de ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada; incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e

eficiência econômica para promover a resolutividade nas redes de atenção. (BRASIL, 2013; SILVA, 2014)

A recente Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), do ano de 2015, incorpora o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) quanto à integração de instituições para intervir no processo saúde doença e define estratégias para o desenvolvimento da criança em todas as etapas do ciclo de vida. Somando-se às iniciativas e diretrizes das políticas públicas universais desenvolvidas pelo SUS para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência e reabilitação à saúde, no sentido da defesa dos direitos à vida e à saúde da criança. (BRASIL, 2015; SOUSA, ERDMANN, MOCHEL, 2011)

Tratando-se do panorama mais atual, ressaltamos também, a importância da epidemia de casos suspeitos e confirmados de microcefalia em todo o nosso país, com ênfase em nosso estado, o RN. Os registros de microcefalia no Brasil não passavam de 150 por ano, antes da epidemia provocada pelo Zika vírus, iniciada em 2015. O número de casos confirmados já passa de 900 bebês afetados em todo o país até o mês de março de 2016, tendo mais de 4.000 casos em processo de investigação. (BRASIL, 2016)

O MS já afirma que a principal razão para o aumento dos casos de microcefalia é a infecção pelo vírus da Zika. Em nosso estado, até o período de fevereiro de 2016, já temos 70 casos confirmados, e 287 casos em notificação e investigação acumulados no período de 2015 e 2016. (BRASIL, 2016)

Frente à essa problemática, criou-se um Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, que trata de uma grande mobilização nacional envolvendo diferentes ministérios e órgãos do governo federal, em parceria com estados e municípios, para conter novos casos de microcefalia relacionados ao vírus Zika. O plano é dividido em três eixos de ação: Mobilização e Combate ao Mosquito, Atendimento às Pessoas e Desenvolvimento Tecnológico, Educação e Pesquisa. Essas medidas emergenciais são colocadas em prática para intensificar as ações de combate ao mosquito. (BRASIL, 2016)

Quanto ao cuidado integral à criança na AB, autores defendem uma união de muitos ingredientes para alcançar práticas mais relacionais e subjetivas, capazes de alterar vínculos entre os profissionais e as mães/famílias/

comunidade, com vistas ao trabalho em equipe interprofissional. Em um sentido mais amplo, esse cuidado caracteriza-se pelo compartilhamento, trocas e pela reciprocidade de saberes, atitudes e práticas que se apresentam em um “movimento dinâmico e processual”, com maior capacidade para resolver as situações ou necessidades trazidas pelas demandas da saúde infantil. (SOUSA, ERDMANN, MOCHEL, 2011)

Os serviços da AB devem ser considerados portas prioritárias e ordenadoras do cuidado à saúde da criança, esgotando neste nível todas as possibilidades de atenção à saúde antes de encaminhá-las a outras esferas de atenção, tais como média e alta complexidade. Compreende ainda “aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros”. (SILVA, 2014; STARFIELD, 1979).

Nos últimos anos, com o alcance de uma cobertura estimada de mais da metade da população brasileira pela ESF, a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de AB tem assumido maior relevância na agenda dos gestores do SUS. Nesse sentido, o MS propõe várias iniciativas centradas na qualificação da AB e, entre elas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015)

O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS que contou com vários momentos, nos quais o MS e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do programa que pudesse permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica em todo o Brasil. (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015)

Neste programa são analisados os principais focos estratégicos da AB (pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, saúde da criança, controle

de hipertensão arterial sistêmica e de Diabetes mellitus, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis), assim como as iniciativas e programas estratégicos do MS (rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de urgência e emergência), buscando sinergia entre o PMAQ e as prioridades pactuadas pelas três esferas de governo. Ressaltamos também que o programa, no ano de 2015, inicia seu 3º ciclo com a participação de todas as equipes de saúde da Atenção Básica, incluindo as equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas que se encontrem em conformidade com a PNAB. (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015)

Entretanto, para além dos avanços, constata-se que há uma distância entre as condições reais de vida das crianças brasileiras e o que lhes cabe por direito. Por outro lado, e apesar de se ter ampliado em qualidade e extensão o acesso ao conjunto de bens e serviços que lhes são destinados, fica ainda o desafio de que é necessário desenvolver estratégias e instrumentos gerenciais, de forma a promover a universalização e a equidade do atendimento proporcionado por tais políticas. (SILVA, 2014)

Frente à uma temática tão relevante, vale inferir a importância de realizar avaliação destas ações, para contribuir para a melhoria da assistência às crianças. E foi a partir daí que este trabalho se torna intimamente relacionado com a linha de pesquisa da “Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde” que visa desenvolver investigações que enfoquem, dentre outros, a avaliação de programas, no contexto da ESF, no sentido de manter-se atuando frente aos princípios do SUS e atributos essenciais da APS, tais como o acesso, a longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. (STARFIELD, 2002)

Dessa forma, questiona-se: como é realizado o cuidado à criança na AB, no estado do Rio Grande do Norte, pelos profissionais de saúde no período de primeira infância? Objetivou-se, pois, avaliar o cuidado à saúde da criança na Atenção Básica das oito regiões de saúde do Estado do Rio Grande do Norte, analisando o acesso e a qualidade da atenção.

1.1 CONTEXTO E COLOCAÇÃO DO TEMA E PROBLEMA

Segundo Moreira (2013), o período de primeira infância é um momento de mudanças sensoriais e motoras, marcado por intensa interação do lactente com o meio ambiente, sendo, portanto, um período crítico para o desenvolvimento da criança. Dessa forma, uma avaliação adequada do desenvolvimento infantil torna-se fundamental para a detecção das principais vulnerabilidades e potencialidades deste período.

A taxa de MI é considerada um indicador influenciável da qualidade de saúde de uma população. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a qualidade da assistência e as precárias condições socioeconômico-culturais são apontadas como fatores condicionantes e ou determinantes do elevado número de mortes infantis. Estes são múltiplos, complexos, e se relacionam à interação de variáveis biológicas, assistenciais e socioeconômicas, variando conforme diferentes contextos, tempo e lugar. Sendo assim, autores acreditam que as medidas de saúde pública podem ser responsáveis pela prevenção do óbito em crianças, além de serem simples e de baixo custo. (BRASIL, 2004; JODAS, 2011)

Essa dinâmica torna fundamental a realização de investigações que, a exemplo de uma análise da forma como se dá o cuidado à criança, sejam capazes de identificar elementos para ampliar a compreensão do processo saúde-doença, a partir de um banco de dados confiável, como da pesquisa PMAQ – AB no estado do Rio Grande do Norte/RN, promovida pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), do Ministério da Saúde e pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo conhecer como estão sendo desenvolvidos os cuidados prestados à criança, analisando as variáveis das regiões de saúde do estado, utilizando dados do primeiro (2012) e segundo ciclo (2014) deste programa.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

- Avaliar o cuidado à saúde da criança na Atenção Básica das oito regiões de saúde do Estado do Rio Grande do Norte, analisando o acesso e a qualidade da atenção.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as ações realizadas nas regiões de saúde, em relação às variáveis do módulo II do PMAQ/AB, no tocante à saúde da criança;
- Comparar os resultados entre o banco de dados resultantes do primeiro e segundo ciclo do PMAQ/AB;
- Contribuir para a qualificação do cuidado à saúde da criança no contexto da Atenção Básica, propondo ações de melhoria.

1.3 JUSTIFICATIVA

Diversos aspectos contribuíram decisivamente para o interesse pelo tema que instigou a realização desta pesquisa. Dentre eles, o fato de que a pesquisadora sempre teve proximidade com o tema saúde da criança, chegando a ser preceptora dessa área no início de sua trajetória profissional. Outra motivação é que essa é uma fase crítica e vulnerável do ciclo vital, onde às decisões interferem diretamente no restante da vida do indivíduo. Tratando-se da vulnerabilidade, remete à ideia de fragilidade e de dependência, na perspectiva do princípio da equidade, que se conecta à situação das crianças, principalmente as de menor nível socioeconômico, as inseridas nas periferias urbanas, áreas rurais, raça negra, quilombolas e indígenas. Devido à dependência dos adultos, esse público torna-se muito submisso às políticas públicas e ao ambiente físico e social em que se encontram. Em diversas situações, o estado de vulnerabilidade pode afetar a saúde, mesmo na ausência de doença e o abalo do estado psicológico, social ou mental das crianças. (FONSECA, 2013)

Neste estudo, as ações em saúde da criança no período de primeira infância são o foco principal, e, por tratar-se de análise de dados do PMAQ/AB que são muito recentes, no meio científico existem poucos trabalhos analisando

essas variáveis de forma tão singular nos territórios da ESF. Torna-se uma pesquisa inovadora, pois analisa de que forma as ações desta faixa etária estão ocorrendo em conformidade com o que preconiza a PNAISC e comparar de que forma estão distribuídas a oferta dessas ações. E, ao final, propor melhorias dessas ações frente aos resultados aqui encontrados, deixando assim uma contribuição para a prática das equipes de saúde da família e principalmente para às crianças e mães.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A CRIANÇA NO CENÁRIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SUAS VULNERABILIDADES

Internacionalmente tem-se utilizado o termo Atenção Primária à Saúde (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para atuar de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos, famílias e comunidades. Esse enunciado procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de [APS. (FAUSTO, 2005; STARFIELD, 2002)

No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. (FAUSTO, 2005)

Segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do MS, nascem a cada ano cerca de três milhões de crianças. De acordo com o Censo Demográfico de 2010, realizado pelo IBGE, 28 milhões de crianças de 0 a 9 anos viviam no Brasil, sendo mais da metade destas, menores de 5 anos. (BRASIL, 2013)

Crianças que crescem no século XXI no Brasil, fazem parte da primeira geração nascida após a chamada “revolução de prioridades”, que marca um período no qual os direitos fundamentais de uma parcela significativa da população (composta de crianças e adolescentes), passou a ser a prioridade número um do Estado brasileiro, bem como de toda a sociedade e, individualmente de cada família. A Assembleia Geral da ONU adotou em 1989 a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), que foi ratificada no ano seguinte pelo país; no Brasil, a Constituição de 1988 antecipou esse movimento internacional e garantiu, em seu artigo 227, a infância como prioridade absoluta. Em 1990, o País inovou mais uma vez com a tradução desses princípios em uma legislação mais completa e detalhada, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). E mais atualmente, em 2015, efetiva-se a Política Nacional de Atenção

Integral à Saúde da Criança (PNAISC) que reúne um conjunto de ações programáticas e estratégias para o desenvolvimento da criança em todas as etapas do ciclo de vida, somando-se às iniciativas e diretrizes das políticas públicas universais desenvolvidas pelo SUS para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência e reabilitação à saúde, no sentido da defesa dos direitos à vida e à saúde da criança. (BRASIL, 2015)

O desafio que se apresenta à sociedade brasileira para esse público é importante, tanto em função das condições de vida e das limitações de oportunidades para as crianças, especialmente para a primeira infância em situações de vulnerabilidades, quanto em relação às demandas de serviços públicos. Apesar deste contingente estar declinando desde 2003 como consequência também da queda de natalidade, as projeções realizadas pelo IBGE indicam que, na próxima década, a população de 0 a 5 anos, permanecerá superior a 15 milhões (PAES, et al, 2010).

Óbitos em crianças em primeira infância, que corresponde a faixa etária de 0 a 2 anos, considerada primeiríssima infância, estão intimamente relacionados às más condições sociais, econômicas, biológicas, ambientais e de saúde materna e infantil. As principais causas dessas mortes são as doenças perinatais, prematuridade da gestação, anóxia neonatal e infecções, decorrentes da ineficiência do pré-natal, parto e nascimento. Esses agravos, em sua maioria, podem ser identificados e evitados com ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento realizado na ESF. (CECCON et al, 2014)

Apesar da redução das disparidades regionais evidenciada nas últimas décadas, a MI é mais alta nas regiões Norte e Nordeste, em favelas de áreas urbanas, entre famílias de menor renda e entre crianças negras e indígenas que apresentam as taxas mais elevadas de mortalidade no período pós-neonatal; quase 60% dos óbitos infantis indígenas ocorrerem nesse período (BRASIL, 2013; VICTOR et al, 2011).

Tratando-se das Redes de Atenção à Saúde (RAS), independentemente do nível de atenção, assumem papel relevante na oferta dos serviços de promoção, proteção e recuperação, em qualquer circunstância, em reconhecimento ao preceito da prioridade absoluta, com a precedência para o atendimento, na formulação, na execução das políticas e na destinação de

recursos públicos para os serviços relacionados, na busca da qualidade da atenção e na continuidade do cuidado para a proteção integral à criança. A organização da rede integral de assistência à mulher, à gestante e ao recém-nascido é premissa básica para a promoção da saúde e a redução dos agravos e mortes precoces e evitáveis de mulheres e crianças. (BRASIL, 2005)

O trabalho em redes efetiva-se mediante fomento da articulação de profissionais e serviços de saúde, a troca de informações e saberes, a tomada horizontal de decisões, baseada na solidariedade e na colaboração, garantindo a continuidade do cuidado, da criança e dos problemas colocados, até a sua completa resolução, de forma a contribuir para integralidade da atenção e a proteção da criança (BRASIL, 2005).

O reconhecimento de que as crianças são o grupo mais vulnerável e dependente da humanidade dá suporte à importância da atenção integral à sua saúde. A absoluta dependência de adultos quer seja no âmbito das famílias, das instituições ou da sociedade, de forma mais ampla, e o fundamental interesse em garantir o desenvolvimento adequado de gerações futuras, com indivíduos mais saudáveis e socialmente adaptados, explicam, em parte, porque as políticas que priorizam a atenção às crianças, se constituem, frequentemente, em políticas de consenso. (BRASIL, 2005)

2.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A BUSCA PELO ACESSO E QUALIDADE NAS AÇÕES EM SAÚDE DA CRIANÇA

Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. Prioriza-se o termo acesso, como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Abrange, nesse caso, a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados subsequentes. (SANCHEZ, CICONELLI, 2012; TRAVASSOS, MARTINS, 2004)

Passaram-se longos anos para que a situação de melhoria de acesso à saúde começasse a ter mudanças. No Brasil, isso veio ocorrer mediante a

Constituição de 1988, que delineou em suas diretrizes o acesso universal ao sistema de saúde, considerando que saúde é direito de todos e, dever do Estado proporcionar condições para sua plenitude. Neste contexto, a APS se desenhou como caminho de atenção preferencial para o acesso aos serviços de saúde. (SILVA e VIEIRA, 2014)

Já o conceito de qualidade, traduz-se em uma construção social produzida a partir das referências dos sujeitos envolvidos, os quais atribuem significado às suas experiências, privilegiando ou excluindo determinados aspectos, segundo uma determinada hierarquia de preferências. (BRASIL, 2005; DONABEDIAN, 1988; HARTZ, 1997).

Para Donabedian (1990) a qualidade pode ser vista como um conceito abrangente e complexo, formado por sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, acessibilidade, legitimidade, otimização e aceitabilidade (satisfação do usuário).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu com o propósito de reorganizar o antigo modelo de atenção centrado na doença, rompendo com práticas ainda vigentes nos dias atuais. Este novo modelo busca uma reorganização da APS, atendimento por território adscrito e estabelecimento de vínculo com os usuários e suas famílias, consolidando uma nova forma de assistência à saúde que visa promoção da qualidade de vida gerando práticas que integrem ações individuais e coletivas, as quais exigem profissionais com visão sistêmica do usuário, da família e da comunidade na qual estejam inseridos. (SILVA, 2011)

Os profissionais da ESF devem lançar mão das abordagens diversas em busca de atender aos princípios preconizados para a atuação na AB no SUS, tais como: universalidade, equidade e integralidade da assistência. Devem também atuar em um contexto comunitário e de integração com toda a rede de atenção à saúde, trazendo o princípio da integralidade como um dos importantes atributos das práticas profissionais e da organização de seus serviços, o que podemos traduzir em: acolhimento, vínculo, responsabilização e qualidade. As equipes da ESF atuam em todos os âmbitos da atenção à saúde, desde as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação, como

também na manutenção da saúde individual e coletiva, com foco principal na qualidade de vida. (SALES, 2013; ALVES, 2005)

O acolhimento propõe ampliar o acesso e concretizar a qualidade, os quais são objetivos da APS/ESF de ser a principal “porta de entrada” do SUS, além de promover uma melhoria qualitativa nas relações entre profissionais e usuários. O acolhimento tem um caráter transversal, perpassando todas as atividades do SUS, com uma natureza abrangente e uma proposta calcada no interesse pelo outro, numa postura ética de cuidado e numa abertura humana, empática e respeitosa ao usuário. (MITRE, ANDRADE e COTRE, 2012).

Por meio destas ações, a expectativa para o acesso integral à saúde das crianças no Brasil começou a ser potencializado, assim como essa estratégia foi assumida pelo governo como meio de fortalecer a APS. (SILVA e VIEIRA, 2014)

A atenção à saúde da criança, no Brasil, vem sofrendo transformações em cada período histórico, envolvendo avanços do conhecimento técnico e científico, das políticas públicas, e do envolvimento de vários agentes e segmentos da sociedade. Por exemplo, as políticas públicas de saúde têm enfocado, entre outros aspectos, a MI, a qual reflete não apenas o nível de saúde, mas a qualidade de vida destas populações. (FELISBERTO et al 2009; SALES, 2013)

Segundo o UNICEF, em sua publicação mais recente no ano de 2015 – Relatório Mundial da Infância, o Brasil ocupa o segundo lugar no ranking de países capazes de atingir a meta de redução da mortalidade infantil em dois terços, de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, da Organização Mundial da Saúde. Entre 1990 e 2012, a taxa de mortalidade infantil caiu 68,4%, chegando a 14,9 mortes para cada 1.000 nascidos vivos, de acordo com o MS. Essa taxa está bastante próxima do nível considerado aceitável pela OMS, que é de 10 mortes por 1.000 nascidos vivos. A ESF tem sido reconhecida como uma das mais efetivas políticas adotadas pelo país para a redução destes indicadores, reforçando a relevância do modelo na atenção à saúde da criança. (BRASIL, 2015; SALES, 2013)

2.3 PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (AB) PARA A CRIANÇA

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ/AB) vem sendo desenvolvido no Brasil através de um esforço do Ministério da Saúde em parceria com diversas instituições de ensino e pesquisa que estabeleceram consórcios para realizar a avaliação. O programa já concluiu os dois primeiros ciclos da pesquisa nos anos de 2012 e 2014, respectivamente, os quais são base para esta pesquisa e já inicia mais recentemente seu terceiro ciclo, buscando a continuidade de avaliação na AB. Com três décadas da implantação do SUS, sentiu-se a necessidade de avaliar os serviços de saúde, mas principalmente, no caso da atenção básica, delinear o tipo de serviço, a estrutura e a satisfação do usuário para reordenar e adequar com mais precisão os serviços que atualmente são ofertados nas unidades de saúde. (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015; RODRIGUES, 2014)

O principal objetivo do PMAQ/AB é induzir a ampliação do acesso e a melhoria 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. O mesmo atua avaliando sob duas óticas: a avaliação externa e a auto avaliação. (BRASIL, 2012)

O PMAQ/AB está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB, a saber: Adesão e contratualização, Desenvolvimento, Avaliação externa e Recontratualização. (BRASIL, 2012)

A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de atenção básica e os gestores municipais, e destes com o MS, num processo que envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social. A segunda fase do PMAQ consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo MS, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do

cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Essa fase está organizada em quatro dimensões: Auto avaliação, Monitoramento, Educação permanente e Apoio institucional. A terceira fase do PMAQ, consiste na avaliação externa, em que se realizará um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da atenção básica participantes do programa. A quarta fase, constitui o processo de recontratualização, que deve ocorrer após a certificação da EAB. Com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova contratualização de indicadores e compromissos deverá ser realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo programa. (BRASIL, 2012)

A avaliação externa consiste no levantamento de informações, por uma instituição externa, para análise das condições de acesso e de qualidade das Equipes da Atenção Básica (EAB) participantes do programa. Busca reconhecer e valorizar os esforços e resultados das EAB e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica. Os indicadores selecionados e analisados pelo programa, referem-se a alguns dos principais focos estratégicos da atenção básica, que são eles: pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, saúde da criança, controle de hipertensão arterial sistêmica e de Diabetes mellitus, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis, assim como, as iniciativas e programas estratégicos do Ministério da Saúde: rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de urgência e emergência, buscando ligação entre o PMAQ e as prioridades pactuadas pelas três esferas de governo. (BRASIL, 2012)

O instrumento de avaliação externa está organizado em três módulos, conforme o método de coleta das informações: Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde, objetiva avaliar as características estruturais e de ambiência na Unidade Básica de Saúde, bem como os equipamentos, materiais, insumos e medicamentos disponíveis; Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, objetiva verificar as ações para a qualificação dos profissionais da equipe de atenção básica, assim como obter informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários; Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde, visa verificar a

satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização. (BRASIL, 2012)

Já a auto avaliação, realizada por adesão pelos serviços da AB, devem ser contínuos e permanentes, constituindo-se como uma cultura internalizada de monitoramento e avaliação pela gestão, coordenação e equipes/profissionais. Seu intuito é verificar a realidade da saúde local, identificando as fragilidades e as potencialidades da rede de Atenção Básica e da gestão, conduzindo a planejamentos de intervenção para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços. Vale destacar que a ferramenta de auto avaliação ofertada pelo Ministério da Saúde poderá ser combinada com outras, cabendo aos gestores municipais e às equipes de atenção básica definirem o uso dos instrumentos ou ferramentas que se adéquem à sua necessidade e realidade. (BRASIL, 2012)

No programa, fracionou-se os indicadores em duas categorias: indicadores de desempenho e monitoramento. Os indicadores classificados como de desempenho são aqueles que são analisados para avaliação do município, ou seja, comporão a nota no momento da avaliação. Já os indicadores de monitoramento são apenas analisados quanto ao seu comportamento, sem compor nota, porém é analisado se esses indicadores também estão sendo informados. (BRASIL, 2012)

Os indicadores selecionados se referem a alguns dos principais focos estratégicos da atenção básica (pré-natal, prevenção do câncer do colo de útero, saúde da criança, controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis), assim como a iniciativas e programas estratégicos do MS (rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de urgência e emergência), buscando uma sinergia entre o PMAQ e as prioridades pactuadas pelas três esferas de governo. (BRASIL, 2012)

2.4 AVALIAÇÃO DE AÇÕES EM SAÚDE: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A GESTÃO DA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA

A palavra “avaliação”, consiste em atribuir valor a algo e representa uma atividade antiga, presente desde os primórdios na história da humanidade. Já o conceito de avaliação de ações em saúde surge no cenário mundial após a Segunda Guerra Mundial, em virtude da necessidade de melhoria da aplicação dos recursos pelo Estado. (UCHIMURA, BOSI, 2002)

Avaliar consiste, em fazer julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, objetivando ajudar na tomada de decisões. Os principais objetivos de uma avaliação são: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção; fornecer informação para melhorar uma intervenção; determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada ou interrompida; contribuir para o progresso dos conhecimentos. (HARTZ, 1997).

Guba e Lincoln (1988) dividem a história da avaliação em quatro gerações, das quais podemos suscintamente defini-las da seguinte forma: 1ª geração - da mensuração, na qual o papel do avaliador era o de um técnico que tinha de saber construir e usar os instrumentos, de modo que qualquer variável a ser investigada pudesse ser medida; 2ª geração - da descrição, em que o enfoque estava na descrição do processo, e não somente na medição dos resultados, como na geração anterior; 3ª geração - do julgamento, na qual o avaliador assumia o papel de juiz, mesmo retendo a função técnica e descritiva anterior. Essas três gerações representaram avanços, mas também apresentam limitações: a tendência à supremacia da visão gerencial; a incapacidade de acomodar o pluralismo de valores; a hegemonia do paradigma positivista; a desconsideração com o contexto; a grande dependência de medições quantitativas, eliminando caminhos alternativos para se pensar o objeto da avaliação; e a não responsabilização moral e ética do avaliador, pois nenhuma das três primeiras gerações torna o avaliador responsável pelo que emerge da avaliação ou pelo uso dos seus resultados.

Já a Avaliação de Quarta Geração, também desenvolvida por Guba e Lincoln (1989-1988), norteou o processo teórico-metodológico da pesquisa. A Avaliação de Quarta Geração é proposta como alternativa às avaliações anteriores, sendo implementada por meio dos pressupostos metodológicos do paradigma construtivista. Trata-se de uma avaliação responsiva, em que as

reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como foco organizacional (a base para determinar que informação seja necessária). Nos modelos tradicionais, os parâmetros e limites são definidos a priori e a avaliação responsiva os determina por intermédio de um processo interativo e de negociação que envolve grupos de interesse (GUBA, LINCOLN, 1989).

Ainda a partir dos estudos de Donabedian (1988), ressaltamos a famosa tríade “estrutura, processo e resultados”. A estrutura diz respeito aos elementos estáveis (recursos materiais, humanos e organizacionais), associando que problemas relacionados com a estrutura de uma instituição comprometem a sua qualidade. Os processos referem-se aos elementos constitutivos das práticas propriamente ditas, relacionados com tudo que mede a relação profissional-usuário. Já os resultados seriam as modificações no estado de saúde dos indivíduos, em se tratando da assistência médica e, no caso da vigilância, na diminuição dos riscos e na promoção da saúde. Um equívoco muito frequente na literatura é reduzir a proposta metodológica de Donabedian à discussão dessas abordagens. Esse foi um recurso usado pelo dado autor, para sistematizar as múltiplas classificações existentes, acerca das possíveis abordagens para avaliação da qualidade.

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde requer o envolvimento não só de gestores e profissionais do sistema, mas também e com igual importância, do usuário e organizações sociais, cada um em sua própria perspectiva. (LACERDA, SANTIAGO, 2007).

2.5 INDICADORES DE CUIDADO À SAÚDE DA CRIANÇA NO PMAQ/AB

2.5.1 Puericultura

Diversas são as formas de se atuar frente à promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde da criança na APS, dentre elas, um dos instrumentos utilizados para o acompanhamento da saúde das crianças é o Acompanhamento de Puericultura, que tem como propósito acompanhar o Crescimento e Desenvolvimento (CD), observar a cobertura vacinal, estimular a prática do aleitamento materno exclusivo até os primeiros 6 meses de vida e

orientar a introdução da alimentação complementar, assim como prevenir as doenças que mais frequentemente acometem as crianças, tais como a diarreia e as infecções respiratórias. É uma estratégia importante de cuidados preventivos, capaz de orientar a promoção da saúde e o bem-estar, além de oportunizar o tratamento de problemas que afetam a criança. (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012; LEITE; BERCINI, 2005)

O MS, a fim de garantir a qualidade da assistência prestada à criança, propõe um calendário mínimo de consultas de puericultura, assim distribuídas: uma consulta até 15 dias de vida - preferencialmente um primeiro contato com essa criança até o 5º dia de vida; consultas com um mês, dois, quatro, seis, doze e dezoito meses, totalizando assim, sete consultas no primeiro ano e meio de vida, sendo as do segundo ano de vida, pactuadas de acordo com a realidade de cada criança. Salientamos também que o calendário das consultas deve ser pactuado com os pais ou cuidadores levando-se em consideração as particularidades e necessidades individuais, a vulnerabilidade e a resiliência. (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012; LEITE E BERCINI, 2005)

Salientamos a importância da primeira consulta de puericultura acontecer nos primeiros dias de vida, por meio de uma visita domiciliar, por meio da busca ativa, para detectar precocemente as doenças prevalentes no infante, principalmente no período neonatal, e, assim, reduzir os índices de mortalidade por causas evitáveis. Nessa ação, além de providenciar meios de enfrentar situações desfavoráveis ao crescimento, o atendimento visa, também, compreender a criança em seu ambiente social e familiar, envolvendo a mãe no cuidado para fortalecer o vínculo do binômio e promover a ampliação da cobertura do programa. (BRASIL, 2012)

A puericultura é desenvolvida tanto pelo profissional médico quanto pelo enfermeiro. Neste programa, também se deve e solicitar a busca ativa para identificação dos faltosos. (BRASIL, 2009; LEITE E BERCINI, 2005)

De acordo com o MS, é primordial que o profissional de saúde, a família e a criança estabeleçam uma relação de confiança ao longo do acompanhamento da criança através da puericultura. A atitude de estabelecer canais de comunicação que permitam a construção de parcerias entre eles é

importante e facilita as relações, as divisões de tarefas e as responsabilidades neste processo. (BRASIL, 2012)

De maneira geral, para se fazer um controle efetivo durante as consultas de puericultura, não são necessárias instalações caras, tecnologia complexa ou laboratórios sofisticados, mas sim a garantia de acesso aos serviços de todos os níveis do sistema de saúde, com oferta de recursos humanos capacitados e de métodos diagnósticos e terapêuticos adequados para a detecção e tratamento de morbidades. (PICINNI, 2007)

2.5.2 Prematuridade

O resultado esperado de uma gestação é a obtenção de recém-nascido (RN) sadio com mínimo trauma para a mãe e toda a sua família. Em algumas situações, isso não é possível, devido a complicações durante a gravidez ou parto, ou com o concepto. Essas intercorrências no processo do ciclo gravídico puerperal geram riscos à integridade da saúde tanto da mãe quanto do concepto e podem evoluir para a morte. Tão importante como saber quantos nascem é saber quantos morrem, especialmente no primeiro ano de vida. Por isso, o coeficiente de MI é tão expressivo, pois evidencia uma série de fatores: conhecimento das mães, nível de imunização, disponibilidade de serviços de saúde, disponibilidade de renda e alimentos na família, disponibilidade de água limpa e saneamento básico, entre outros. (BRASIL, 2005)

A prematuridade é um fator decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis, que pode ocorrer em todas as localidades e nas diversas classes sociais. Acarreta às famílias e à sociedade em geral um custo social e financeiro de difícil mensuração. Exige da estrutura assistencial capacidade técnica e equipamentos nem sempre disponíveis. Afeta diretamente a estrutura familiar alterando as expectativas e anseios que permeiam o período gravídico-puerperal. É desafiador avaliar os componentes que influenciam e são influenciados pelo complexo processo do nascimento prematuro. (OLIVEIRA E MELO, 2008)

A prematuridade como causa de MI tem sido estudada em diferentes países, e os estudos constatam que inúmeras são as causas que levam um bebê a nascer prematuro, especialmente as relacionadas ao aparelho genital feminino, alterações placentárias (placenta prévia e descolamento prematuro) e excesso de líquido amniótico. Outros fatores incluem: a idade materna (maior incidência em mães mais jovens), infecções maternas, primiparidade. Porém, na maioria dos casos, a causa é desconhecida. (BRASIL, 2005)

O parto pré-termo é definido como aquele cuja gestação termina entre a 20ª e a 37ª semanas ou entre 140 e 257 dias após o primeiro dia da última menstruação. A mortalidade e a morbidade neonatal são maiores entre os neonatos prematuros, além disso, a carga econômica associada a esses nascimentos é significativa na medida em que o parto prematuro demanda assistência e cuidados de maior nível de complexidade, especialmente com relação ao neonato. A imaturidade geral pode levar à disfunção em qualquer órgão ou sistema corporal, e o neonato prematuro também pode sofrer comprometimento ou intercorrências ao longo do seu desenvolvimento. (OLIVEIRA E MELO, 2008)

O conhecimento das características de um grupo populacional contribui para a redução dos índices dos indicadores de saúde, principalmente o coeficiente de MI. Esses dados alicerçam, direcionam e subsidiam as ações propostas pelos diversos serviços de assistência inclusive a assistência à saúde, bem como sua forma de execução. Portanto, uma avaliação contínua desses indicadores de saúde pelas administrações públicas forneceria estratégias para assistência integral à criança e instrumentos para redução da incidência de morbimortalidade infantil. (OLIVEIRA E MELO, 2008)

2.5.3 Estado nutricional e baixo peso

A desnutrição ou baixo peso na infância constitui um dos maiores problemas de saúde pública enfrentados pelos países em desenvolvimento, devido à sua alta prevalência e aos danos causados ao organismo humano. (MONTEIRO E CONDE, 2000)

O número elevado de nascidos com baixo peso constitui um importante problema de saúde pública e representa um alto percentual na morbimortalidade neonatal, o acompanhamento do crescimento infantil pode identificar e combater os futuros riscos à saúde da criança. (FRANCIOTTI, MAYER E CANCELIER, 2010)

A desnutrição e o baixo peso em crianças são responsáveis direta ou indiretamente por altas taxas de morbimortalidade, principalmente, em crianças nos seus primeiros anos de vida, quando o seu ritmo de crescimento é acelerado. Nesse contexto, alguns dados epidemiológicos refletem a magnitude da desnutrição: das 12 milhões de mortes de menores de cinco anos registradas a cada ano nos países em desenvolvimento, devido, principalmente, a causas evitáveis, cerca de 60% são relacionadas à desnutrição. (ALVES E VIANA, 2003)

A avaliação do estado nutricional tem por objetivo verificar o crescimento e as proporções corporais em um indivíduo ou em uma comunidade, visando a estabelecer atitudes de intervenção. Dessa forma, é de fundamental importância a padronização da avaliação a ser utilizada para cada faixa etária, uniformizando assim os critérios empregados pela equipe de saúde que irá realizar esta avaliação. A avaliação do crescimento é a medida que melhor define a saúde e o estado nutricional das crianças, já que distúrbios na saúde e nutrição, independentemente de suas etiologias, invariavelmente afetam o crescimento infantil. (ONIS, 1993)

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a maioria dos problemas de saúde e nutrição durante a infância está relacionada com consumo alimentar inadequado e infecções de repetição, sendo que essas duas condições estão intimamente relacionadas com o padrão de vida da população, que inclui o acesso a alimentação, moradia e assistência à saúde. Dessa forma, então, a avaliação do crescimento infantil é também uma medida indireta da qualidade de vida de uma dada população. Outros fatores, além dos processos infecciosos, da situação socioeconômica e do estado nutricional de micronutrientes, apresentam associação importante à desnutrição infantil, como o peso e o comprimento ao nascer, a escolaridade materna, a ocupação da mãe, a estatura materna e as condições de saneamento ambiental. (ROMANI E LIRA, 2004; ONIS, 1993)

Além disto, inquéritos nacionais sobre saúde e nutrição mostram que, apesar da redução contínua dos casos de desnutrição, existem importantes diferenças regionais marcadas nas populações infantis mais pobres, residentes nas áreas rurais ou na periferia das cidades mais ricas, as mais sujeitas às carências e suas consequências. A nutrição adequada de tais segmentos continua sendo um dos mais amplos desafios para as políticas públicas no Brasil. (COUTINHO, GENTIL E TORAL, 2008)

Segundo Silva et al. (2000), programas que oferecem cuidados infantis de forma integral e com boa qualidade, destinados às crianças, desde os primeiros anos de vida, podem exercer papel preventivo no sentido de as proteger, sobretudo, de desnutrição crônica, bem como de outros distúrbios nutricionais. Ressalta-se, também, a importância do acesso à assistência à saúde, condições de infraestrutura domiciliar e orientações às mães visando à ampliação do período de aleitamento materno e melhora nos cuidados infantis.

A Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN é um valioso instrumento de apoio às ações de promoção da saúde que o MS oferece aos profissionais da área e aos gestores do SUS, visando aumentar a qualidade da assistência à população, em especial, às crianças em suas fases de crescimento e desenvolvimento. Valorizar a avaliação do estado nutricional é atitude essencial ao aperfeiçoamento da assistência e da promoção à saúde. O SISVAN destina-se ao diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional da população brasileira, contribuindo para que se conheça a natureza e a magnitude dos problemas de nutrição, identificando áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais. Um outro objetivo é avaliar o estado nutricional de indivíduos para obter o diagnóstico precoce dos possíveis desvios nutricionais, seja baixo peso ou sobrepeso/obesidade, evitando as consequências decorrentes desses agravos à saúde. (BRASIL, 2004)

As ações básicas de saúde da criança, sobretudo o monitoramento do crescimento e do desenvolvimento, devem ser desenvolvidas em conjunto com a vigilância nutricional. Para a Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, essa conjugação é fundamental para a atitude de vigilância. Com isso, será

possível melhorar a eficiência das ações de promoção da saúde e de prevenção dos problemas nutricionais. (BRASIL, 2004)

2.5.4 Imunizações na Criança

O Programa Nacional de Imunização (PNI) inspira respeito internacional entre especialistas de saúde pública, pois sabem que se trata do Programa Nacional de Imunizações do Brasil, um dos países mais populosos e de território mais extenso no mundo e onde nos últimos 30 anos foram eliminadas ou são mantidas sob controle as doenças preveníveis por meio da vacinação. A meta operacional básica do PNI é vacinar 100% das crianças menores de 1 ano com todas as vacinas indicadas no calendário básico. (BRASIL, 2003)

O Ministério da Saúde disponibiliza aos usuários de smartphones e tablets um aplicativo capaz de gerenciar cadernetas de vacinação cadastradas pelo usuário, além de abrigar informações completas sobre as vacinas disponibilizadas pelo SUS e uma função com lembretes sobre as campanhas sazonais de vacinação. (BRASIL, 2015)

Abaixo, veremos o calendário vacinal para crianças atualizado com as alterações que ocorreram no ano de 2016:

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Grupo Alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Penta/DTP	VIP/VOP	Pneumocócica 10V (conjugada)	Rotavírus Humano	Meningocócica C (conjugada)	Febre Amarela	Hepatite A	Tríplice Viral	Tetra Viral*
Criança	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer									
	2 meses			1ª dose	1ª dose (com VIP)	1ª dose	1ª dose					
	3 meses							1ª dose				
	4 meses			2ª dose	2ª dose (com VIP)	2ª dose	2ª dose					
	5 meses							2ª dose				
	6 meses			3ª dose	3ª dose (com VIP)							
	9 meses								Uma dose			
	12 meses					Reforço		Reforço			1ª dose	
	15 meses			1º reforço (com DTP)	1º reforço (com VOP)					Uma dose		Uma dose
	4 anos			2º reforço (com DTP)	2º reforço (com VOP)				Reforço			

FONTE: BRASIL, 2016

2.5.5 Caderneta de saúde da criança

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é destinada a todos os nascidos vivos no território brasileiro e reúne o registro dos mais importantes eventos relacionados à saúde da criança. O preenchimento deve ter início na maternidade com o registro das informações sobre o parto, condições de alta do bebê, primeiras vacinas e exames ou testes realizados, e sua continuidade deve ser dada, preferencialmente, pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde a análise da CSC deve ser o primeiro cuidado prestado ao recém-nascido. Apesar dessa suma importância, estudos sobre o uso da CSC ainda são escassos e todas as publicações destacam falhas importantes, envolvendo principalmente o seu preenchimento. (BRASIL, 2013)

Em uma revisão de literatura publicada no Brasil entre 2005 e 2011, acerca dos fatores que dificultam a utilização adequada da CSC por profissionais de saúde, aponta como principais fatores a desvalorização e o desconhecimento de mães/familiares sobre a CSC e a falta de capacitação dos profissionais para o seu uso correto. Acredita-se que a valorização e a apropriação da CSC por mães/familiares podem estar fortemente ligadas à utilização adequada da CSC pelos profissionais de saúde, o que inclui registro da avaliação do peso, altura, estado nutricional e de desenvolvimento, vacinação e intercorrências, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados de alimentação, higiene, estimulação e vacinação em todos os atendimentos. Diante dessa realidade, o PMAQ inclui dentre suas variáveis de saúde da criança, a análise do preenchimento destas, assim como a existência ou não do seu espelho nas UBS. (ABREU, VIANA E CUNHA, 2012)

2.5.6 Crescimento e desenvolvimento (CD)

De acordo com o MS, o acompanhamento através do programa de Crescimento e Desenvolvimento (CD) infantil é primordial para promover a proteção à saúde da criança, detectando precocemente alterações que possam vir a prejudicar seu desempenho em sua vida futura, e, corrigi-las a tempo. Os profissionais de saúde da AB devem estar intimamente familiarizados com os marcos do desenvolvimento infantil e da importância de orientar os pais ou responsáveis sobre qualquer problema nesses momentos. Este programa

representa um fator importante na integralidade do cuidado à criança. (BRASIL, 2012)

Também de acordo com as diretrizes do MS, é fundamental que os profissionais de saúde da AB, a família e a criança, estabeleçam uma relação de confiança ao longo do período de acompanhamento ao Crescimento e Desenvolvimento desta criança. O estabelecimento de canais de comunicação que permitam a construção de parcerias entre estes atores é importante e facilita o estreitamento nas relações, a divisão de tarefas e responsabilidades. (BRASIL, 2012)

Mais atualmente, iniciou-se uma ferramenta denominada de “CD coletivo”, a qual busca realizar acompanhamento coletivo da criança, envolvendo os pais ou cuidadores em ações grupais realizadas periodicamente nas UBS correspondentes ao cuidado das crianças. O grupo educativo é uma estratégia que permite aos profissionais planejar suas ações voltando-as para as peculiaridades de cada família, atuando de forma direta e participativa e favorecendo a assistência integral à saúde das crianças. Durante o acompanhamento coletivo, as discussões surgem do levantamento dos aspectos de crescimento e de desenvolvimento e de saúde-doença das crianças. Primeiramente, os pais ou cuidadores apresentam um histórico sobre sua criança, descrevendo sua condição de saúde atual, vacinação e os dados referentes aos padrões fisiológicos das necessidades básicas, em seguida, realiza-se o exame físico. A participação dos pais ou cuidadores na realização dessas ações é um momento oportuno de estimular a interação com a criança, favorecendo seu cuidado e a prática de atividades de promoção à saúde. Essas experiências partilhadas de modo grupal permitem aos sujeitos envolvidos identificar a efetividade e adesão às condutas e aos devidos encaminhamentos adotados pelas experiências exitosas de outros membros do grupo. (GERMAN et al, 2007)

O MS recomenda uma quantidade mínima de consultas de CD para as crianças (ver tabela abaixo). Este calendário de consultas deve ser pactuado com os pais ou responsáveis, levando em consideração o contexto familiar, as individualidades e a vulnerabilidade da família/criança. (BRASIL, 2012)

CALENDÁRIO MÍNIMO DE CONSULTAS PARA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA

Número de Consultas	IDADE												
	dias	meses								anos			
	15	1	2	4	6	9	12	18	24	3	4	5	6
1° ano - sete	X	X	X	X	X	X	X						
2° ano - duas								X	X				
3° ano - uma										X			
4° ano - uma											X		
5° ano - uma												X	
6° ano - uma													X

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Série Caderno de Atenção Básica: nº 11: Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília, 2002.

2.5.7 Teste do Pezinho

Desde a década de 1960, a OMS preconiza a importância dos programas populacionais de Triagem Neonatal – para a prevenção de deficiência mental e agravos à saúde do recém-nascido – e recomenda sua implementação, especialmente nos países em desenvolvimento. Segundo estimativa da OMS, 10% da população brasileira é portadora de algum tipo de deficiência e, dentre elas a deficiência mental, que representa um sério problema de Saúde Pública. (BRASIL, 2004)

A Triagem Neonatal – Teste do Pezinho – foi incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1992 (Portaria GM/MS n.º 22, de 15 de janeiro de 1992) com uma legislação que determinava a obrigatoriedade do teste em todos os recém-nascidos vivos e incluía a avaliação para Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito. No ano de 2001, o MS, através da Secretaria de Assistência à Saúde, empenhou-se na reavaliação da Triagem Neonatal no SUS, o que culminou na publicação da portaria ministerial (Portaria GM/MS n.º

822, de 6 de junho de 2001) que criou o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). (BRASIL, 2004)

Dentre os principais objetivos do programa, destacam-se a ampliação da gama de patologias triadas (Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias e Fibrose Cística), busca da cobertura de 100% dos nascidos vivos e a definição de uma abordagem mais ampla da questão, determinando que o processo de Triagem Neonatal envolva várias etapas como: a realização do exame laboratorial, a busca ativa dos casos suspeitos, a confirmação diagnóstica, o tratamento e o acompanhamento multidisciplinar especializado dos pacientes. Dessa forma, o PNTN cria o mecanismo para que seja alcançada a meta principal, que é a prevenção e redução da morbimortalidade provocada pelas patologias triadas pelo exame. (BRASIL, 2004)

O “Teste do Pezinho” deve ser colhido em todo recém-nascido (RN) com 3 a 5 dias de vida, de preferência no 3º dia. Apesar de ele poder ser realizado mais tardiamente, é de extrema importância a divulgação para o público o período ideal de coleta do exame, evitando assim que muitas crianças percam o período de diagnóstico e tratamento precoces e não se beneficiem da prevenção de sequelas, principalmente neurológicas, que é o objetivo do teste. Este tempo é ainda mais importante no caso de crianças que tiveram sua primeira coleta devolvida como mal colhida. (BRASIL, 2013)

2.5.8 Violência familiar e acidentes envolvendo crianças

O MS, no ano de 1996, ao seguir as recomendações da OMS, declarou que a violência se constitui um importante problema de saúde pública. Posteriormente, publicou a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (portaria nº 737/2001) e definiu um instrumento de notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou confirmação de violências contra crianças. As causas externas (acidentes e violências), ocupam a primeira causa de morte na faixa etária de 0 a 19 anos. Os sofrimentos causados podem se perpetuar por toda a infância, adolescência, chegando à

fase adulta, constituindo-se em um grande desafio para profissionais de saúde. (BRASIL, 2009)

Os acidentes e violências afetam pessoas de todas as idades, mas entre crianças têm características especiais por resultarem em lesões sérias como déficits neurológicos persistentes, decorrentes de traumatismos cranianos, déficits motores em indivíduos que se encontram em plena fase de crescimento e desenvolvimento. Além disso, os traumas decorrentes das causas externas podem trazer danos emocionais e psicológicos que repercutirão ao longo de toda a vida das vítimas, acarretando consequências também para a família e sociedade. (MARTINS, 2013)

Desde o período gestacional, a criança precisa de tempo, esforço e condições favoráveis para se desenvolver bem. O ambiente familiar é o que mais pode proteger ou expor à criança à acidentes e violências. Neste sentido, é primordial o papel dos profissionais de saúde e das redes de apoio como frentes importantes de para o trabalho e a interação com a família na perspectiva de proteção, defesa e garantia dos direitos às crianças. (BRASIL, 2009)

3 METODOLOGIA

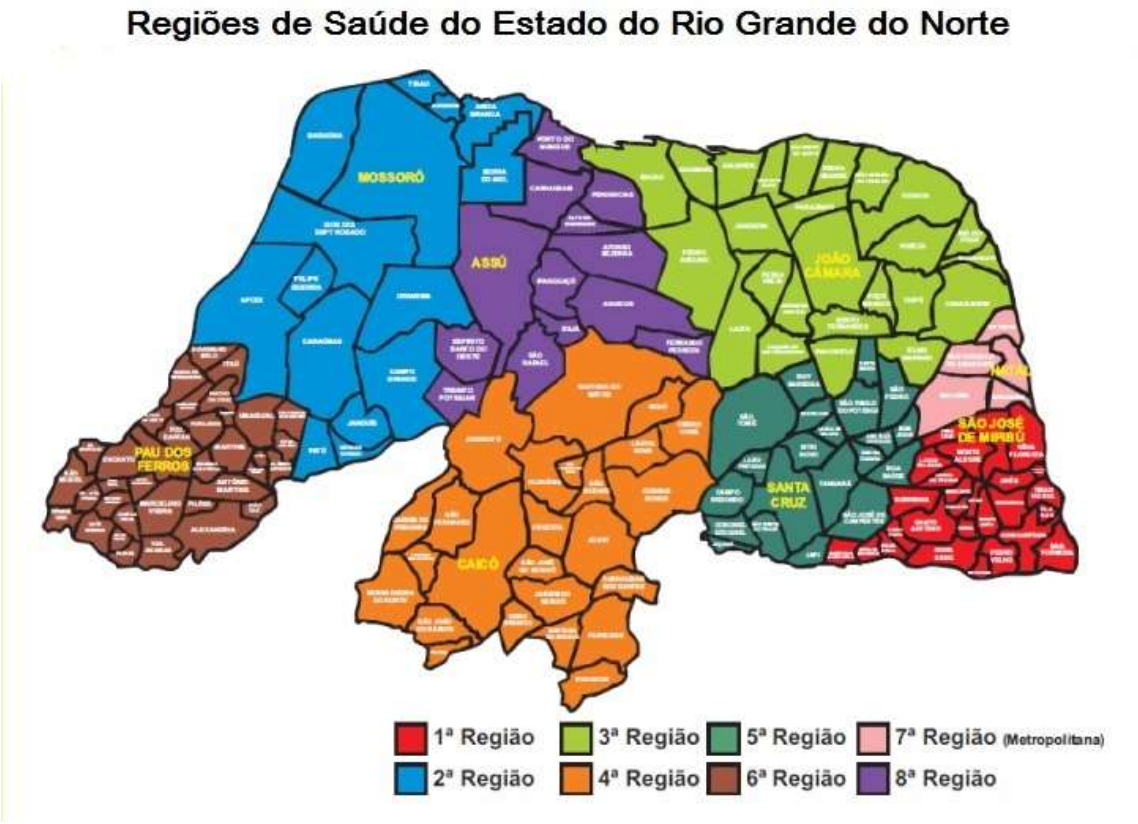
3.1 TIPO DE PESQUISA

O estudo compreende uma pesquisa avaliativa descritiva transversal, com abordagem quantitativa, referente aos ciclos 1 e 2 da Avaliação Externa realizada pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que faz parte de uma pesquisa multicêntrica, realizada em todos os municípios brasileiros pelo MS em parceria com seis instituições de pesquisa, dentre elas a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Neste estudo, foram analisados os dados do banco da pesquisa do estado do Rio Grande do Norte, na área da saúde da criança, nos dois ciclos da pesquisa, a partir das variáveis que compõem o módulo II – entrevista com o profissional da UBS e verificação de documentos na Unidade de Saúde.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário da pesquisa corresponde à análise dos dados secundários do PMAQ-AB do primeiro e segundo ciclo, nos itens que se referem à saúde da criança. Avaliamos esses dados referentes ao Estado do Rio Grande do Norte, caracterizando as regiões de saúde, visando identificar aspectos convergentes, divergentes, similares e as singularidades afim de identificar se há ou não divergências consideráveis entre elas.

No estado, existem oito Regiões de Saúde Pública (URSAPS), são elas: I – São José de Mipibú, II – Mossoró, III – João Câmara, IV – Caicó, V – Santa Cruz, VI – Pau dos Ferros, VII – Metropolitana e VIII – Assú, todas geridas pela Secretaria Estadual de Saúde Pública (SESAP). Apresento, abaixo, os municípios que compõem cada uma das regiões, foco deste estudo (com mais detalhes em anexos), assim como, as características sociodemográficas do Estado do Rio Grande do Norte:



FONTE: Secretaria do Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte, 2016

Tabela 01 - Características Demográficas e Socioeconômicas do RN

População	3.373.959 (2013)
Densidade Demográfica	64 hab/km²
PIB Per capita	11.286,99 (2011)
% da população em extrema pobreza	12,03% (2010)
% da população com plano de saúde	15,72% (Março / 2016)
Municípios	167
Regiões de Saúde	8

FONTE: Nota Técnica DAB/MS 2016

3.3 UNIVERSO E AMOSTRA

O universo desta pesquisa são as equipes de saúde das UBS que fizeram parte da avaliação externa do PMAQ/AB dos municípios que aderiram ao programa nos dois ciclos da pesquisa.

A amostra foi intencional, feita por conveniência a partir dos seguintes critérios de inclusão: municípios e seus respectivos profissionais de saúde das equipes que aderiram ao PMAQ/AB nos dois ciclos do programa. Os critérios de exclusão foram os municípios que não aderiram ao programa, ou que aderiram

em apenas um dos ciclos, pois objetiva-se comparar os avanços e desafios que ocorreram de um ciclo para o outro.

A amostra é composta por 112 municípios e 407 equipes (elencados detalhadamente em anexos) distribuídas pelas 8 Regiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados primária foi realizada pela pesquisa multicêntrica, em todos os estados brasileiros no ano de 2012, para o primeiro ciclo e 2014 para o segundo ciclo. Foram utilizados dados secundários, obtidos através do banco de avaliação externa do PMAQ/UFRN, dos dois ciclos, disponibilizados pelo MS, a partir do questionário do Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde.

3.5 VARIÁVEIS

As variáveis selecionadas, do módulo II, no âmbito da saúde da criança, compreendem os seguintes indicadores de processo:

Busca Ativa	Realização busca ativa das crianças: 1 Prematuras; 2 Com baixo peso; 3 Com consulta de puericultura atrasada; 4 Com calendário vacinal atrasado.
Realização	1 Realização de consulta de puericultura nas crianças de até dois anos; 2 Utilização da caderneta de saúde da criança para o acompanhamento; 3 Espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes.
Registro	Registro sobre: 1 - Vacinação em dia da criança;

	2 Crescimento e desenvolvimento; 3 Estado nutricional; 4 Teste do pezinho; 5 Violência familiar; 6 Acidentes.

FONTE: Manual Instrutivo PMAQ

Elencamos ainda, uma sucinta divisão das variáveis com base em nosso referencial bibliográfico, onde dividimos as variáveis em “variáveis de acesso” e “variáveis de qualidade”, como segue:

VARIÁVEIS DE ACESSO	VARIÁVEIS DE QUALIDADE
• Busca ativa de crianças: prematuras, com baixo peso, com consulta de puericultura atrasada e com calendário vacinal atrasado; • Realização de consulta de puericultura nas crianças de até 02 anos.	• Utilização da caderneta de saúde da criança para o acompanhamento; • Espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes; • Registro sobre: vacinação em dia da criança, Crescimento e Desenvolvimento, estado nutricional, teste do pezinho, violência familiar e acidentes.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados, as informações foram coletadas e inseridas em um banco de dados do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®) na versão 22.0. Em seguida realizou-se um *linkage* dos dois bancos de dados criados, um para o 1º ciclo e outro para o 2º ciclo, utilizando a variável IBGE, que contém os códigos, munícipios não contemplados no 1º ciclo e/ou que não constava a informação a qual localidade os dados coletados pertenciam, foram

excluídos. Realizado o *linkage* dos bancos, os dados foram analisados por meio do teste *Mcnemar,* por tratar-se de dados pareados, cujas variáveis estudadas são de natureza dicotômica (sim/não). O teste *Mcnemar* é utilizado para experiências que visem realizar comparativos do modo “antes e depois”, como a deste presente estudo, ou seja, para averiguar as diferenças entre frequências de duas amostras pareadas.

Em todas as comparações, o nível de significância de 5% foi utilizado ($p<0,05$). O *P* representa a chance ou a probabilidade de a diferença observada entre as categorias ser devido ao acaso, e não aos fatores que estão sendo estudados, sendo assim, os valores de maior variação encontram-se grifados em negrito nas tabelas onde são apresentados os resultados do estudo, para demonstrar quais achados possuem maior significância estatística.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto multicêntrico que gerou o banco de dados, foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob o número 21904 em13/03/2012, em consonância com a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), visto que a pesquisa de Avaliação Externado PMAQ foi realizada em todo o Brasil.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Garantir acesso e qualidade nos serviços de saúde, ainda representa um desafio ao SUS, mesmo após a reafirmação deste a partir da Constituição Cidadã de 1988. No Brasil, é possível encontrar inúmeras barreiras, decorrentes da expressiva diversidade regional e desigualdade social, sendo que, para muitas pessoas, o acesso e a qualidade aos serviços de saúde está muito longe de ser alcançado. Este fato pode ser evidenciado pelos altos índices de mortes entre crianças consideradas redutíveis por ações simples desenvolvidas pela APS. (MENDES, 2012)

O cuidado a uma criança representa um momento relevante para a família. Não se pode considerar apenas que uma criança está doente ou necessitando de cuidados, mas que uma família é capaz de adoecer juntamente com a criança. Portanto, os serviços de saúde na esfera da APS devem se responsabilizar de forma ampla por essa família que adoeceu e lhes garantir acesso e qualidade no cuidado, uma vez que, a dinâmica familiar será modificada pela necessidade do filho. Dessa forma, ressalta-se a importância de o cuidado ser iniciado na APS, pois nessa esfera de atenção, tem-se importantes ferramentas que se aliam ao cuidado para propor resolutividade e felicidade as pessoas, como a proximidade e a responsabilização com os usuários que necessitam ser cuidados. (STARFIELD, 2002)

O RN apresenta cobertura de AB de 87,05 %, considerando a ESF com cobertura de 81,68%. Apresenta cobertura de Saúde Bucal de 80,82%. Se considerada somente a ESF tem-se uma cobertura de 97,45%. Todos os municípios do estado (167) aderiram ao PSE (Programa Saúde na Escola). No RN existem 69 estabelecimentos que ofertam o serviço de PICs (Práticas Integrativas e Complementares), destes 10 ofertam acupuntura, 1 fitoterapia, 6 outras técnicas em medicina tradicional chinesa, 50 práticas corporais/atividade física, 1 homeopatia, 1 termalismo social cromoterapia. Quanto ao resultado final da avaliação do PMAQ no seu 1º ciclo da pesquisa em 2011, o RN, tinha 116 municípios cadastrados com 412 equipes de Atenção Básica e 399 equipes de Saúde Bucal. Como podemos observar, o resultado foi bastante positivo na

maior parte das equipes avaliadas e certificadas, obtendo mais de 62% das equipes com nota acima ou muito acima da média (tabela 02).

Estudos apontam que as equipes que não aderiram ao PMAQ pertencem aos municípios que apresentam o maior índice de população desassistida pela ESF, o que demonstra lacunas e fragilidades quanto ao cumprimento das diretrizes do SUS. (KESSLER, MENEGAZZO, BERRA et al, 2015).

Neste estudo, as variáveis nos dois ciclos da pesquisa foram sistematizadas por região de saúde e seguidas da análise de cada variável por região de saúde e seguidas da análise de cada variável por região de saúde, observando avanços e desafios. Das 13 variáveis selecionadas foram investigadas quanto à oferta, busca ativa e registro, sendo analisadas em 8 tópicos, contemplando os mesmos aspectos.

Os resultados deste estudo, revelam conforme a tabela 02, a descrição das variáveis encontradas no módulo II – entrevista com o profissional da UBS e verificação dos documentos na Unidade de Saúde, fazendo um comparativo entre os dois momentos históricos e avaliativos do PMAQ/AB. Ademais, demonstraremos a análise de todas as mesmas variáveis elencadas abaixo, separadas por URSAPS, as quais contribuirão para uma análise regionalizada no nosso estado em relação ao acesso e qualidade da saúde das crianças.

Tabela 02 – Caracterização do Acesso e qualidade do cuidado à criança no Rio Grande do Norte. Natal/RN, 2015.

Descrição		**1º Ciclo**		**2º Ciclo**		***P***
		Sim (%)	**Não (%)**	**Sim (%)**	**Não (%)**	
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?		402 (98,8)	5 (1,2)	406 (99,8)	1 (0,2)	0,219
A equip	Prematuras	355 (87,2)	52 (12,8)	307 (75,4)	100 (24,6)	**<0,001**

	Com baixo peso	372 (91,4)	35 (8,6)	329 (80,8)	78 (19,2)	**<0,001**
	Com consulta de puericultura atrasada	358 (88)	49 (12)	348 (85,5)	59 (14,5)	0,337
	Com calendário vacinal atrasado	386 (94,8)	21 (5,2)	369 (90,7)	38 (9,3)	**0,020**
Utiliza a caderneta de saúde da criança para o acompanhamento?		401 (98,5)	6 (1,5)	405 (99,5)	2 (0,5)	0,289
Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?		334 (82,1)	73 (17,9)	381 (93,6)	26 (6,4)	**<0,001**
No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:	Vacinação em dia da criança	392 (96,3)	15 (3,7)	406 (99,8)	1 (0,2)	**<0,001**
	Crescimento e desenvolvimento	395 (97,1)	12 (2,9)	400 (98,3)	7 (1,7)	0,359
	Estado nutricional	377 (92,6)	30 (7,4)	393 (96,6)	14 (3,4)	**0,016**
	Teste do pezinho	344 (84,5)	63 (15,5)	365 (89,7)	42 (10,3)	**0,030**
	Violência familiar	132 (32,4)	275 (67,6)	184 (45,2)	223 (54,8)	**<0,001**
	Acidentes	138 (33,9)	269 (66,1)	192 (47,2)	215 (52,8)	**<0,001**

Fonte: Avaliação Externa do PMAQ, 2012 e 2013

Em relação aos resultados dessa pesquisa do Estado do Rio Grande do Norte de forma geral, percebe-se que algumas variáveis tiveram uma alteração significativa no decorrer das avaliações dos dois ciclos – busca ativa de crianças prematuras, baixo peso e com calendário vacinal atrasado, presença e uso de espelhos de cadernetas da criança, registro de crianças com vacinação em dia, estado nutricional, teste do pezinho, violência familiar e acidentes. No

entanto, outras variáveis praticamente não se alteraram de um período para o outro, tais como: realização e atraso em consultas de puericultura, acompanhamento através da caderneta de vacinação e acompanhamento da realização de consultas de crescimento e desenvolvimento.

Os aspectos relacionados ao acesso tiveram resultados distintos quando observada a evolução nos dois ciclos. Quando observada a realização da consulta de puericultura nas crianças de até dois anos houve uma manutenção de um padrão de 98,8% de cobertura. No entanto, houve declínio das variáveis relacionadas à busca ativa de crianças prematuras, com baixo peso, com consulta de puericultura atrasada e com calendário vacinal atrasado, quando comparados o 1º e o 2º ciclo da avaliação. Destacando a busca ativa de prematuros que teve o maior declínio, variando de 87,2% para 75,4%. Ferindo assim os princípios da equidade e dos marcos da Declaração de Alma-Ata, que trouxe a APS como o primeiro nível de atenção em saúde para indivíduos, família e comunidade, o qual considera o grupo infantil como prioritário em todos os aspectos, contribuiriam para uma melhoria em todas as variáveis, e não um declínio em parte delas. (CECCON, 2014)

Por sua vez, os aspectos relacionados à qualidade da atenção, observou-se um aumento significativo na evolução dos dois ciclos, mantendo padrões de elevada cobertura. Entretanto, chama a atenção que, para o acompanhamento de crianças em situação de violência familiar e em acidentes, embora tenha havido um aumento de cobertura em torno de 32 % a 47%, ainda necessita ampliar a atenção e acompanhar todas estas situações familiares de extrema vulnerabilidade.

A partir do Plano Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte (2012 – 2015), por meio dos resultados do estudo físico e financeiro dos grupos de procedimentos ambulatoriais, por região de saúde, no período de 2008 a 2011, percebe-se que existe uma concentração de procedimentos de 41,8% na 7ª Região de Saúde (Metropolitana), seguida da 2ª Região de Saúde (Mossoró) com 14,4% e da 4ª Região de Saúde com 10,9%. As demais regiões realizaram menos de 10% dos procedimentos nesse nível de atenção. (PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2012-2015)

Esse mesmo estudo, analisado em função do impacto de internação por região, revelou que o grande volume de internações ocorre na Região Metropolitana, especificamente em Natal, seguida da Região Oeste (Mossoró). Em quarta posição encontram-se as Regiões do Seridó e do Alto Oeste. Todavia, pode ser evidenciado que as internações ocorridas na Região de João Câmara (3ª) e do Assú (8ª) não são significativas, sendo bem inferiores dos quantitativos observados nas demais Regiões de Saúde. (PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2012-2015)

Tabela 03 – Caracterização do Acesso e qualidade do cuidado à criança na 1ª Região de Saúde. Natal/RN, 2015.

Descrição		1º Ciclo		2º Ciclo		*P*
		Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?		110 (99,1)	1 (0,9)	111 (100)	-	1,000
A equipe realiza busca ativa das crianças:	Prematuras	106 (95,5)	5 (4,5)	89 (80,2)	22 (19,8)	**0,001**
	Com baixo peso	107 (96,4)	4 (3,6)	92 (82,9)	19 (17,1)	**0,001**
	Com consulta de puericultura atrasada	106 (95,5)	5 (4,5)	102 (91,9)	9 (8,1)	0,424
	Com calendário vacinal atrasado	110 (99,1)	1 (0,9)	101 (91)	10 (9)	**0,012**
Utiliza a caderneta de saúde da criança para o acompanhamento?		110 (99,1)	1 (0,9)	110 (99,1)	1 (0,9)	1,000
Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?		96 (86,5)	15 (13,5)	110 (99,1)	1 (0,9)	**0,001**
No acompanhamento das crianças do território, há registro	Vacinação em dia da criança	111 (100)	-	111 (100)	-	-
	Crescimento e desenvolvimento	111 (100)	-	110 (99,1)	1 (0,9)	1,000
	Estado nutricional	108 (97,3)	3 (2,7)	107 (96,4)	4 (3,6)	1,000
	Teste do pezinho	103 (92,8)	8 (7,2)	106 (95,5)	5 (4,5)	0,581

	Violência familiar	49 (44,1)	62 (55,9)	67 (60,4)	44 (39,6)	**0,028**
	Acidentes	54 (48,6)	57 (51,4)	73 (65,8)	38 (34,2)	**0,015**

Fonte: Avaliação Externa do PMAQ, 2012 e 2013.

A região de São José de Mipibú representa um grande desafio, diante dos dados encontrados, visto que é uma região bem próxima da Metropolitana e mesmo assim vem com baixos índices de crescimento quando comparada às demais.

Tabela 04 – Caracterização do Acesso e qualidade do cuidado à criança na 2ª Região de Saúde. Natal/RN, 2015.

Descrição		**1º Ciclo**		**2º Ciclo**		***P***
		Sim (%)	**Não (%)**	**Sim (%)**	**Não (%)**	
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?		56 (98,2)	1 (1,8)	56 (98,2)	1 (1,8)	1,000
A equipe realiza busca ativa das crianças:	Prematuras	50 (87,7)	7 (12,3)	43 (75,4)	14 (24,6)	0,118
	Com baixo peso	50 (87,7)	7 (12,3)	53 (93)	4 (7)	0,453
	Com consulta de puericultura atrasada	47 (82,5)	10 (17,5)	52 (91,2)	5 (8,8)	0,267
	Com calendário vacinal atrasado	55 (96,5)	2 (3,5)	53 (93)	4 (7)	0,625
Utiliza a caderneta de saúde da criança para o acompanhamento?		56 (98,2)	1 (1,8)	56 (98,2)	1 (1,8)	1,000
Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?		47 (82,5)	10 (17,5)	53 (93)	4 (7)	0,180
No acompanhamento das	Vacinação em dia da criança	55 (96,5)	2 (3,5)	57 (100)	-	0,500
	Crescimento e desenvolvimento	55 (96,5)	2 (3,5)	56 (98,2)	1 (1,8)	1,000
	Estado nutricional	53 (93)	4 (7)	56 (98,2)	1 (1,8)	0,375

	Teste do pezinho	56 (98,2)	1 (1,8)	49 (86)	8 (14)	**0,016**
	Violência familiar	14 (24,6)	43 (75,4)	33 (57,9)	24 (42,1)	**0,001**
	Acidentes	13 (22,8)	44 (77,2)	32 (56,1)	25 (43,9)	**0,001**

Fonte: Avaliação Externa do PMAQ, 2012 e 2013.

A região de Mossoró, conforme apresentado acima, vem com crescimento considerável quanto às variáveis elencadas neste estudo.

Tabela 05 – Caracterização do Acesso e qualidade do cuidado à criança na 3ª Região de Saúde. Natal/RN, 2015.

Descrição		**1º Ciclo**		**2º Ciclo**		***P***
		Sim (%)	**Não (%)**	**Sim (%)**	**Não (%)**	
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?		28 (100)	-	28 (100)	-	-
A equipe realiza busca ativa das crianças:	Prematuras	27 (96,4)	1 (3,6)	23 (82,1)	5 (17,9)	0,219
	Com baixo peso	28 (100)	-	25 (89,3)	3 (10,7)	0,250
	Com consulta de puericultura atrasada	27 (96,4)	1 (3,6)	26 (92,9)	2 (7,1)	1,000
	Com calendário vacinal atrasado	26 (92,9)	2 (7,1)	26 (92,9)	2 (7,1)	1,000
Utiliza a caderneta de saúde da criança para o acompanhamento?		28 (100)	-	28 (100)	-	-
Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?		24 (85,7)	4 (14,3)	22 (78,6)	6 (21,4)	0,754
No acompanhamento das	Vacinação em dia da criança	28 (100)	-	28 (100)	-	-
	Crescimento e desenvolvimento	28 (100)	-	28 (100)	-	-
	Estado nutricional	27 (96,4)	1 (3,6)	28 (100)	-	1,000

	Teste do pezinho	24 (85,7)	4 (14,3)	24 (85,7)	4 (14,3)	1,000
	Violência familiar	12 (42,9)	16 (57,1)	9 (32,1)	19 (67,9)	0,549
	Acidentes	12 (42,9)	16 (57,1)	7 (25)	21 (75)	0,227

Fonte: Avaliação Externa do PMAQ, 2012 e 2013.

A região de João Câmara vem com crescimento considerável desde o primeiro ciclo – não apresenta grandes avanços ao final do segundo ciclo da pesquisa. Destaca-se quanto à diminuição das notificações de violências e acidentes ao final do segundo ciclo da pesquisa, como fator negativo para a qualidade do cuidado.

Tabela 06 – Caracterização do Acesso e qualidade do cuidado à criança na 4ª Região de Saúde. Natal/RN, 2015.

Descrição		**1º Ciclo**		**2º Ciclo**		***P***
		Sim (%)	**Não (%)**	**Sim (%)**	**Não (%)**	
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?		26 (100)	-	26 (100)	-	-
A equipe realiza busca ativa das crianças:	Prematuras	20 (76,9)	6 (23,1)	17 (65,4)	9 (34,6)	0,549
	Com baixo peso	21 (80,8)	5 (19,2)	20 (76,9)	6 (23,1)	1,000
	Com consulta de puericultura atrasada	21 (80,8)	5 (19,2)	17 (65,4)	9 (34,6)	0,344
	Com calendário vacinal atrasado	23 (88,5)	3 (11,5)	22 (84,6)	4 (15,4)	1,000
Utiliza a caderneta de saúde da criança para o acompanhamento?		25 (96,2)	1 (3,8)	26 (100)	-	1,000
Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?		21 (80,8)	5 (19,2)	26 (100)	-	0,063
No acompanhamento	Vacinação em dia da criança	23 (88,5)	3 (11,5)	26 (100)	-	0,250
	Crescimento e desenvolvimento	24 (92,3)	2 (7,7)	26 (100)	-	0,500

	Estado nutricional	21 (80,8)	5 (19,2)	24 (92,3)	2 (7,7)	0,453
	Teste do pezinho	11 (42,3)	15 (57,7)	24 (92,3)	2 (7,7)	**<0,001**
	Violência familiar	6 (23,1)	20 (76,9)	7 (26,9)	19 (73,1)	1,000
	Acidentes	4 (15,4)	22 (84,6)	8 (30,8)	18 (69,2)	0,344

Fonte: Avaliação Externa do PMAQ, 2012 e 2013.

A região de Caicó vem apresentando um bom crescimento quanto às variáveis do estudo, demonstrando possuir uma forte rede hierarquizada ao dispor de suas crianças e mães.

Tabela 07 – Caracterização do Acesso e qualidade do cuidado à criança na 5ª Região de Saúde. Natal/RN, 2015.

Descrição		**1º Ciclo**		**2º Ciclo**		***P***
		Sim (%)	**Não (%)**	**Sim (%)**	**Não (%)**	
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?		40 (100)	-	40 (100)	-	-
A equipe realiza busca ativa das crianças:	Prematuras	38 (95)	2 (5)	26 (65)	14 (35)	**<0,001**
	Com baixo peso	39 (97,5)	1 (2,5)	24 (60)	16 (40)	**<0,001**
	Com consulta de puericultura atrasada	35 (87,5)	5 (12,5)	29 (72,5)	11 (27,5)	0,109
	Com calendário vacinal atrasado	38 (95)	2 (5)	33 (82,5)	7 (17,5)	0,125
Utiliza a caderneta de saúde da criança para o acompanhamento?		39 (97,5)	1 (2,5)	40 (100)	-	1,000
Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?		30 (75)	10 (25)	40 (100)	-	**0,002**
No acompanhamento	Vacinação em dia da criança	38 (95)	2 (5)	40 (100)	-	0,500
	Crescimento e desenvolvimento	40 (100)	-	39 (97,5)	1 (2,5)	1,000

	Estado nutricional	37 (92,5)	3 (7,5)	39 (97,5)	1 (2,5)	0,625
	Teste do pezinho	34 (85)	6 (15)	31 (77,5)	9 (22,5)	0,607
	Violência familiar	15 (37,5)	25 (62,5)	19 (47,5)	21 (52,5)	0,523
	Acidentes	16 (40)	24 (60)	19 (47,5)	21 (52,5)	0,678

Fonte: Avaliação Externa do PMAQ, 2012 e 2013.

A região de Santa Cruz, apesar de ter hospital universitário e também uma boa rede de serviços, vem apresentando muitas dificuldades quanto às variáveis analisadas.

Tabela 08 – Caracterização do Acesso e qualidade do cuidado à criança na 6ª Região de Saúde. Natal/RN, 2015.

Descrição		**1º Ciclo**		**2º Ciclo**		***P***
		Sim (%)	**Não (%)**	**Sim (%)**	**Não (%)**	
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?		54 (96,4)	2 (3,6)	56 (100)	-	0,500
A equipe realiza busca ativa das crianças:	Prematuras	38 (67,9)	18 (32,1)	44 (78,6)	12 (21,4)	0,345
	Com baixo peso	46 (82,1)	10 (17,9)	46 (82,1)	10 (17,9)	1,000
	Com consulta de puericultura atrasada	49 (87,5)	7 (12,5)	50 (89,3)	6 (10,7)	1,000
	Com calendário vacinal atrasado	48 (85,7)	8 (14,3)	52 (92,9)	4 (7,1)	0,388
Utiliza a caderneta de saúde da criança para o acompanhamento?		55 (98,2)	1 (1,8)	56 (100)	-	1,000
Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?		45 (80,4)	11 (19,6)	51 (91,1)	5 (8,9)	0,109
No acompanhamento	Vacinação em dia da criança	49 (87,5)	7 (12,5)	56 (100)	-	**0,016**
	Crescimento e desenvolvimento	49 (87,5)	7 (12,5)	51 (91,1)	5 (8,9)	0,070

	Estado nutricional	46 (82,1)	10 (17,9)	55 (98,2)	1 (1,8)	**0,012**
	Teste do pezinho	34 (60,7)	22 (39,3)	47 (83,9)	9 (16,1)	**0,021**
	Violência familiar	10 (17,9)	46 (82,1)	23 (41,1)	33 (58,9)	**0,007**
	Acidentes	11 (19,6)	45 (80,4)	23 (41,1)	33 (58,9)	**0,012**

Fonte: Avaliação Externa do PMAQ, 2012 e 2013.

A região de Pau dos Ferros foi a que mais cresceu nos diversos aspectos relacionados à saúde da criança. A mesma merece ênfase por ser distante da capital, e provavelmente teve de se estruturar e organizar para manter sua demanda sendo atendida satisfatoriamente.

Tabela 09 – Caracterização do Acesso e qualidade do cuidado à criança na 7ª Região de Saúde. Natal/RN, 2015.

Descrição		**1º Ciclo**		**2º Ciclo**		***P***
		Sim (%)	**Não (%)**	**Sim (%)**	**Não (%)**	
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?		64 (100)	-	64 (100)	-	-
A equipe realiza busca ativa das crianças:	Prematuras	56 (87,5)	8 (12,5)	50 (78,1)	14 (21,9)	0,286
	Com baixo peso	58 (90,6)	6 (9,4)	51 (79,7)	13 (20,3)	0,143
	Com consulta de puericultura atrasada	53 (82,8)	11 (17,2)	59 (92,2)	5 (7,8)	0,180
	Com calendário vacinal atrasado	62 (96,9)	2 (3,1)	61 (95,3)	3 (4,7)	1,000
Utiliza a caderneta de saúde da criança para o acompanhamento?		63 (98,4)	1 (1,6)	64 (100)	-	1,000
Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?		53 (82,8)	11 (17,2)	55 (85,9)	9 (14,1)	0,804
No acompanhamento	Vacinação em dia da criança	64 (100)	-	61 (95,3)	3 (4,7)	1,000

	Crescimento e desenvolvimento	63 (98,4)	1 (1,6)	62 (96,9)	2 (3,1)	1,000
	Estado nutricional	63 (98,4)	1 (1,6)	62 (96,9)	2 (3,1)	1,000
	Teste do pezinho	62 (96,9)	2 (3,1)	63 (98,4)	1 (1,6)	1,000
	Violência familiar	20 (31,3)	44 (68,8)	16 (25)	48 (75)	0,556
	Acidentes	24 (37,5)	40 (62,5)	22 (34,4)	42 (65,6)	0,860

Fonte: Avaliação Externa do PMAQ, 2012 e 2013.

A região Metropolitana, apesar da maior rede, não vem com crescimento significativo e ainda se destaca a diminuição ao cuidado das notificações de violências e acidentes, desqualificando o cuidado à saúde da criança.

Tabela 10 – Caracterização do Acesso e qualidade do cuidado à criança na 8ª Região de Saúde. Natal/RN, 2015.

Descrição		**1º Ciclo**		**2º Ciclo**		***P***
		Sim (%)	**Não (%)**	**Sim (%)**	**Não (%)**	
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?		24 (96)	1 (4)	25 (100)	-	1,000
A equipe realiza busca ativa das crianças:	Prematuras	20 (80)	5 (20)	15 (60)	10 (40)	0,227
	Com baixo peso	23 (92)	2 (8)	18 (72)	7 (28)	0,180
	Com consulta de puericultura atrasada	20 (80)	5 (20)	13 (52)	12 (48)	0,092
	Com calendário vacinal atrasado	24 (96)	1 (4)	21 (84)	4 (16)	0,375
Utiliza a caderneta de saúde da criança para o acompanhamento?		25 (100)	-	25 (100)	-	-
Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?		18 (72)	7 (28)	24 (96)	1 (4)	0,070

No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:	Vacinação em dia da criança	24 (96)	1 (4)	25 (100)	-	1,000
	Crescimento e desenvolvimento	25 (100)	-	24 (96)	1 (4)	1,000
	Estado nutricional	22 (88)	3 (12)	22 (88)	3 (12)	1,000
	Teste do pezinho	20 (80)	5 (20)	21 (84)	4 (16)	1,000
	Violência familiar	6 (24)	19 (76)	10 (40)	15 (60)	0,344
	Acidentes	4 (16)	21 (84)	8 (32)	17 (68)	0,344

Fonte: Avaliação Externa do PMAQ, 2012 e 2013.

A região do Assú, demonstra um grande desafio no cuidado à saúde das crianças, por apresentar avanços poucos consideráveis e vários índices que caíram alarmantemente do primeiro para o segundo ciclo do PMAQ.

Cada região de saúde, por sua natureza, deve refletir certa autossuficiência em ações e serviços concebida no processo de planejamento. A autossuficiência expressa o maior nível de complexidade a ser garantido pela política loco regional, ou seja, o quanto a rede constituída no território é capaz de suprir as necessidades de saúde da população que ali reside, com o mais alto grau de resolução possível para os problemas identificados.

Analisaremos abaixo as variáveis da saúde da criança a partir do PMAQ/AB nos dois primeiros ciclos da pesquisa, divididas em oito categorias, elencadas e debatidas a seguir, a partir do critério de similaridade e proximidade de temáticas. Utilizamos para a discussão dos dados, literatura pertinente ao tema e comparações com os dados do PMAQ/AB em âmbito nacional.

4.1 CONSULTAS DE PUERICULTURA EM CRIANÇAS DE ATÉ 02 ANOS E BUSCA ATIVA DE CRIANÇAS COM PUERICULTURA ATRASADA

Neste estudo, constatou-se um resultado bastante positivo quando avaliamos a realização deste acompanhamento das crianças menores de 2 anos em puericultura. Apenas a 2ª região de Saúde – Mossoró -, não atingiu 100% desta cobertura ao final do 2º ciclo desta pesquisa, demonstrando apenas 1 equipe com déficit (1,8% do total desta região).

As demais, ou já realizavam 100% da cobertura, ou a atingiram ao final do 2º ciclo do PMAQ/AB. Já quanto à busca ativa de crianças com consulta de puericultura atrasada, nota-se um declínio, quando comparados os dois ciclos da pesquisa, em quase todas as regiões. Os menores índices de cobertura de busca ativa foram as regiões de Santa Cruz (72,5%), Caicó (65,4%), e Assú (52%). Já as maiores coberturas, foram as das regiões Metropolitana (92,2%), Mossoró (91,2%) e Pau-dos-Ferros (89,3%), que respectivamente, possuem os melhores índices.

Fato como este demonstram uma relevante fragmentação do processo de trabalho das equipes de APS, as quais tem excelentes índices em consultas de puericultura, mas ao mesmo tempo, não conseguem realizar eficazmente a busca ativa dos que estão em atraso.

Tratando-se do resultado estadual desta variável, que corresponde a 99,8% das crianças menores de 02 anos do estado do RN sendo acompanhadas através da puericultura, mostra um resultado acima da média nacional, que é o valor de 95,1% das crianças.

Em estudo de Vitolo, Gama, e Campagnolo (2010) no Rio Grande do Sul, foram analisadas um total de 393 crianças de 12 a 16 meses acerca de acompanhamento de puericultura e observou-se que 53,2% das crianças estudadas não foram acompanhadas regularmente em consultas de puericultura. Constatou ainda que as mães procuram atendimento para seus filhos somente quando eles estão doentes. Nesse mesmo estudo a dificuldade de acesso foi o segundo motivo, em frequência, relatado pelos responsáveis para justificarem que seus filhos não foram levados para acompanhamento no serviço de Puericultura. Assim sendo, enfatizamos satisfatoriamente um dos resultados deste estudo, quando se trata dessa temática, que apresentou índices de acompanhamento bem superiores a este supracitado.

Em outro estudo realizado no Rio Grande do Sul, a porcentagem das crianças que abandonou o acompanhamento na pesquisa foi bastante elevado (47% das mães relataram ter abandonado às consultas), fato que se pode atribuir à dificuldade de locomoção (seja por condições financeiras ou de acessibilidade) da população até a UBS. Muitas vezes esse fato se conecta com a ausência de

agentes comunitários de saúde que possam realizar a busca das crianças que abandonaram o acompanhamento. (GAUTERIO, IRALA, CEZAR-VAZ, 2012)

Devemos sensibilizar a população a respeito da importância da puericultura para a prevenção de agravos e promoção da saúde das crianças e ainda para o fato de que é preciso dar condições de acesso ao serviço para a população desfavorecida socioeconomicamente.

4.2 BUSCA ATIVA DE CRIANÇAS PREMATURAS

Ao analisarmos os dados desta pesquisa, encontramos que no Rio Grande do Norte como um todo, a cobertura de busca ativa de crianças prematuras diminuiu consideravelmente – no primeiro ciclo da pesquisa apenas 12,8% não estavam sendo notificadas, e no segundo subindo para 24,6%. Este resultado acompanha o âmbito nacional, que também houve queda nesta variável. Os dados do Brasil para busca ativa de crianças prematuras caiu de um total de 80,8% no primeiro ciclo para 62,3% ao final do segundo ciclo da pesquisa.

Destacamos a 6ª região de saúde (Pau-dos-Ferros) com melhoria nesta variável – no primeiro ciclo do PMAQ havia a correspondência de 67,9% de buscas ativas de prematuros, passando para 78,6% das mesmas. Já a 3ª região, apesar de não ter tido crescimento, manteve-se sob bons índices nos dois ciclos da pesquisa. As regiões que mais declinaram nessa variável foram Santa Cruz e Assú, com uma queda de 20 e 30% cada uma, respectivamente.

Vettore et al (2013) realizou pesquisa acerca da qualidade do pré-natal das gestantes com ou sem história de prematuridade na cidade do Rio de Janeiro, e, estudou acerca de 1239 gestantes, das quais 259 (20,9%) tinham história de prematuridade e 980 (79,1%) não, quantidade bastante significativa frente à um problema de saúde pública tão relevante.

Em estudo de Ferraz et al (2010), discute-se o quão importante que todos os profissionais da área da saúde, inclusive os que atuam na Atenção Primária à Saúde, conheçam o correto manejo com recém-nascido e saibam identificar os que necessitam de acompanhamento especializado, de forma a encaminhá-los precocemente ao serviço, uma vez que nem sempre eles são

diretamente encaminhados após a alta das UTIs Neonatais ou seus pais ou cuidadores não realizam o encaminhamento feito.

É um grande desafio lidar com uma população exposta a um risco tão elevado de alterações potencialmente graves tratando-se de prematuridade, que somente pode ser superado através do estabelecimento de fluxos bem organizados, com profissionais de saúde treinados na identificação precoce de alterações e de questões não biológicas que envolvem o cuidado dessas crianças e, acima de tudo, dispostos a discutir os casos que vem acompanhando, as falhas do serviço, as atualizações sobre o tema e as demais questões envolvidas na organização do atendimento. (FERRAZ et al, 2010)

4.3 REGISTRO SOBRE ESTADO NUTRICIONAL DA CRIANÇA E BUSCA ATIVA DE CRIANÇAS COM BAIXO PESO

Neste estudo, os resultados para esta variável são bem divergentes, com pontos positivos e negativos. De forma geral, no estado houve uma diminuição quanto à busca ativa de crianças com baixo peso, encontrando no 1º ciclo da pesquisa um total de 35 equipes (correspondendo a 8,6% do total) que não a realizavam e no 2º ciclo esse quantitativo cresceu para 78 equipes (19,2% do total).

Já no tocante ao registro no território de estado nutricional das crianças, as equipes demonstraram avanço, onde no 1º ciclo 30 equipes relataram não realizar esse registro, e no 2º ciclo esse número de negativas caiu para 14 equipes (apenas 3,4% do total). Assim sendo, às equipes estão melhorando em registro, porém continuam com déficit em busca ativa das crianças com essas problemáticas.

Quanto à busca ativa, apenas a regional de Mossoró teve avanços, frente a enormes desafios, como a regional de Santa Cruz, com declínio de mais de 30% nesta variável. Destaco ainda, a única Região de Saúde que atingiu 100% de registros de estado nutricional de suas crianças atendidas na AB foi a 3ª Região de Saúde (João Câmara), apesar das demais regiões apresentarem avanços nesta variável ao final do segundo ciclo da pesquisa.

Dados nacionais destas variáveis mostram índices de 66,7% para busca ativa de crianças com baixo peso e 88,5% para registro de estado nutricional da criança. Já em nosso estado, esses números registram 80,8% e 96,6% respectivamente, demonstrando índices superiores à média nacional.

Estudo realizado em 2011 por Sass et al, demonstra a importante relação dos fatores de risco para o BPN, onde constatou-se que sua ocorrência está fortemente associada com a prematuridade, indicando que as crianças prematuras apresentam 20,86 vezes mais chances de apresentar peso abaixo do ideal quando comparadas com as crianças a termo. Portanto, estas variáveis estão intimamente relacionadas, e, portanto, apresentaram valores bastante semelhantes, corroborando com esse estudo.

4.4 REGISTRO SOBRE VACINAÇÃO EM DIA DA CRIANÇA E BUSCA ATIVA DE CRIANÇAS COM CALENDÁRIO VACINAL ATRASADO

Constatamos neste estudo, que mais uma vez, no que diz respeito a registro de informações os municípios vão muito bem, e quanto à busca ativa, há um declínio nos achados. No estado do RN, a quantidade de equipes que não realizam busca ativa de crianças com calendário vacinal atrasado, chega, no final do 2º ciclo da pesquisa ao valor de 38 equipes (9,3% das equipes não conseguem realizar esta busca ativa). Já quanto ao registro de crianças com vacinas em dia, apenas 1 equipe (0,2% do total) não as realizam.

Acerca de dados nacionais, quanto à registros sobre vacinação em dia das crianças totalizam 95,7%, tornando o dado do estado do RN (99,8%) também acima do nacional. Quanto à busca ativa de crianças com calendário vacinal atrasado, este total não passa dos 80,2%, sendo no RN, o total chegando a 90,7%.

Quanto às Regiões de Saúde separadamente, destacamos o fato de praticamente todas apresentarem declínio ao final do 2º ciclo na busca ativa de crianças com calendário vacinal atrasado (exceto a 6ª região – Pau dos Ferros que apresentou leve aumento destas). Já em relação aos registros de vacinação em dia das crianças, praticamente todas as Regiões tiveram avanços – algumas

chegando a 100% dos registros. Somente a 7ª Região de Saúde (Metropolitana) teve declínio nesta variável.

Em pesquisa realizada por Santos (2011), de um universo de 30 mães estudadas, todas relataram ser importante a imunização de suas crianças. Pôde-se perceber que é um resultado positivo, pois a conscientização delas sobre a importância do processo de vacinação ajuda no controle e erradicação das doenças. A interpretação dada por elas à vacinação de seus filhos influenciará na condução dos cuidados à saúde da criança.

Este mesmo estudo mostra em seus resultados que mesmo diante do trabalho de agentes de saúde e de toda a divulgação existente na mídia sobre vacinação, foram encontradas mães que demonstram falta de interesse e comprometimento em levar seus filhos para vacinar. As mães, em sua maioria, reconhecem a importância da vacinação, embora algumas tenham relatado manter o esquema vacinal atualizado por estarem mais interessadas em não perder benefícios financeiros de programas sociais que benefícios relacionados à saúde. (SANTOS, 2011)

Baixa renda, extremos de idade materna, maior número de filhos, baixa escolaridade materna, maior número de moradores no domicílio, residência há menos de um ano na área, falta de conhecimento acerca das doenças prevenidas por imunização e presença de doença na criança são fatores associados para a não vacinação. (SZWARCWALD, C. L., MENDONÇA, M. H. M., ANDRADE, C. L. T., 2006)

Estudos de Martins (2013) também evidenciam que as crianças acompanhadas na AB, seguem em sua grande maioria, com imunização em dia (apenas 6, de um universo estudado de 89 avaliadas), demonstrando efetividade desse nível de atenção. Estudos também demonstram que a cada 10 crianças que vão à óbitos por causas evitáveis, apenas 03 delas estavam apresentando imunização em dia. (OLIVEIRA, 2008)

4.5 UTILIZAÇÃO E EXISTÊNCIA DE ESPELHO DE CADERNETA DA CRIANÇA

Resultados bastante satisfatórios foram encontrados nesta variável. Quanto ao estado como um todo, no 1º ciclo da pesquisa, 401 equipes (98,5% do total) utilizam a caderneta de saúde da criança em seu território, número este que cresceu para 405 (99,5% do total) quando se compara ao 2º ciclo da pesquisa – restando apenas 2 equipes no estado que não a utilizam com afinco. Tratando-se do espelho, o resultado é menos positivo, porém vem demonstrando um forte avanço ao final do 2º ciclo do PMAQ. No 1º ciclo 73 equipes (17,9% do total) relataram não possuir espelho da caderneta de saúde da criança na UBS – já no 2º ciclo, este número cai para 26 (apenas 6,4% do total). Os dados nacionais para essa variável são de 95,1% para utilização da caderneta da criança e 81,5% para a existência do espelho da caderneta da criança, dados inferiores aos do estado foco deste estudo.

Destacamos positivamente em especial a 4ª (Caicó) e 5ª (Santa Cruz) Regiões de Saúde – geograficamente próximas, como as únicas que apresentaram forte avanço nesse quesito e ambas chegam ao final do 2º ciclo da pesquisa com 100% de utilização e espelho das cadernetas, demonstrando um bom entendimento da importância dessa ferramenta que contribui para o cuidado integral à saúde das crianças.

Em estudo realizado pela OMS, envolvendo 178 países, foi constatado que, em 80% deles, os profissionais de saúde encontravam dificuldades no uso das cadernetas para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Salienta-se a necessidade de capacitar os profissionais de saúde que atendem à criança para o preenchimento correto da caderneta e orientação às mães, tendo em vista ser esta um instrumento fundamental para a vigilância da saúde infantil. Além disso, o diálogo com a família possibilita a compreensão da importância da caderneta para a saúde da criança e para a autonomia da família no cuidado aos seus filhos. (REICHERT et al, 2012)

Estudo realizado por Costa et al no ano de 2014 sobre preenchimento de cadernetas da criança, demonstrou dados diferentes dos obtidos através da avaliação do PMAQ/AB. O estudo mostrou que apenas 85 das 342 incluídas na pesquisa tinham a caderneta de saúde com preenchimento adequado, ou seja, havia, no mínimo, um precário registro de dados importantes na mesma. Torna-

se um resultado inesperado, frente a esta realidade contrária encontrada no mesmo período do estudo.

4.6 REGISTRO SOBRE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

No tocante a essa temática, os dados encontrados nesta pesquisa foram um tanto divergentes. No estado como um todo, foi crescente e positivo os índices de consultas de CD – passando de 97,1% para 98,3% de registros, com apenas 7 equipes no estado com déficit nesta variável (1,7% do total). Nacionalmente, esse dado corresponde a 91,6%, ou seja, o estado foco desta pesquisa segue com mais esta variável acima da média nacional.

Já as regiões com número decrescente nesta temática foram: 1ª (São José de Mipibú), 5ª (Santa Cruz), 7ª (Metropolitana) e 8ª Região (Assú), tendo esta última um maior declínio, de 4% do total. Destacamos ainda este declínio na Região Metropolitana do Estado, onde concentra-se a maior parte da Rede de Serviços de Saúde do Estado e incontestavelmente onde a maior parte dos recursos são investidos, em todos os níveis de complexidade da assistência.

Em um estudo sobre óbitos evitáveis em crianças realizado especificamente em Natal/RN (Oliveira, 2008), evidenciou-se que apenas 03 em 10 crianças estudadas estavam sendo acompanhadas em consultas de CD antes do óbito.

4.7 REGISTRO SOBRE TESTE DO PEZINHO DA CRIANÇA

Neste estudo, foram encontrados dados bastante relevantes quanto ao registro de realização do teste do pezinho nas crianças do território, visto que este é um indicador sensível do cuidado às crianças de um dado território, sendo importante para a efetivação da Semana de Saúde Integral da Criança, com alta qualificada e acompanhamento eficaz neste período fundamental para o crescimento saudável da criança. Mesmo ao final do 2º ciclo do PMAQ e mediante à grande importância desta ferramenta para o diagnóstico precoce de diversas doenças que podem acometer as crianças, 42 equipes (ou 10,3% do

total) não possui esses registros, podendo essas crianças não terem realizado a triagem neonatal. Salientamos que é um procedimento realizado pelo SUS, que preconiza-se alcançar 100% dos RNs.

Em estudo sobre a média nacional acerca do teste do pezinho, o percentual encontrado é de 81,5% de registro de realização do mesmo, total inferior ao do estado em foco.

Destacamos também que nenhuma das Regiões analisadas separadamente chegaram a 100% de registros, conforme preconizado pelo MS. A maior parte das Regiões tiverem melhoria crescente, apesar de não chegar aos 100% - foram elas: 1ª (São José de Mipibu), 4ª (Caicó), 6ª (Pau dos Ferros), 7ª (Metropolitana) e 8ª (Assú) Regiões. A 3ª Região (João Câmara) manteve-se igual com 4 equipes sem os registros (que totalizam 14,3% do total) ao final dos dois ciclos da pesquisa. Já as 2ª (Mossoró) e 5ª (Santa Cruz) Regiões tiveram declínio, ou seja, registraram menos ainda ao final do 2º ciclo sobre esta variável.

Segundo o estudo de Oliveira (2008), ao entrevistar mães que não realizaram o teste do pezinho em seus RNs, as mesmas alegaram o motivo da não realização foi devido ao profissional que realizava a coleta estaria de férias, assim como outras referiram esquecimento de data e horário.

4.8 REGISTRO SOBRE VIOLÊNCIA FAMILIAR E ACIDENTES

Neste estudo, ressaltamos o significativo aumento na identificação e acompanhamento de fatos relacionados à violência familiar e acidentes com crianças, provavelmente pela melhoria nas notificações e intervenção dos profissionais de saúde nesses acontecimentos.

Nesta pesquisa, esta variável foi a que mais variou quando comparamos os dois ciclos da pesquisa. O número de registros sobre Violência Familiar e Acidentes aumentou consideravelmente. Curiosamente, apenas em duas das oito Regiões de Saúde este número declinou – 3ª (João Câmara) e 7ª (Metropolitana). Este dado chama a atenção para a melhoria nas notificações dessa temática, as quais, provavelmente sempre ocorreram, porém, com os avanços da área social e da liberdade de expressão, fez com que esta variável surgisse com tanta importância neste estudo.

Em estudo de base nacional do PMAQ frente aos resultados de violências e acidentes, os dados encontrados foram bem similares aos encontrados neste estudo, concordando com relevante aumento nesta variável. Tratando-se de violências e acidentes, respectivamente, o número passou de 33,6% e 32,7% no primeiro ciclo para 48,3% e 46,2% no final do segundo ciclo da pesquisa.

Em pesquisa realizada por Lobato, Moraes e Nascimento (2012), em entrevista aos profissionais de saúde sobre esta temática, os entrevistados destacaram vários tipos de violência em seus territórios de atuação, que envolvem crianças. Associaram estas formas de violência à desestruturação da família, ao uso e tráfico de drogas, ao desemprego e à pobreza.

A real prevalência de violência em crianças é desconhecida, pois muitos só o revelam na idade adulta. Estudos mostram que, no mundo todo, a prevalência de maus-tratos na infância e adolescência é muito alta, apesar da dificuldade de avaliação desses dados. No Brasil, encontrou-se aproximadamente 15% de casos de abuso e negligência em crianças, prevalência menor que na Índia (36%), Egito (26%) e Filipinas (37%), mas muito acima dos dados do Chile (4%) e dos Estados Unidos (4,9%). (REICHENHEIM et al, 2011; LEGANO, MCHUGH, PALUSCI, 2009)

A notificação de casos de violência contra crianças é apresentada na legislação como um direito das vítimas e um dever dos profissionais de saúde. Estes devem reconhecer o momento adequado para notificar, preparar a família esclarecendo-a sobre a obrigatoriedade da unidade de saúde em proceder à notificação, o seu teor e significado, a quem é dirigida, suas vantagens e possíveis desdobramentos. (BRASIL, 2002; PIRES, MIYAZAKI, 2005)

Em estudo realizado no ano de 2009 no Distrito Federal e mais 23 capitais do Brasil, mostrou que, houveram atendimentos a crianças vítimas de acidentes, predominando os casos mais leves. As ocorrências foram mais frequentes no domicilio e os acidentes mais comuns foram as quedas, seguidas de outros acidentes e acidentes de transporte. As ocorrências foram mais frequentes em crianças de 2 a 5 anos. As quedas foram mais frequentes do mesmo nível entre maiores de 2 anos, em 0 a 1 ano ocorreram mais quedas de berços, cama e mobílias. Chama a atenção o fato de a bicicleta/velocípede

constituir-se no meio de locomoção da vítima mais comum entre os atendimentos por acidentes de transporte, fato relacionado ao frequente uso desse veículo nas brincadeiras próprias desse grupo etário. (MALTA et al, 2012)

Estudos têm mostrado que os acidentes na infância ocorrem com mais frequência em crianças do sexo masculino, o que pode ser justificado pelos diferentes comportamentos de cada sexo e por fatores culturais, como estímulo a determinadas brincadeiras entre meninos que são mais ativas como: jogar bola, uso de bicicleta e tendência cultural em manter as meninas em casa envolvidas em brincadeiras mais tranquilas, como brincar de bonecas. (FILÓCOMO et al, 2002)

A partir dos resultados dessa pesquisa, podemos lançar novas hipóteses ao estudo, visto que, se formos analisar regionalmente o estado do RN, a maior chance seria de seguir com aumento constante nas variáveis da Região Metropolitana, por trata-se da maior e mais bem estruturada em todos os aspectos de saúde e demais setores. Porém, o destaque maior veio justamente da Região mais distante da Metropolitana – a Região de Pau dos Ferros, que vem com mais índices positivos e crescentes ao final do segundo ciclo da pesquisa, tornando-se um resultado inesperado.

Elencando implicações práticas, teremos que apesar de o MS ter adotado estratégias para alavancar melhorias na eficiência e na qualidade dos serviços de saúde que são prestados na AB, constata-se ainda um número significativo que equipes que não avançaram ou involuiram quanto às informações em Saúde da Criança, ao final do seguimento do segundo ciclo do PMAQ/AB.

Comparando os dados encontrados neste estudo com os dados nacionais da mesma avaliação, pudemos perceber que o estado do Rio Grande do Norte apresenta achados mais satisfatórios que a média do Brasil.

Em relação aos dados, é oportuno lembrar que os dados primários foram obtidos por meio de entrevistas aos profissionais de saúde e vistoria realizada pelos avaliadores treinados para tal, assim como, futura gratificação às equipes que obtivessem nota satisfatória à avaliação. Um dos limites do emprego de metodologias como essas, é de que hajam distorções nas informações, gerando vieses a ser analisados com atenção pelo pesquisador.

Diante dos contextos apresentados nesta discussão, destaca-se que a presença e o seguimento dos atributos acesso e qualidade na APS, possibilitaria a certificação de resolutividade da atenção à saúde das crianças. Acredita-se que o processo de avaliação das ações de saúde desenvolvidas pelos municípios participantes do PMAQ/AB, possa ser oportuno na indução de mudanças nas condições, no funcionamento das UBS e na qualificação de suas equipes interprofissionais de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há um padrão uniforme referente ao acesso e ampliação considerável a consultas de puericultura em menores de 02 anos no estado do Rio Grande do Norte. Já os grupos vulneráveis (tais como, prematuros, baixo peso), há certo declínio nos resultados desta pesquisa, principalmente nas variáveis de busca ativa. Provavelmente os grupos mais vulneráveis são os que não estão comparecendo às UBS, podendo gerar uma baixa cobertura, ferindo o princípio da equidade. Como desafios, podemos elencar as variáveis relacionadas à busca ativa, principalmente: prematuras, baixo peso e puericultura atrasada.

Em grande parte dos resultados deste estudo encontramos falhas de processo de trabalho, tornando a tríade: busca ativa/registro/oferta, altamente fragmentada, onde muitas vezes se realiza um e se abstém de outro, fato que retrocede o trabalho em equipe e integrado. Portanto, os desafios compreendem a integração da análise e atuação pela equipe quanto a tríade aqui elencada, em especial aos grupos vulneráveis. Nos índices de cobertura, destacamos o avanço, porém ainda insuficiente de realização de exames de triagem neonatal – que é um exame preconizado pelo SUS e deve ser feito em 100% dos RNs – onde os índices encontrados pelo PMAQ não condizem com os preconizados.

O aumento considerável de registros de acidentes e violências envolvendo crianças merecem destaque, se relacionando diretamente à melhoria nesses registros, e melhor intervenção da rede Psicossocial nas regiões onde o cuidado nesta variável não avançou. Os bons índices de uso e espelho de caderneta da criança podem ser advindos de melhor capacitação dos profissionais de saúde, principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a partir de ofertas pedagógicas do UNASUS (Sistema de Universidade Aberta do SUS).

Como proposições, podemos refletir sobre diversos aspectos, dentre eles, destaco a Educação Permanente e continuada com os profissionais da APS. Deve-se também estimular e atuar sempre buscando uma “alta qualificada” para estas crianças, devendo haver sempre uma melhor relação de integração e diálogo entre as maternidades de referência (onde nasceram ou ficaram internadas as crianças) e as equipes da APS. Todo recém-nascido ao receber

alta já deve ser contactada a sua equipe de referência de seu território para que os mesmos já possam ter acesso a esse RN, bem como a realização da visita domiciliar na primeira semana de vida, visando a busca precoce de prematuros, baixo peso ao nascer, e, principalmente, o nosso panorama atual da epidemia de microcefalia. Contato este que pode se dar via algum aplicativo a ser criado em parceria com os entes da tecnologia do SUS, para garantir a melhor ligação entre a equipe da maternidade com a da APS de sua localidade.

Pensar fortemente sobre a Rede Psicossocial, de onde vem um dos principais resultados deste estudo (aumento de registros sobre acidentes e violência), visando maiores ações nas regiões que menos realizaram esses registros. Qualificar equipes de saúde, voltados à nossa realidade atual, com novas patologias incidentes nas crianças (dentre elas, destacamos novamente a microcefalia – que não está contemplada ainda nas variáveis do PMAQ/AB), com o objetivo de fortalecer e desenvolver cada vez mais ações de políticas públicas em prol das famílias e realidades locais das comunidades. Somado a isso, existe a necessidade de criar rotinas relacionadas à vigilância e promoção da saúde da criança no território, no sentido da integralidade do cuidado.

Os objetivos desta pesquisa foram alcançados, destacando o papel do PMAQ como reorientador da qualificação das práticas e contribuindo para o acesso e qualidade das ações em saúde da criança.

As limitações do estudo giram em torno do fato da avaliação do PMAQ não ser baseada na avaliação de 4ª geração, sendo mais direta e momentânea do que interativa e de negociação entre os grupos de interesse no objeto em que está sendo avaliado. Além disso, percebemos que o PMAQ/AB é uma forma de avaliação centrada na qualidade, porém, apresentando algumas falhas, visto que as avaliações são realizadas pontualmente, e principalmente que, as variáveis do tema deste estudo em especial poderiam ser mais detalhadas e atualizadas frente aos nossos problemas de saúde da atualidade, visando estimular e orientar quanto ao trabalho em equipe, interprofissional e intersetorial.

Por fim, a organização dos serviços de saúde e do processo de trabalho, na atenção à saúde da criança, exige práticas consonantes com as políticas públicas e com os princípios e diretrizes do SUS. Desta forma, emerge a necessidade de se investir em processos de educação permanente e reflexão,

também, permanente dos modos como as equipes da Saúde da Família têm organizado seus processos de trabalho.

REFERÊNCIAS

ABREU, T. VIANA L. CUNHA, C. **Desafios na utilização da caderneta de saúde da criança: entre o real e o ideal.** J Manag Prim Health Care. 2012;3(2):80-3.

ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface – Comunicação, saúde e educação, v. 9, n 16, p 39-52, fev. 2005.

ALVES, C. R. L. VIANA, M. R. **A. Saúde da família: cuidando de crianças e adolescentes**. Belo Horizonte: COOPMED; 2003.

AQUINO, R. OLIVEIRA, N.F., BARRETO, M.L. **Impacto do Programa de Saúde da Família na redução da mortalidade infantil em municípios brasileiro**s Universidade Federal da Bahia - Instituto de Saúde Coletiva Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Doutorado em Saúde Pública Porto Alegre - 2008 American Journal of Public Health, 98(12), dezembro de 2008.

BARDIN, L. ***Análise de conteúdo***. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília, 2000.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Cadernos de Atenção Básica nº 8.** Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika.** Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Temática de Saúde da Criança e

Aleitamento Materno. **Caderneta de Saúde da Criança: passaporte para a cidadania.** Brasília; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília (DF): Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal.** Brasília (DF); 2004.

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: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde**– Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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, 2012.62 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272p. (Cadernos de Atenção Básica – 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana da Saúde. – 4a. ed. – Brasília: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral À Saúde Da Criança.** Brasília, 2015.

BRASIL. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). **ECA 25 anos, Avanços e desafios para a infância e a adolescência no Brasil.** Rio de Janeiro: julho de 2015.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Articulação em Redes de Atenção à Saúde. Redes Regionalizadas e Territórios Integrados de Atenção à Saúde. **TEIAS: A estratégia: Pressupostos, Componentes e Diretrizes.** Brasília, DF, 01 de out de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Imunizações 30 anos** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2003.

CECCON, R. F. et al. **Mortalidade infantil e Saúde da Família nas unidades da Federação brasileira, 1998-2008**. Cad. saúde colet., Rio de Janeiro , v. 22, n. 2, p. 177-183, 2014.

COSTA, J. S. D. et al. **Assistência à criança: preenchimento da caderneta de saúde em municípios do semiárido brasileiro.** *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2014, vol.14, n.3, pp.219-227.

COUTINHO, J.G. GENTIL, P. C., TORAL, N. **A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição.** Cad Saude Publica 2008; 24(Supl. 2):332-340.

DONABEDIAN, A. **The assesment of tecnology and quality.** Int J Technol Assess Health Care, v.4, p.487-96. 1988.

DONABEDIAN, A. **The seven Pillars of Quality.** Archives of Patology and Laboratory Medicine, 1990. p.114:115-118.

FAUSTO, M. C. R. **Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira.** 2005. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: IMS/Uerj.

FELISBERTO, E. et al. **Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife , v. 9, n. 3, p. 339-357, Set. 2009.

FERRAZ, S. T. et al. **Programa de follow-up de recém nascidos de alto risco: relato de experiência de uma equipe multidisciplinar.** Rev. APS, Juiz de Fora/MG, vol. 13, n. 01, p. 133-39, jan-mar. 2010.

FILÓCOMO, F. R. F., et al. **Estudo dos acidentes na infância em um pronto-socorro pediátrico.** Rev Latino-am Enfermagem 2002; 10(1):41-47

FONSECA, J. J. S. ***Metodologia da pesquisa científica*.** Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FONSECA, F. F. et al. **As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção**. Rev. paul. pediatr., São Paulo , v. 31, n. 2, p. 258-264, Junho 2013.

FRANCIOTTI, D. L.; MAYER, G. N.; CANCELIER, A. C. L. **Fatores de risco para baixo peso ao nascer: um estudo de caso controle.** Arquivos Catarinenses de Medicina, Santa Catarina, v. 39, n. 3, p. 63-69, 2010.

GAUTERIO, D. P.; IRALA, D. A.; CEZAR-VAZ, M. R. **Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano.** Rev. bras. enferm. 2012, vol.65, n.3, pp.508-513.

GERMAN, T. et al. **O grupo como estratégia para a atenção integral da criança lactente.** Ciênc Cuid Saúde. 2007. 120-5.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Effective evalution.** San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1988.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

KESSLER M.; MENEGAZZO E.; BERRA ET AL. **Cobertura das estratégias de fortalecimento da atenção básica em saúde.** Revista de pesquisa Cuidado é Fundamental Online. Rio Grande do Sul. 2015;

JODAS, D. A.; SCOCHI, M. J.; MOURA, M. B.; TIWATA, M. Z. **Atendimento à criança e às mães: investigação do óbito evitável em menores de cinco anos.** *Rev. Gaúcha Enferm.* [online]. 2011, vol.32, n.4, pp. 669-675. ISSN 1983-1447.

LACERDA, W. A.; SANTIAGO, I. M. L. S. **A participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba.** Rev. katálysis, Florianópolis , v. 10, n. 2, p. 197-205, Dec. 2007.

LEAO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. **Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife , v. 11, n. 3, p. 323-334, Sept. 2011.

LEITE, G.B. BERCINI, L. O. **Caracterização das crianças atendidas na puericultura do programa saúde da família do município de Campo Mourão, Paraná, em 2003**. Cienc. cuid. saude. 2005;4(3):224-30.

LEGANO, L., MCHUGH, M. T., PALUSCI, V.J. **Child Abuse and Neglect. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care**. 2009;39:31.e1-26.

LOBATO, G. R.; MORAES, C. L.; NASCIMENTO, M. C. **Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 28, n. 9, p. 1749-1758, Set. 2012.

MALTA, D. C. et al. **Acidentes e violência na infância: evidências do inquérito sobre atendimentos de emergência por causas externas - Brasil,**

2009. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 17, n. 9, p. 2247-2258, Set. 2012 .

MARTINS, C. B. G. **Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2013, vol.66, n.4, pp. 578-584.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília (DF): OPAS; 2012.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. L. G.; COTTA, R. M. **Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

MONTEIRO, C. A. CONDE, W.L. **Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996)**. Rev Saude Publica 2000; 34(6):52-61.

MOREIRA, R. S.; FIGUEIREDO, E. M. **Instrumentos de avaliação para os dois primeiros anos de vida do lactente.** *Rev. bras. crescimento desenvolvimento humano.* 2013, vol.23, n.2, pp. 215-221. ISSN 0104-1282.

OLIVEIRA, R. B. MELO, E. C. P. **Perfil dos óbitos infantis no município do Rio de Janeiro segundo peso ao nascer, no ano de 2002**. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 mar; 12 (1): 25 –9.

OLIVEIRA, A. R. S. M. **Análise de Qualidade da Atenção à Saúde da Criança na Estratégia de Saúde da Família: o óbito infantil evitável como referência.** Natal, 2008.

ONIS, M. et al. **The worlwide magnitude of protein-energy malnutrition: an overview from the WHO global database on child growth**. Bull WHO 1993; 71: 703-12.

OSIS, M. J. M. D. **Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. S25-S32, 1998 .

PAES, et. al. **Determinantes do Desenvolvimento na Primeira Infância.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Textos para discussão nº 1478, 2010.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA, 2008.

PICINNI, R. X. et al. **Efetividade da atenção ao Pré-Natal e a Puericultura em Unidades Básicas de Saúde do Sul e Nordeste do Brasil.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 07, n. 01, p. 75-82, jan/mar 2007.

PIRES A. L. D, MIYAZAKI, M. C. O. S. **Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais de saúde.** Arq Ciênc Saúde 2005;12:42-9.

REICHERT, A. P. S., et al. **Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.** Rev Rene. João Pessoa/PB, 2012; 13(1):114-26.

REICHENHEIM, M. E., SOUZA, E. R., MORAES, C. L., MELLO, J. M. H. P., SILVA, C. M. F. P., MINAYO, M. C. S**. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead.** Lancet. 2011;377:1962-75.

RODRIGUES, V.; SANTOS, C. R. I.; PEREIRA, M. U. **A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre.** *Saúde debate* [online]. 2014, vol.38, n.spe, pp. 173-181. ISSN 0103-1104.

ROMANI, S. A. M. LIRA, P.I.C. **Fatores determinantes do crescimento infantil.** Rev Bras Saúde Matern Infant 2004; 4(11):15-23.

SALES, M. L. H. et al. **Qualidade da atenção à saúde da criança na estratégia saúde da família.** Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., São Paulo , v. 23, n. 2, 2013.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. **Conceitos de acesso à saúde**. Rev Panam Salud Publica, Washington , v. 31, n. 3, p. 260-268, mar. 2012.

SANTOS, L. B. et al. **Percepção das mães quanto à importância da imunização infantil.** Rev Rene, Fortaleza, 2011 jul/set; 12(3):621-6.

SASS, A.; GRAVENA, A. A. F.; PELLOSO, S. M. e MARCON, S. S. **Resultados perinatais nos extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer.** *Rev. Gaúcha Enferm.* 2011, vol.32, n.2, pp.362-368.

SILVA, M. V. et al. **Acesso à creche e estado nutricional das crianças brasileiras: diferenças regionais, por faixa etária e classe de renda**. Rev Nutr 2000; 13(3):193-139.

SILVA, R. M. M.; VIERA, C. S. **Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2014, vol.67, n.5, pp. 794-802. ISSN 0034-7167.

SILVA, M. C. L. S. R.; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. **A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 45, n. 5, p. 1250-1255, out. 2011 .

SOUSA, M. L. B.; MELO, C. A. V. **Impacto da Política de Atenção Básica à Saúde na Taxa de Mortalidade Infantil nos Municípios Brasileiro.** Revista Política Hoje, São Paulo, Vol. 22, n. 1, 2013.

SOUSA, F.G.M.; ERDMANN, A. L.; MOCHEL, E. G. **Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde.** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2011, vol.20, n.spe, pp. 263-271. ISSN 0104-0707.

SOUZA, L. C. S. e et al. ***Matriz swot como ferramenta de gestão para melhoria da assistência de enfermagem: estudo de caso em um hospital de ensino.*** Minas Gerais: Revista Eletrônica Gestão & Saúde, 2013.

STARFIELD B. **Measuring Measuring the attainment of attainment of primary primary primary care**. J med Educ. 1979 May; 54(5): 361-9.

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

SZWARCWALD, C. L., MENDONÇA M. H. M., ANDRADE, C. L. T. **Indicadores de atenção básica em quatro municípios do estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional.** Cien Saude Col 2006; 11(3):643-655.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 20, supl. 2, p. S190-S198, Jan. 2004.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. ***Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde.*** *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 18, n. 6, 2002.

VETTORE, M. V. et al . **Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife , v. 13, n. 2, p. 89-100, Junho, 2013 .

VICTOR, A. C. G. et al. **Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios.** The Lancet. Londres, p.32-46, maio. 2011.

VITOLO, M. R.; GAMA, C. M. e CAMPAGNOLO, P. D. B. **Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados.** J. Pediatr. Vol. 86. Rio de Janeiro. 2010.

ANEXOS

Lista de Municípios que aderiram ao 1º e 2º Ciclo do PMAQ/AB por ordem alfabética:

RN	ACARI
RN	ASSU
RN	AFONSO BEZERRA
RN	ALMINO AFONSO
RN	ANGICOS
RN	ANTÔNIO MARTINS
RN	APODI
RN	AREIA BRANCA
RN	ARÊS
RN	AUGUSTO SEVERO
RN	BARCELONA
RN	BODÓ
RN	BOM JESUS
RN	BREJINHO
RN	CAIÇARA DO NORTE
RN	CAIÇARA DO RIO DO VENTO
RN	CAICÓ
RN	CAMPO REDONDO
RN	CANGUARETAMA
RN	CARAÚBAS
RN	CARNAÚBA DOS DANTAS
RN	CORONEL JOÃO PESSOA
RN	CURRAIS NOVOS
RN	DOUTOR SEVERIANO
RN	ENCANTO
RN	ESPÍRITO SANTO
RN	EXTREMOZ
RN	FELIPE GUERRA

RN	FRANCISCO DANTAS
RN	FRUTUOSO GOMES
RN	GOIANINHA
RN	GUAMARÉ
RN	IPANGUAÇU
RN	ITAJÁ
RN	ITAÚ
RN	JAÇANÃ
RN	JANDAÍRA
RN	JANDUIS
RN	JANUÁRIO CICCO
RN	JAPI
RN	JARDIM DE PIRANHAS
RN	JOSÉ DA PENHA
RN	JUNDIÁ
RN	LAGOA DE PEDRAS
RN	LAGOA DE VELHOS
RN	LAGOA SALGADA
RN	LAJES
RN	LAJES PINTADAS
RN	LUCRÉCIA
RN	LUIS GOMES
RN	MACAÍBA
RN	MACAU
RN	MAJOR SALES
RN	MARCELINO VIEIRA
RN	MAXARANGUAPE
RN	MESSIAS TARGINO
RN	MONTANHAS
RN	MONTE ALEGRE
RN	MONTE DAS GAMELEIRAS
RN	MOSSORÓ

RN	NATAL
RN	NÍSIA FLORESTA
RN	OLHO D´ÁGUA DOS BORGES
RN	PARANÁ
RN	PARAÚ
RN	PARAZINHO
RN	PARELHAS
RN	PARNAMIRIM
RN	PASSA E FICA
RN	PASSAGEM
RN	PATU
RN	PAU DOS FERROS
RN	PEDRO VELHO
RN	PENDÊNCIAS
RN	PORTALEGRE
RN	PORTO DO MANGUE
RN	PRESIDENTE JUSCELINO
RN	RAFAEL GODEIRO
RN	RIACHO DA CRUZ
RN	RIACHO DE SANTANA
RN	RUY BARBOSA
RN	SANTA CRUZ
RN	SANTANA DO MATOS
RN	SANTO ANTÔNIO
RN	SÃO BENTO DO NORTE
RN	SÃO FERNANDO
RN	SÃO FRANCISCO DO OESTE
RN	SÃO GONÇALO DO AMARANTE
RN	SÃO JOSÉ DE MIPIBÚ
RN	SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE
RN	SÃO MIGUEL
RN	SÃO PAULO DO POTENGI

RN	SÃO PEDRO
RN	SÃO RAFAEL
RN	SÃO VICENTE
RN	SENADOR ELOI DE SOUZA
RN	SENADOR GEORGINO AVELINO
RN	SERRA NEGRA DO NORTE
RN	SERRINHA
RN	SERRINHA DOS PINTOS
RN	SEVERIANO MELO
RN	SÍTIO NOVO
RN	TABOLEIRO GRANDE
RN	TENENTE ANANIAS
RN	TIBAU
RN	TIBAU DO SUL
RN	UMARIZAL
RN	UPANEMA
RN	VENHA VER
RN	VERA CRUZ
RN	VIÇOSA
RN	VILA FLOR

Municípios que compõem cada região de saúde do estado do Rio Grande do Norte

3ª Região de Saúde - João Câmara

4ª Região de Saúde – Caicó/RN

5ª Região de Saúde - Santa Cruz

6ª Região de Saúde - Pau dos Ferros

7ª Região de Saúde - Metropolitana

8ª Região de Saúde - Assú