



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ASSOCIADO EM ENFERMAGEM**



**ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL:
AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

CILÍCIA AQUINO DA SILVA

**MANAUS- AM
2018**

CILÍCIA AQUINO DA SILVA

**ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL:
AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Associado em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará com a Universidade Federal do Amazonas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. MARIA JACIREMA FERREIRA GONÇALVES

**MANAUS - AM
2018**

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S586a Silva, Cílicia Aquino da
Atenção à saúde da criança no Brasil: avaliação das ações desenvolvidas na atenção primária à saúde / Cílicia Aquino da Silva. 2018
71 f.: il. color; 31 cm.

Orientador: Maria Jacirema Ferreira Gonçalves
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Saúde da Criança. 2. Avaliação dos Serviços de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Enfermagem em Saúde Pública. I. Gonçalves, Maria Jacirema Ferreira II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

CILÍCIA AQUINO DA SILVA

**ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL:
AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Associado em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará com a Universidade Federal do Amazonas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 05 de julho de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Jacirema Ferreira Gonçalves

Universidade Federal do Amazonas

Prof^o. Dr. Tiotefris Gomes Fernandes

Universidade Federal do Amazonas

Prof^a. Dr^a. Arinete Veras Fontes Esteves

Universidade Federal do Amazonas

DEDICATÓRIA

À minha família, meu porto seguro.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus, fortaleza e refúgio em todos os momentos de minha vida.

Aos meus queridos pais Cecília e Orlei por todo o amor, incentivo e dedicação e aos quais devo tudo que sou e a pessoa que me tornei.

Aos meus irmãos Valônia, Harley e Ornella, pelo amor, carinho e apoio dispensados nas horas em que mais precisei.

Ao meu amado filho Matheus Augusto, motivo pelo qual fez com que chegasse até aqui e vencesse essa batalha.

A Elia Guimarães por todo o carinho e cuidados dedicados ao meu filho nos momentos em que estive ausente.

Aos gestores e colegas de trabalho, por todo o apoio, incentivo e liberação para os estudos.

Às colegas de turma, amigas Alcemira Bandeira, Alessandra Cristina, Bruna Meireles, Joice Claret, Márcia Travassos, Mitsi Moises, Valéria Pacheco, pela amizade, apoio e companheirismo nesta trajetória.

Aos mestres, todos que contribuíram na construção do meu conhecimento e, em especial, à Professora Dr^a Maria Jacirema, por ter aceitado ser minha orientadora, assim como pela dedicação e incentivo, motivos pelos quais fez com que não desistisse desta caminhada.

Aos demais amigos que estiveram comigo e me incentivaram, meu eterno agradecimento.

EPÍGRAFE

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)

RESUMO

Objetivo: Avaliar as ações voltadas à saúde da criança desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Método:** Pesquisa avaliativa da Atenção Básica (AB), com dados do segundo ciclo, coletados em 2014, do Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ - AB. Das Equipes de Atenção Básica (EAB) selecionadas para este estudo, foi computado o percentual de respostas afirmativas, das que informaram ofertar consultas para crianças. As variáveis selecionadas para este estudo foram organizadas nos grupos temáticos ‘Planejamento e Gerenciamento da Assistência’ e ‘Desenvolvimento de Ações’. Após a organização das variáveis nos grupos temáticos, elaborou-se uma classificação geral, considerando o ponto de corte definido. Admitiu-se o limite de $\geq 90\%$ para as variáveis com classificação "Alta"; a classificação "Baixa" foi atribuída às variáveis que apresentaram percentual de resposta menor que 80%; já a classificação "Média" ficou na posição intermediária, $\geq 80\%$ e $< 90\%$. Foi realizada a análise da frequência de classificação das variáveis nas temáticas em que foram distribuídas e organizadas, no Brasil e grandes regiões. **Resultados:** Nos grupos temáticos ‘Planejamento e Gerenciamento da Assistência’ e ‘Desenvolvimento de Ações’, identificou-se que a região Norte concentra o maior número de variáveis na classificação “Baixa”, seguida do Centro-Oeste. As regiões Nordeste e Sudeste apresentaram o maior número de variáveis na classificação “Alta”, nas duas temáticas apresentadas. Quanto a realização das ações de planejamento e autoavaliação, consideradas estratégias essenciais à estruturação do processo de trabalho das equipes na APS, a classificação “Baixa” novamente foi mais frequente nas regiões Norte e Centro – Oeste, apesar de estar presente nas demais regiões. Destaca-se que na temática ‘Desenvolvimento de Ações’, a utilização de protocolos assistenciais recebeu classificação ‘Baixa’ em todas as regiões analisadas, assim como a realização de busca ativa. **Conclusão:** As ações voltadas à saúde da criança na APS no Brasil estão aquém das diretrizes constantes nas Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC). As diferenças regionais detectadas e a frequência de classificação “Baixa” são indicativos de que a atenção à primeira infância precisa ser repensada na AB, a fim de garantir a melhoria do acesso e da qualidade. O planejamento de ações, considerado eixo norteador da prática assistencial parece estar negligenciado. Com isso, o eixo relacionado a execução das ações na APS fica comprometido, o que auxiliariam substancialmente a prática assistencial, no sentido de desenvolver a AB com parâmetros comparáveis em todo o Brasil, já que fornece as diretrizes do processo de trabalho, tornando a comparabilidade factível, mesmo considerando as especificidades regionais.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the actions aimed at children's health developed in Primary Health Care in Brazil. **Method:** Evaluation of Primary Health Care (PHC), with data from the second cycle, collected in 2014, of the Program for Improving Access and Quality of Primary Health Care - PMAQ - PHC. From the PHC's Teams selected for this study, the percentage of affirmative responses was calculated, from which they reported offering consultations to children. The variables selected for this study were organized in the thematic groups 'Planning and Management of Care' and 'Development of Actions'. After the organization of the variables in the thematic groups, a general classification was elaborated considering the defined cut-off. The limit of $\geq 90\%$ for the variables with "High" classification was assigned; the "Low" classification was assigned to the variables that presented a response percentage lower than 80%; otherwise the classification "Medium" was in the intermediate position, $\geq 80\%$ and $< 90\%$. We analyzed the frequency of classification of variables in the themes in which they were distributed and organized in Brazil and according to macro-regions. **Results:** In the thematic groups 'Planning and Management of Assistance' and 'Development of Actions', it was identified that the North region concentrates the largest number of variables in the classification 'Low', followed by the Central-West. The Northeast and Southeast regions presented the highest number of variables in the "High" classification, in the two themes presented. Regarding planning and self-assessment actions, considered essential strategies for the structuring of the work process of the teams in the PHC, the "Low" classification was more frequent in the North and Central-West regions, despite being present in the other regions. It should be noted that in the theme 'Development of Actions', the use of health care protocols the 'Low' classification was assigned in all regions analyzed. **Conclusion:** Actions targeted to children's health in PHC in Brazil fall short of the guidelines set forth in the National Policy on PHC and National Policy on Child Health Care. The regional differences detected and the frequency of "Low" classification are indicative that the health care of the child needs to be rethought in the PHC, in order to guarantee improved access and quality. The planning of actions, considered the guiding axis of health care practice, seems to be neglected. Thus, the axis related to the execution of the actions in the PHC is compromised, which would substantially aid the practice of health care in the development of PHC with comparable parameters throughout Brazil, since it provides the guidelines of the work process, making comparability feasible, even considering regional specificities.

Descriptors: Primary Health Care; Children's Health; Health Services Evaluation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária a Saúde

CSAP – Condições Sensíveis a Atenção Primária

EAB – Equipes de Atenção Básica

ESF – Estratégia Saúde da Família

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PNAISC – Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança

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

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PCATool - Primary Care Assessment Tool

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

Unicef – Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. JUSTIFICATIVA	17
3. OBJETIVOS	20
3.1. Objetivo geral	20
3.2. Objetivos específicos	20
4. REVISÃO DE LITERATURA	21
4.1. Atenção Primária a Saúde	21
4.2. Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Criança	23
4.3. Avaliação de Serviços de Saúde	27
5. MÉTODOS	31
5.1. Tipo de Estudo	31
5.2. População e Amostra	31
5.3. Instrumentos	32
5.4. Coleta de Dados	32
5.5. Variáveis	33
5.6. Análise dos Dados	36
5.7. Aspectos Éticos	37
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	68

APRESENTAÇÃO

Para a realização deste estudo foram utilizados os dados da pesquisa nacional referentes ao Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Trata-se de um programa do Ministério da Saúde, desenvolvido em todos os estados brasileiros por instituições de ensino (Universidades) e/ou pesquisa. Portanto, a proposta aqui apresentada é parte integrante do projeto coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) – Fiocruz, que ficou responsável por nove estados, dentre eles o Amazonas. O projeto maior foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da ENSP, obedecendo aos requisitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Como foram utilizados dados de todo o Brasil, este projeto referente à análise da atenção a saúde da criança na APS também foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas, via Plataforma Brasil.

O texto da dissertação inicia-se com a contextualização da Atenção Primária à Saúde (APS), com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as Políticas de Atenção à Saúde da Criança e o Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) destacando a necessidade de avaliação dos serviços de saúde, na introdução e justificativa do trabalho. Nos objetivos destacam-se o enfoque para a saúde da criança e a pesquisa avaliativa na APS, assim como a identificação das diferenças regionais entre as grandes regiões do Brasil na qualidade das ações voltadas ao público infantil, neste nível de atenção. Na revisão de literatura, busca-se ressaltar sobre a atenção à saúde da criança, a APS e a avaliação de serviços e programas de saúde, além do PMAQ. A seção de métodos detalha todo o processo de avaliação das ações voltadas à saúde da criança na Atenção Básica, enfatizando a descrição da metodologia ora proposto, criado a partir das afirmativas às variáveis selecionadas do PMAQ. Foram definidos grupos temáticos de ações voltadas à saúde da criança na APS e, a

partir do percentual das respostas pré-definido no ponto de corte para este estudo, classificou-se o padrão desejável para classificação da APS nas regiões do Brasil.

A seção de resultados é apresentada em forma de artigo científico e, portanto, já contempla a discussão; onde discorreu-se sobre a distribuição da classificação das temáticas entre as grandes regiões. O artigo obedece à formatação da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, para onde será submetido, e as referências são somente do referido artigo. Ademais do artigo, a dissertação apresenta sua própria conclusão onde se destacam os achados, indicando que a avaliação realizada permitiu compreender como está a implementação da atenção à saúde da criança na APS no Brasil. A lista de referências bibliográficas ao final refere-se aos documentos citados na dissertação como um todo.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a reorganização da Atenção Primária a Saúde (APS) teve início com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi fortalecido com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), a partir do ano de 1994 (MALTA; SANTOS, 2003). Posteriormente foi definido que a operacionalização do PSF deve ser realizada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual foi adotada como principal modelo de organização do sistema de saúde. Esta, por sua vez, tem como proposta o cuidado integral de pessoas, em seu contexto familiar e comunitário, tendo como suporte teórico e prático a integralidade da atenção, a promoção da saúde e a vigilância em saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Importante esclarecer que, no Brasil, a utilização do termo “Atenção Básica” contrapõe-se à perspectiva assumida por muitos países e organizações internacionais, que entendem a APS como um conjunto de ações de baixa complexidade, voltadas às populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social. Portanto, a fim de resgatar o caráter universalista da Declaração de Alma-Ata, no Brasil mudou-se a designação assumindo que o termo 'básica' refere-se àquilo que serve de base, sustentação, e não algo elementar (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que normatiza esse nível de atenção no Brasil, considera equivalentes os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária a Saúde (BRASIL, 2017). A ESF foi eleita como forma prioritária para reorganizar a APS no Brasil. Nessa perspectiva, deve apresentar os atributos essenciais da APS para a consolidação do SUS e, a partir do envolvimento do setor saúde com a comunidade, apresentar também os

atributos derivativos para atender integralmente o indivíduo/comunidade e intervir de acordo com suas necessidades.

A PNAB define também os princípios norteadores para a assistência integral à saúde da criança por meio de uma equipe multiprofissional, com base nas diretrizes do SUS. Estes princípios têm como objetivo orientar gestores no planejamento das ações, levando-se em consideração o acesso universal, o acolhimento, a responsabilização, a assistência integral e resolutiva, a atuação em equipe, as ações de promoção da saúde, além da avaliação permanente e sistematizada da assistência oferecida à criança (DEL CIAMPO et al., 2006).

Em 2015, o Brasil assumiu com outros países a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. No objetivo 03 dessa Agenda, os países se comprometeram em, até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 05 anos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015). Para isso, dentre outras medidas, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.130, de 05 de Agosto de 2015, aprovou e publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno visando à redução da morbimortalidade. Tem a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, no sentido de proporcionar um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015).

O acentuado crescimento da ESF redefiniu sua importância enquanto estratégia reorganizadora da APS e colocou no centro da discussão questões relacionadas à qualificação das equipes e à resolubilidade, impulsionando a necessidade de se avaliar a expansão que a estratégia teve no país, e suas repercussões no acesso e na qualidade. Além disso, é preciso verificar seu impacto sobre a saúde da população, bem como a articulação efetiva deste nível de atenção com os demais níveis de organização do sistema (MEDRADO; CASANOVA;

OLIVEIRA, 2015). Diversos autores evidenciaram a importância da prática avaliativa no processo planejamento e de tomada de decisão, nos diversos pontos do sistema de saúde (CHAMPAGNE, 2011; TANAKA; TAMAKI, 2012). Neste sentido, destaca-se a incorporação do processo de avaliação como política governamental e prática institucional.

Na perspectiva de se avaliar a qualidade das ações desenvolvidas na APS, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), através da Portaria 1.654, publicada em 19 de julho de 2011, vinculando o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas Equipes de Atenção Básica (EAB). Entre os objetivos do programa, destacam-se a institucionalização da cultura de avaliação da AB no SUS (BRASIL, 2011a). O programa foi criado com vistas a contribuir para a melhoria do processo de trabalho das equipes de atenção básica, como também para a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços ofertados à população brasileira.

Considerando que a APS deve ser acesso preferencial à rede de atenção, capaz de coordenar a assistência em outros níveis de atenção, oferecendo cuidados centrados na pessoa ao longo do tempo e não sobre a doença, bem como a necessidade de se avaliar as ações desenvolvidas na APS no âmbito da atenção a saúde da criança, emergiu o seguinte questionamento: como está a qualidade das ações voltadas a atenção à saúde da criança, conforme avaliação da atenção básica, nas grandes regiões do Brasil? Nessa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo avaliar as ações voltadas à saúde da criança desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Sabe-se que as ações desenvolvidas na APS são essenciais para a promoção e manutenção da saúde, especialmente por meio do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, o que contribui para redução da morbimortalidade infantil. A

APS deve proporcionar espaço ideal para as orientações da família e comunidade, direcionadas as vulnerabilidades que permeiam esse ciclo de vida da criança.

2. JUSTIFICATIVA

A infância deve ser reconhecida e considerada como um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde das populações. A atenção integral a criança requer um olhar especial às suas especificidades, a fim de garantir uma assistência efetiva. Sendo a APS espaço propício para a promoção da saúde infantil, o planejamento de ações e modelo de organização do cuidado desenvolvidos nesse nível de atenção precisam ser continuamente analisados, com o intuito de ofertar serviços a população com mais qualidade e resolutividade (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011). Assim, a saúde da criança é uma área estratégica para a APS, devido à vulnerabilidade do grupo infantil a diversas doenças e à prevalência de desfechos negativos à saúde dessa população.

A APS, como modelo reordenador da prática de atenção à saúde, é capaz de coordenar a referência e contra referência, orientando o trabalho no âmbito das Redes de Atenção. Um sistema de saúde que tem como referencial a APS é mais efetivo, com maior nível de satisfação da população, tem custos menos elevados e é mais equânime, embora se tenha um cenário com grandes desigualdades sociais. Deste modo, destaca-se o papel da APS como importante modelo de atenção à saúde, onde as ações desenvolvidas neste nível são capazes de refletir no sistema de saúde como um todo, acarretando também redução nos índices de morbidade e mortalidade. Problemas de acesso ou de desempenho podem indicar deficiência na cobertura dos serviços ou baixa resolutividade da APS (HARZHEIM; STEIN; ÁLVAREZ-DARDERT, 2004).

Conforme preconizam os eixos centrais da PNAISC, os programas direcionados à linha de cuidado da criança orientam transferir o foco da assistência baseado na resolução de agravos e/ou distúrbios, para um modelo que abrange as necessidades da criança, principalmente nos aspectos relacionadas ao acompanhamento de seu processo de

crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2015). Neste, incluem-se o nascimento seguro, a promoção do crescimento e desenvolvimento, alimentação saudável, garantia de níveis elevados de cobertura vacinal e a identificação dos processos patológicos; favorecendo o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz. Assim, destaca-se o papel das equipes da APS, no sentido de promover o desenvolvimento de ações baseadas no incremento de medidas preventivas, como também da melhoria dos tratamentos ambulatoriais (NEDEL et al., 2010). Portanto, avaliar a efetividade das ações desenvolvidas na APS podem servir de indicador do funcionamento deste nível de atenção, e assim como pode ser uma via de mensuração da qualidade da assistência. Portanto, seus resultados podem auxiliar na avaliação das ações desenvolvidas ou redirecioná-las, caso se detecte um padrão desfavorável ao sucesso da assistência à criança.

A avaliação dos serviços e ações prestadas pela APS faz-se relevante, pois representa uma fonte de identificação de problemas, fortalecimento de resultados positivos e elaboração de propostas de aprimoramento. O resultado da avaliação pode servir como subsídio importante para gestores e equipe de saúde, tendo como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde. A avaliação deve subsidiar o levantamento de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (HARTZ; VIEIRA, 2005). Ao se investir em processos de monitoramento e avaliação, busca-se contribuir decisivamente com o objetivo de qualificar a atenção à saúde e melhorar o desempenho dos serviços.

Na perspectiva de avaliar a qualidade, o Ministério da Saúde PMAQ - AB, o qual visa promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde, com garantia de um padrão

de qualidade comparável em todo o Brasil, mas considerando as especificidades regionais, permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à APS (BRASIL, 2011a). No âmbito do PMAQ existe a fase de avaliação externa, em que todas as equipes de saúde que aderiram ao programa foram avaliadas, e esses dados podem ser utilizados para avaliar as ações de saúde à atenção à saúde da criança, no nível básico de cuidado.

Alguns estudos realizados utilizaram instrumentos de avaliação da APS, como o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), que tem como ênfase a aferição do grau de orientação da APS, através dos seus atributos. Em levantamento bibliográfico realizado, foram identificadas pesquisas que utilizaram PCATool-Brasil versão criança para avaliar os atributos da APS relacionados no cuidado à criança na ESF (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; VAZ et al., 2015). Porém poucos estudos relacionam a qualidade e resolutividade das ações desenvolvidas na APS, por meio da avaliação da qualidade dos serviços de saúde, principalmente no que se refere à atenção a saúde da criança. Neste sentido, percebe-se a necessidade de foco específico sobre a saúde da criança, assim como o relacionamento de dados sobre a qualidade da APS, fato este ainda não detectado na literatura.

Assim, os resultados deste estudo poderão subsidiar o planejamento de estratégias e execução de ações no âmbito APS para as crianças, como também, ser de grande valia para os gestores envolvidos com a APS, contribuindo para avaliação da implantação das políticas de saúde no Brasil, no sentido de se alcançar assistência com mais qualidade. Ainda, poderá promover mudanças nas ações desenvolvidas pelas equipes envolvidas no processo do cuidado à saúde do público alvo desta pesquisa, para que suas ações sejam pautadas conforme preconizam a PNAB e PNAISC.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Avaliar as ações voltadas à saúde da criança desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

3.2. Objetivos específicos:

- Caracterizar as ações voltadas à atenção saúde da criança, no Brasil.
- Estabelecer classificação para a qualidade das ações voltadas à saúde da criança na atenção primária no Brasil, e sua consonância com a PNAB.
- Identificar as diferenças entre as grandes regiões do Brasil, relacionadas a avaliação das ações voltadas à saúde da criança na Atenção Primária à Saúde.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1. Atenção Primária à Saúde

A APS foi assumida como elemento central em sistemas de saúde de países a partir da Conferência de Alma-Ata em 1978 e ratificada no mesmo ano pela Conferência Mundial de Saúde como fundamental para a conquista de saúde para todas as pessoas. É definida como um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo, envolvendo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Considerado o nível de atenção reordenador da rede de atenção à saúde, a APS, quando bem estruturada, é capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde da população (SOUSA et al., 2016). Contudo, quando não é efetiva, compromete a capacidade de resolutividade de todos os demais níveis de atenção à saúde (NEDEL et al., 2010). Portanto, é necessária não somente uma APS operante, mas sim, com qualidade e resolutividade.

O Ministério da Saúde adotou a Estratégia Saúde da Família como elemento central para a reorganização da Atenção Primária no Brasil e, portanto, essencial para o alcance dos objetivos de universalização, equidade e integralidade. A ESF é definida por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, estes em contato permanente com o território (BRASIL, 2017). A organização dos serviços de saúde da Atenção Primária por meio da ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada.

A operacionalização da APS por meio das linhas de cuidado é uma estratégia para ação e alcance da atenção integral, um dos princípios do SUS, o que proporciona a produção

do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda atenção compartilhada com os demais sistemas. Com a garantia da integralidade na atenção à saúde, é possível a otimização de recursos e serviços ofertados à população e usuários. Neste sentido, com a organização das linhas de cuidado é possível ser estabelecido um fluxo capaz de conduzir os processos de trabalho de forma eficiente e eficaz (MERHY; CECÍLIO, 2003).

Além disso, para que APS seja efetiva e de qualidade, a mesma deve ser operacionalizada em atributos, os quais direcionam a organização do serviço e a conduta profissional. Os primeiros atributos, denominados essenciais, compreendem o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Os três demais são os atributos derivados: a focalização na família, a orientação comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2002).

Entre os atributos essenciais, o primeiro contato refere-se à porta de entrada no sistema de saúde, a acessibilidade e a utilização do serviço no caso de problemas de saúde. Quanto à longitudinalidade, pressupõe a existência da oferta regular e ao longo do tempo de cuidados em saúde, sendo a interação entre serviço e população, mediada por uma relação cooperativa e de confiança entre usuários, suas famílias e profissionais, que implica no acompanhamento do usuário, mesmo que este seja encaminhado para outro serviço. A integralidade caracteriza-se pelo conjunto de serviços capaz de prover o atendimento a população, abrangendo os princípios de promoção, prevenção, cura, reabilitação e cuidado paliativo. A coordenação ou integração da atenção implica na capacidade de garantir a continuidade da atenção, sendo possível ocorrer pelo atendimento pelo mesmo profissional, pelo registro em prontuário ou ambos (STARFIELD, 2002).

Com relação aos atributos derivados, a atenção à saúde centrada na família compreende a focalização na família, estabelecendo-a como o sujeito da atenção, exigindo da

equipe de saúde uma interação com a mesma, com objetivo de responder as necessidades de saúde dos seus membros. A orientação comunitária implica no reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade, que demanda a realização de uma análise situacional destas necessidades e a sua integração com outros setores, sendo capaz de orientar o planejamento de ações de saúde e destinação de recursos. A competência cultural caracteriza-se pela relação horizontal entre a equipe de saúde e a população, respeitando-se as singularidades culturais (STARFIELD, 2002).

A APS possui papel fundamental na atenção a saúde da população infantil, na prevenção de agravos à saúde e redução de morbimortalidade, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (RONCALLI; LIMA, 2006); contribuindo na prevenção e cura dos problemas prevalentes na infância, como a pneumonia, diarreia e desidratação; reduz o número de internações e integra os cuidados estabelecendo a referência e contrarreferência, quando necessita de serviços em outros níveis de atenção (HARZHEIM; STEIN e ÁLVAREZDARDET, 2004), o que vem a ser fortalecido na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reforçando a atenção à criança como uma área programática prioritária (BRASIL, 2017).

4.2. Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Criança

Segundo a OMS, a infância é reconhecida como um ciclo de vida que vai de 0 a 9 anos, sendo considerada uma etapa de vida prioritária dentro dos cuidados à saúde das populações. O direcionamento da atenção à saúde da criança consiste no desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação, levando em consideração a dimensão de outros aspectos envolvidos como o epidemiológico, social, cultural e psicológico, o que contribui na formulação e implantação de políticas públicas para este grupo populacional (BRASIL, 2005a).

No Brasil, as políticas públicas e ações de saúde voltadas para a população infantil sempre foram alvo de atenção ao longo do tempo, porém passaram a ser organizadas em programas a partir da década de 1980. Em 1984 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), considerado um marco assistencial na saúde da criança, com proposta de assistência integral em substituição à assistência médico-curativista. A criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ampliando o texto do Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, regulamentou os direitos das crianças e adolescentes, como o direito à saúde, à educação, ao esporte, ao lazer, à cultura, a proteção e a convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990).

Em 1995, com a finalidade de reduzir a mortalidade na infância, reduzir a incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas e dos distúrbios nutricionais, garantir e fortalecer a promoção da saúde e as ações preventivas na infância com abordagem integral foi desenvolvida a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Esta estratégia, originalmente formulada pela OMS e pelo Unicef, fora adotada e adaptada pelo Ministério da Saúde, cuja operacionalização seria efetivada principalmente pela ESF (FELISBERTO et al., 2002).

O lançamento da Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, em 2004, definiu princípios norteadores para a assistência integral à saúde da criança por meio de equipe multiprofissional, baseado nas diretrizes do SUS, com o objetivo de orientar gestores no planejamento das ações, considerando o acesso universal, o acolhimento, a responsabilização, a assistência integral e resolutiva, a atuação em equipe, as ações de promoção da saúde, além da avaliação permanente e sistematizada da assistência oferecida à criança (BRASIL, 2005a).

No ano de 2011, por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, foi instituída pelo Ministério da Saúde, a Rede Cegonha uma proposta inovadora, que envolve uma rede de cuidados para garantir segurança e qualidade assistencial à mulher em todo seu ciclo reprodutivo, bem como à criança por meio do nascimento seguro, cuidado integral e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento até os dois anos de idade com resolutividade. Com objetivo de ampliar o acesso; melhorar a qualidade do pré-natal com oferta de transporte no período pré-natal e no momento do parto; vincular a gestante à unidade de referência para o parto; garantir vaga para a gestante e bebê; assegurar as boas práticas no parto e nascimento e acompanhante de livre escolha da mulher, bem como o planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011b).

Ao analisar os indicadores de saúde voltados a população infantil, pode se destacar que ocorreram avanços significativos na redução do indicador relacionado a mortalidade infantil. O Brasil reduziu os índices de mortalidade infantil em dois terços antes mesmo do período pactuado para alcance, sendo um dos primeiros países a atingir a meta 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) firmados no ano de 2000, cujo o objetivo era o de reduzir este indicador até o ano de 2015. De 1990 até 2014, a mortalidade de crianças menores de 05 anos foi reduzida em mais de 77% (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015). Entretanto, o Brasil tem muitos desafios a superar, principalmente no que se refere ao enfrentamento das iniquidades dos indicadores regionais e em grupos vulneráveis.

Apesar do lançamento e estruturação de todos esses programas e portarias, somente em 2015 ocorreu de fato o lançamento de uma Política voltada para Atenção à Saúde da Criança, a fim de promover a integralidade do cuidado, articulando as ações de saúde em todos os níveis de atenção, alinhando com a definição das condições estruturais necessárias para sua implementação em todas as esferas de gestão do SUS. A Política Nacional de

Atenção Integral à Saúde da Criança foi instituída, conforme Portaria nº 1.130, de 05 de Agosto de 2015 (BRASIL, 2015).

A PNAISC tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento, tendo em sua estrutura eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa (BRASIL, 2015).

Perpassando os princípios de universalidade, equidade e integralidade, conforme preconiza o SUS, esta política define os eixos de ação considerando a dimensão e complexidade das políticas públicas. Assim, tornou-se evidente o fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos desta política em consonância com os eixos temáticos da PNAB, determinando a efetivação e consolidação de uma linha de ação para este público (RONCALLI; LIMA, 2006).

A organização da atenção integral à saúde da criança em linha de cuidado coloca-se como uma estratégia para orientação de gestores e profissionais de saúde dos três níveis de atenção, visando a garantia da continuidade do atendimento e à articulação das várias ações desenvolvidas pela rede de cuidado em saúde com a proteção social no território. Assim, exigindo a interação com os demais sistemas de garantia de direitos, proteção e defesa de crianças (MERHY; CECÍLIO, 2003).

Os programas de saúde voltados à promoção e prevenção, com foco na linha de cuidado da criança direcionam as ações não somente conforme o agravo e/ ou distúrbio apresentado, mas sim em uma atenção que contemple a criança por meio do acompanhamento de seu processo de crescimento e desenvolvimento. Com isso, promover a saúde integral da criança é fundamental, para que esta cresça e se desenvolva em toda a sua plenitude (BRASIL, 2010a).

Assim, espera-se que, com a implantação e implementação das políticas públicas de saúde voltadas a criança, seja possível reduzir a morbimortalidade na população infantil. Acredita-se também que, com a ampliação da cobertura dos serviços de saúde, em especial da APS, ocorra uma diminuição do número de internações por condições que poderiam ser resolvidas se dispomos de uma APS resolutiva e de qualidade (NEDEL et al., 2010).

4.3. Avaliação de Serviços de Saúde

O processo de avaliação conduz a reflexão e construção do conhecimento, permitindo a observação e análise de um determinado contexto, por meio de percepções individuais. Na saúde, a avaliação emerge como resposta para contribuir na escolha de ações de saúde eficazes, a fim de atender as necessidades da população e promover melhoras nos determinantes e indicadores (SARTI et al., 2012).

A avaliação, de maneira geral, é conceituada por diversos autores, estando intimamente relacionados ao contexto histórico, social e aos métodos de avaliação. Entre os conceitos, Contandriopoulos (1997), Champagne et al. (2011), referem que avaliar consiste, fundamentalmente, na realização de um julgamento de valor em relação a uma intervenção, um serviço ou sobre qualquer um de seus componentes, com o propósito de nortear a tomada de decisão. Nessa acepção, Uchimura e Bosi (2004), corroborado por Aguilar e Ander-Egg (1994), expõem que avaliar consiste julgar, estimar, medir e classificar algo ou alguém.

No sentido de promover uma avaliação da qualidade em saúde, Donabedian (1990; 2005) propôs que esta seja produto de fatores relacionados a estrutura, processo e resultados da assistência, orientando que estes relacionam-se entre si. Conforme o autor, a estrutura engloba as diferentes fontes de recursos destinados à assistência a saúde. O processo abrange as atividades desenvolvidas entre profissionais e usuários. Quanto ao resultado, esta relacionado a satisfação e expectativas dos usuários no que se refere aos serviços prestados. No presente estudo, adotou-se o entendimento de Donabedian para avaliação de serviços de saúde.

Ainda nesta perspectiva, Donabedian (1990) ampliou e descreveu também os pilares da qualidade, descrevendo-os da seguinte forma: a eficácia (a melhor capacidade de atendimento para alcance do melhor resultado, nas condições mais favoráveis), a efetividade (melhorias possíveis e atingíveis, nas condições usuais da prática cotidiana), eficiência (maior capacidade de melhoria de saúde com menor custo), equidade (igualdade na oferta do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde), aceitabilidade (sinônimo de adaptação das intervenções às expectativas, anseios e valores daqueles para quem as ações são dirigidas), otimização (equilíbrio favorável entre os custos e os benefícios) e legitimidade (aceitabilidade das ações ou produtos da forma em que são compreendidos pela população).

Novaes (2000), identifica três tipos de avaliação, conforme o objetivo de que pretenda alcançar com o processo avaliativo empreendido. A primeira delas é a avaliação para pesquisa, onde a prática avaliativa servirá como fator de orientação para a tomada de decisão em relação aos fatos relacionados à realização da pesquisa. A avaliação para decisão, cujo objetivo principal servirá para nortear os processos de tomada de decisão. Já a avaliação para gestão, tem como finalidade a produção de conhecimento necessário para contribuir no aprimoramento de uma dada situação (objeto avaliado).

Sob o aspecto da avaliação para gestão, Tanaka e Tamaki (2012) complementam que o processo avaliativo consiste em uma ferramenta ou instrumento que permite subsidiar a gestão, pois viabiliza a condução do funcionamento dos serviços, no sentido de se alcançar os objetivos definidos para as ações. E, segundo o Ministério da Saúde a avaliação é componente fundamental do planejamento e, por conseguinte para a gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2005b).

A garantia da qualidade da atenção constitui um dos principais desafios do SUS. Essa qualidade deve, necessariamente, envolver os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). A avaliação como componente da gestão em saúde tem hoje um reconhecimento que se traduz na existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em relação a avaliação dos atributos da APS esta torna-se fundamental, uma vez que a avaliação é um instrumento de gestão que embasa a tomada de decisão, orienta mudanças e sugere possibilidades para a efetivação dos princípios do SUS. Além disso, favorece o controle social por meio do compartilhamento dos resultados com a população, a qual deve participar do processo da tomada de decisão (FERNANDES et al., 2009).

Com propósito de avaliar a qualidade da atenção à saúde na APS, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o Programa de Melhoria da Atenção Primária a Saúde, que tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território, na construção de parâmetros de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde (BRASIL, 2011a).

O PMAQ-AB é composto por 4 (quatro) fases, que compõem um ciclo. A fase 1 é denominada Adesão e Contratualização, onde todas as equipes da atenção básica, incluindo as de saúde bucal, poderão aderir ao programa. A fase 2 refere-se ao desenvolvimento, que deverá ser implementada por meio da autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional as equipes. Já na fase 3, denominada avaliação externa, está é realizada por instituições de ensino e ou/pesquisa, através da verificação de evidências a um conjunto de padrões previamente determinados e também pelo Ministério da Saúde, a partir do monitoramento de indicadores. Além disso, é feita avaliação da rede local de saúde, satisfação do usuário e estudo sobre aspectos do acesso, utilização e qualidade da APS. Na fase 4, chamada Recontratualização, é caracterizada pela pactuação dos municípios com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade (BRASIL, 2011a).

Assim, o processo de avaliação representa um instrumento que pode auxiliar na identificação de problemas relacionados a ações e serviços em saúde visando à resolução e correção dos mesmos. Pode ainda apontar novos caminhos na busca de uma APS que, além de atuar como coordenadora do cuidado do usuário, seja fortalecida e resolutiva visando melhores resultados dos indicadores de saúde (SARTI et al., 2012).

5. Métodos

5.1. Tipo de Estudo

Esta é uma pesquisa avaliativa da Atenção Primária à Saúde, com dados coletados em 2014, na fase de avaliação externa, do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria e Acesso da Qualidade da Atenção Básica.

Foram utilizados como padrões e normas, os documentos do Ministério da Saúde (MS) que norteiam o trabalho voltado à saúde da criança na APS no Brasil, conforme a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017) e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2015). A PNAB servirá como norteadora para eleição das variáveis que apresentam as ações necessárias na assistência à saúde da criança na AB ali descritos e, da PNAISC, será definido o embasamento que venha corroborar com a escolha dessas variáveis, pois estas ações devem abranger ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência da criança, na promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, estímulo ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável, como também a atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância, além de outras necessidades, como violência familiar, prevenção de acidentes e situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2015).

5.2. População e Amostra

Foram utilizados os dados das 29.778 equipes de APS que aderiram ao segundo ciclo do PMAQ e que responderam ao questionário de avaliação externa em todo o Brasil. Este quantitativo representa 86% das equipes atuantes no território brasileiro à época da coleta, conforme os dados do site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php).

Foram selecionados os dados das equipes que afirmaram ofertar consultas para crianças até dois anos, totalizando 27.195 equipes de AB. Esses dados foram agrupados em nível estadual, com análise por região.

5.3. Instrumentos

Os instrumentos de coleta de dados do PMAQ foram criados, estruturados e padronizados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf. Acesso: 13 de junho de 2017.

Nesta pesquisa foram utilizados os dados do módulo II sobre a entrevista realizada com o profissional de nível superior da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde. O foco foi obter informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários. Embora haja uma temática voltada à atenção à saúde da criança, foram averiguadas questões em outros tópicos que perpassam longitudinalmente a área da saúde da criança.

5.4. Coleta de Dados

A coleta de dados utilizada do PMAQ foi realizada no local de trabalho, por entrevistadores previamente capacitados e supervisionados para obedecer ao padrão de obtenção dos dados. A Avaliação Externa ocorreu em todo o território nacional, por instituições de ensino e pesquisa em todo o País, cujos representantes tanto contribuíram na formulação do instrumento de pesquisa, quanto elaboraram o manual de campo, que unificou todo o processo de coleta de dados (BRASIL, 2011).

A coleta ocorreu por meio de entrevista pré-agendada a um profissional de nível superior, indicado pela própria equipe de saúde, e verificação de documentos no local. As

respostas foram registradas em meio eletrônico seguindo os padrões do Ministério da Saúde, onde o entrevistador observava e/ou questionava os tópicos constantes no formulário e depois assinalava nos tablets e enviava via internet ao servidor do banco de dados do Ministério da Saúde para consolidação dos dados.

5.5. Variáveis

Os dados do PMAQ foram organizados em planilhas, sem identificação dos respondentes, com o devido dicionário de variáveis, com anuência da coordenação do projeto pela Escola Nacional de saúde Pública (ENSP)/ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Das planilhas foram filtradas as variáveis de interesse para esta análise, que foram agrupadas em dois grupos, as quais são apresentadas no quadro a seguir:

Operacionalização da Atenção à Saúde da Criança
Planejamento e Gerenciamento da Assistência
A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?
Existe documento que comprove que a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente?
Existe documento que comprove que a equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?
Existe documento que comprove que foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos 6 meses?
Existe documento que comprove que os prontuários dos usuários da equipe de atenção básica estão organizados por núcleos familiares?
A gestão apoiou a organização do processo de trabalho visando a melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ?
A agenda dos profissionais está organizada para a realização de visita domiciliar?

A agenda dos profissionais está organizada para a realização de ações de grupos de educação em saúde?
Existe documento que comprove que a equipe possui mapas com desenho do território de abrangência?
A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?
Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea?
A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?
A equipe possui o registro do seu território da crianças até dois anos?
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para Crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento)?
A programação da agenda da equipe está de acordo com o risco classificado, para as situações de crianças até dois anos?
Utiliza a caderneta de saúde da criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?
Existe documento que comprove que a Unidade possui espelho das cadernetas de saúde da criança ou outra ficha com informações equivalentes na unidade?
Desenvolvimento de Ações
A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para as queixas mais frequentes na criança?
A equipe programa oferta de consultas para crianças até dois anos?
A equipe oferta ações para crianças?
A equipe realiza busca ativa de crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento)
A equipe realiza busca ativa de crianças prematuras?
A equipe realiza busca ativa de crianças com baixo peso?
A equipe realiza busca ativa de crianças com consulta de puericultura atrasada?
A equipe realiza busca ativa de crianças com calendário vacinal atrasado?

A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?
Existe documento que comprove a realização de consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?
Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?
No acompanhamento das crianças no território há registro sobre vacinação em dia da criança?
No acompanhamento das crianças no território há registro sobre crescimento e desenvolvimento?
No acompanhamento das crianças no território há registro sobre estado nutricional?
No acompanhamento das crianças no território há registro sobre Teste do Pezinho?
A equipe realiza ações de Vigilância Alimentar e Nutricional?
A equipe conhece a “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”?
A equipe avalia e monitora índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável?
A equipe realiza sistematicamente mensuração de peso e altura das crianças menores de dois anos de idade?
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde?
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para a temática gestantes e puérperas (aleitamento materno)?
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para a temática alimentação saudável?

Quadro 1 – Variáveis selecionadas para avaliação das ações voltadas à saúde da criança, conforme temáticas da Política Nacional de Atenção a Integral a Saúde da Criança – PNAISC

Nota: Elaborada pela autora

‘Planejamento e Gerenciamento da assistência’: Variáveis que pudessem representar as atividades desenvolvidas pelas equipes de APS que facilitassem a operacionalização das

ações voltadas à saúde da criança, tais como treinamentos, capacitações e planejamento de ações. Foram selecionadas também as variáveis que pudessem representar o caráter administrativo da assistência à saúde da criança como a utilização de protocolos que padronizem as atividades desenvolvidas. O total de variáveis selecionadas para este grupo temático foi 17.

‘Desenvolvimento de ações’: Selecionadas as variáveis que tratam da execução de ações voltadas à saúde da criança na APS, pelas equipes de saúde deste nível de atenção, totalizando 22 variáveis.

5.6. Análise dos dados

As variáveis do PMAQ selecionadas correspondem às próprias perguntas utilizadas no questionário de avaliação externa (Quadro 1). Para esta análise, o percentual de respostas afirmativas ao item questionado foi registrado. Os aspectos que podem estar envolvidos à saúde da criança, foram agrupados, didaticamente, a fim de permitir avaliar a atenção à saúde da criança de acordo com uma classificação de qualidade testada heurísticamente, no sentido de identificar a classificação interpretável, que represente a qualidade da atenção à saúde da criança. As variáveis foram organizadas e analisadas conforme as temáticas ‘Planejamento e Gerenciamento da Assistência’ e ‘Desenvolvimento das Ações’.

Assim, após a organização das variáveis nos grupos temáticos, elaborou-se uma classificação geral, considerando a estratificação da distribuição percentual de cada variável. O ponto de corte utilizado para definir a classificação, foi baseado no julgamento de que seria desejável, que todas as atividades fossem realizadas por 100% das EAB. No entanto, admitiu-se o limite de $\geq 90\%$ para classificação "Alta"; a classificação "Baixa" foi atribuída às variáveis com menos de 80% de execução pelas EAB; já a classificação "Média" ficou na posição intermediária, $\geq 80\%$ e $< 90\%$.

A análise das relações entre as regiões do Brasil e as categorias de classificação da APS a atenção à saúde da criança foi avaliada pela análise de correspondência. Nesta, busca-se identificar as proximidades das categorias analisadas, destacando descritivamente suas relações por meio de uma matriz de proximidade, cuja medida utilizada foi euclidiana. Com a classificação das variáveis, foi possível realizar a análise do quantitativo de equipes de saúde em cada categoria, conforme Brasil e regiões.

5.7. Aspectos éticos

Este projeto é parte de um projeto maior, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Públicas (ENSP) da Fiocruz em nove estados, e foi aprovado pelo comitê de ética da ENSP sob o CAAE 02040212.1.0000.5240, a fim de atender os aspectos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Por se tratar de um braço específico do projeto geral, este projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas – UFAM (CAAE 80546817.9.0000.5020) e Parecer nº 2.422.702, pois foram utilizados dados de todo o Brasil.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo são apresentados em formato de artigo científico, onde foi realizado panorama geral da distribuição do percentual de respostas afirmativas em cada temática segundo as grandes regiões do Brasil. Foi realizada também avaliação e classificação das ações voltadas à saúde da criança na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

O artigo está formatado de acordo com as normas da revista para a qual será submetido e as referências são aquelas citadas no artigo em questão.

Inicialmente, das respostas afirmativas em cada variável foi gerada a pontuação atribuída a cada item agrupado na temática, com posterior classificação do padrão conforme score definido para este estudo.

Os resultados evidenciam que as regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram os menores percentuais na temática ‘Planejamento e Gerenciamento da Assistência’, o Sudeste, está entre as regiões com maiores pontuações nessa temática. Cabe destacar que todas as regiões do Brasil receberam classificação “Baixa” nas variáveis voltadas ao planejamento de ações. Na temática sobre o ‘Desenvolvimento de Ações’, a região Norte apresentou o maior número de variáveis com baixo percentual, e consequente classificação. O Sudeste e Nordeste destacam-se como as regiões com os maiores percentuais de respostas afirmativas nessa temática.

6.1 Atenção à Saúde da Criança no Brasil: avaliação das ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde

Child Health Care in Brazil: evaluation of actions developed in Primary Health Care

Autores

1. Cílcia Aquino da Silva. Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas - UFAM em associação com a Universidade Estadual do Pará – UEPA.

Manaus, AM, Brasil. Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas. Rua Terezina, 495, Adrianópolis. CEP 69057-070. Manaus (AM), Brasil. E-mail: ciliaquino@gmail.com

2. Maria Jacirema Ferreira Gonçalves. Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz (ILMD/Fiocruz). Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Rua Terezina, 476, Adrianópolis. CEP 69057-070 Manaus, AM, Brasil. E-mail: jaciremagoncalves@gmail.com

Resumo

Objetivos: Avaliar as ações voltadas à saúde da criança desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.

Métodos: Pesquisa avaliativa com dados do segundo ciclo do Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. A análise foi realizada no Brasil e regiões, classificando as variáveis nas temáticas ‘Planejamento e Gerenciamento da Assistência’ e ‘Desenvolvimento de Ações’. Cada ação foi avaliada pelo percentual de respostas afirmativas à realização das ações, com classificação "Alta" ($\geq 90\%$), "Média" ($\geq 80\%$ e $< 90\%$) e "Baixa" ($< 80\%$). A proximidade entre as regiões e a classificação identificada foi avaliada pela análise de correspondência.

Resultados: Na temática ‘Planejamento e Gerenciamento da Assistência’, a classificação “Baixa” foi mais frequente nas regiões Norte e Centro-Oeste. Na temática ‘Desenvolvimento de Ações’, a utilização de protocolos assistenciais e a realização de busca ativa receberam classificação ‘Baixa’ em todas as regiões. Nordeste e Sudeste apresentaram o maior número de variáveis na classificação “Alta”, nas temáticas apresentadas.

Conclusões: As diferenças regionais e a frequência de classificação “Baixa”, especialmente no norte, indicam que a atenção à saúde na criança precisa ser repensada na

APS, visando o acesso e a qualidade, assim há necessidade de fortalecimento das ações de planejamento e autoavaliação.

Palavras-chave: Saúde da Criança; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde.

Key words: Child Health; Primary Health Care; Evaluation of Health Services.

Introdução

No Brasil, a reorganização da Atenção Primária a Saúde (APS) avançou com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, e foi fortalecida com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), a partir do ano de 1994.¹ Sua operacionalização é realizada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual foi adotada como principal modelo de organização do sistema de saúde em 1998, que tem como proposta o cuidado integral de pessoas, em seu contexto familiar e comunitário, tendo como suporte teórico e prático a integralidade da atenção, a promoção da saúde e a vigilância em saúde,² devendo desenvolver tais ações, especialmente aos chamados grupos prioritários, como as crianças.

Os serviços realizados pelas equipes de Saúde da Família devem ser organizados de forma que atendam às demandas da população e necessidades de saúde não percebidas, como o rastreio de situações de saúde e promoção da saúde, especialmente por meio da educação em saúde. Assim, cuidados voltados para uma população específica devem incluir a atenção a esse público, a vigilância dos problemas mais importantes e seus determinantes.³ A oferta de ações orientadas à APS, com destaque para a adoção de instrumentos para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança, bem como o incentivo ao aleitamento materno, imunização, e atenção às doenças prevalentes na infância, seriam capazes de contribuir para a redução do índice de internações na área da saúde infantil, causando impacto, consequentemente, na redução da mortalidade infantil.⁴

Em 2015, o Brasil assumiu com outros países a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. No objetivo 03 dessa Agenda, os países se comprometeram em, até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 05 anos.⁵ Para isso, dentre outras medidas, o Ministério da Saúde aprovou e publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), cuja finalidade é orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, no sentido de proporcionar um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.⁶

O acentuado crescimento da ESF redefiniu sua importância enquanto estratégia reorganizadora da APS e colocou no centro da discussão questões relacionadas à qualificação das equipes e à resolubilidade, impulsionando a necessidade de se avaliar a expansão que a estratégia teve no país, e suas repercussões no acesso e na qualidade. Além disso, é preciso verificar seu impacto sobre a saúde da população, bem como a articulação efetiva deste nível de atenção com os demais níveis de organização do sistema.⁷ Diversos autores evidenciaram a importância da prática avaliativa no processo planejamento e de tomada de decisão, nos diversos pontos do sistema de saúde.⁸⁻¹⁰ Neste sentido, destaca-se a incorporação do processo de avaliação como política governamental e prática institucional.⁸

Na perspectiva de se avaliar a qualidade das ações desenvolvidas na APS, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), vinculando o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas Equipes de Atenção Básica (EAB). Entre os objetivos do programa, destacam-se a institucionalização da cultura de avaliação da APS no Sistema Único de Saúde (SUS).¹¹ Dessa forma, os resultados do PMAQ podem contribuir para a melhoria do processo de trabalho das equipes de atenção básica, como também para a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços ofertados à população brasileira.

Considerando-se a APS o nível de atenção capaz de coordenar a assistência em outras redes de saúde, oferecendo cuidados centrados na pessoa ao longo do tempo e não sobre a doença, atribuído à necessidade de se avaliar as ações desenvolvidas na APS no âmbito da atenção a saúde da criança, emergiu o seguinte questionamento: como está a qualidade das ações voltadas a atenção à saúde da criança, nas grandes regiões do Brasil? Nessa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo avaliar e classificar as ações voltadas à saúde da criança desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Métodos

Esta é uma pesquisa avaliativa da Atenção Primária à Saúde (APS), do tipo normativa, com dados coletados em 2014, na fase de avaliação externa, do segundo ciclo do PMAQ, realizada em todo o território brasileiro. Como padrões e normas foram utilizados os documentos do Ministério da Saúde (MS) que norteiam o trabalho voltado à saúde da criança na APS no Brasil, conforme a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) ¹² e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).⁶

Uma descrição detalhada do PMAQ pode ser encontrada na Portaria do Ministério da Saúde nº 1.654, publicada em 19 de julho de 2011.¹¹ Nesta pesquisa foram utilizados os dados do módulo II do PMAQ, sobre a entrevista realizada com o profissional de nível superior da EAB e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, que objetiva obter informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários. Embora haja uma temática voltada à atenção à saúde da criança, foram averiguadas questões em outros tópicos que perpassam longitudinalmente a temática da saúde da criança. Os dados utilizados foram referentes ao quantitativo das equipes de APS que aderiram ao segundo ciclo do PMAQ, no total de 29.778 equipes que responderam ao questionário de avaliação externa em todo o Brasil. Este quantitativo representa 86% das

equipes atuantes no território brasileiro à época da coleta, conforme os dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.¹³ Foram selecionados os dados das equipes que afirmaram programar oferta de consultas para crianças até dois anos, totalizando 27.195 EAB. Esses dados foram agrupados em nível estadual, com análise por região.

Os instrumentos de coleta de dados do PMAQ foram criados, estruturados e padronizados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.¹⁴ A coleta de dados da Avaliação Externa ocorreu em todo o território nacional, sob a coordenação do Ministério da Saúde, por instituições de ensino e pesquisa, que participaram da formulação do instrumento de pesquisa, elaboração do manual de campo, realização de treinamento dos entrevistadores e aplicação do questionário, unificando todo o processo de coleta de dados.

Os dados coletados dos instrumentos do PMAQ, a partir das entrevistas realizadas, foram registrados em meio eletrônico, seguindo os padrões do Ministério da Saúde, os quais foram disponibilizados em planilhas, sem identificação dos respondentes, com o devido dicionário de variáveis e com anuência da coordenação do projeto. Esses dados foram transferidos para o software Stata 9.0, para realização de sua análise.

As variáveis do PMAQ selecionadas correspondem às próprias perguntas utilizadas no questionário de avaliação externa, analisadas pelo percentual de respostas afirmativas ao item questionado. As variáveis que apresentaram relação com alguma atividade envolvida na atenção à saúde da criança, foram agrupadas didaticamente e organizadas, em dois grupos temáticos ‘Planejamento e Gerenciamento da Assistência’ e ‘Desenvolvimento das Ações’, conforme os seguintes critérios:

‘Planejamento e Gerenciamento da assistência’: variáveis que representam as atividades desenvolvidas pelas equipes de APS que facilitam a operacionalização das ações voltadas à saúde da criança, tais como treinamentos, capacitações e planejamento de ações. Foram selecionadas também as variáveis que pudessem representar o caráter administrativo

da assistência à saúde da criança como a utilização de protocolos que padronizem as atividades desenvolvidas. O total de variáveis selecionadas para este grupo temático foi 17.

‘Desenvolvimento de ações’: variáveis que tratam da execução de ações voltadas à saúde da criança na APS, pelas equipes de saúde deste nível de atenção, totalizando 22 variáveis.

Assim, após a organização das variáveis nos grupos temáticos, elaborou-se uma classificação geral, considerando a distribuição percentual. O ponto de corte utilizado para definir a classificação, foi baseado no julgamento de que seria desejável, que todas as atividades fossem realizadas por 100% das equipes EAB. No entanto, admitiu-se o limite de $\geq 90\%$ para classificação "Alta"; a classificação "Baixa" foi atribuída às variáveis executadas por menos de 80% das EAB; já a classificação "Média" ficou na posição intermediária, $\geq 80\%$ e $< 90\%$. Os resultados são apresentados em tabelas com os percentuais e a classificação atribuída.

A análise das relações de proximidade entre as regiões do Brasil e as categorias de classificação da APS a atenção à saúde da criança foi avaliada pela análise de correspondência. Nesta, busca-se identificar as proximidades das categorias analisadas, destacando descritivamente suas relações por meio de uma matriz de proximidade, utilizando-se a medida euclidiana. Com a classificação das variáveis, foi possível realizar a análise do quantitativo de equipes de saúde em cada categoria, conforme Brasil e regiões.

Esta pesquisa recebeu aprovação do comitê de ética sob o CAAE 80546817.9.0000.5020 e Parecer No. 2.422.702, conforme os requisitos éticos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A partir do percentual de respostas afirmativas de cada variável selecionada, por meio do parâmetro atribuído, obteve-se a classificação das variáveis. Nas Tabelas 1 e 2 estão destacados em negrito os valores que receberam classificação “Alta”, sublinhados os valores com classificação “Média” e aqueles não marcados, com classificação “Baixa”. Na Figura 1.A e 1.B são apresentadas quantas variáveis foram alocadas em cada classificação, no Brasil e por regiões.

Nas variáveis agrupadas na temática ‘Planejamento e Gerenciamento da Assistência’, identificamos como principal problema no Brasil, classificação "Baixa", a variável relacionada a “existência de documento que comprove a realização de alguma atividade de planejamento de ações mensalmente” (69,8%), seguida da variável sobre a “utilização de protocolos para estratificação de risco para crianças menores de dois anos” (70,4%). Em ambas variáveis, as regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram os menores percentuais do Brasil. Cabe destacar os maiores percentuais, no Brasil, com classificação "Alta", para variáveis “realização de acolhimento à demanda espontânea na unidade” (97,2%), e “utilização da caderneta de saúde da criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento” (96,3%). Também nessas variáveis ocorrem diferenças entre as regiões, com maior frequência para a região Sul, seguida do Sudeste na primeira e do Nordeste para a segunda variável, referente à caderneta de saúde (Tabela 1). Portanto, há mais concentração de variáveis na classificação Baixa nas regiões Norte e Centro-Oeste. As variáveis receberam classificação Média em quase todas as demais regiões e o Sudeste apresentou o maior número de variáveis com classificação Alta (Figura 1.A).

Tabela 1- Distribuição percentual referente às ações relacionadas ao 'Planejamento e Gerenciamento da Assistência' voltadas à saúde da criança na Atenção Primária à Saúde, Brasil.

Operacionalização da atenção à saúde da Criança	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Número de equipes	27.195	1.876	10.284	9.269	3.820	1.946
Planejamento e Gerenciamento da Assistência						
A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?	<u>89,7</u>	<u>87,5</u>	<u>88</u>	92,5	90,2	<u>85,7</u>
Existe documento que comprove que a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente?	69,8	62,5	75	66,3	70,7	63,6
A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	<u>89,6</u>	<u>83,7</u>	91,5	91,3	<u>87,1</u>	<u>81,4</u>
Existe documento que comprove que foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos 6 meses?	76,1	54,6	79,5	<u>80,9</u>	74,8	58,7
Existe documentação que comprove que os prontuários dos usuários da equipe de atenção básica estão organizados por núcleos familiares?	<u>82,4</u>	65	90,5	<u>85,8</u>	67,6	68,7
A gestão apoia a organização do processo de trabalho visando a melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ?	77,5	57,8	<u>81,5</u>	<u>81,9</u>	74,3	60,2
A agenda dos profissionais está organizada para a realização de ações de visita domiciliar?	95,2	92,2	96,1	95	95,8	93,4
A agenda dos profissionais está organizada para a realização de ações de grupos de educação em saúde?	<u>80,6</u>	72,5	77,2	<u>83,6</u>	<u>86,1</u>	<u>81,3</u>
Existe documento que comprove que a equipe possui mapas com desenho do território de abrangência?	<u>84,8</u>	77,7	79	91,2	91,8	78,5
A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?	97,2	93,9	95,8	99	98,7	97,1
Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea?	<u>85,9</u>	78,3	<u>83</u>	90,1	<u>88,7</u>	<u>83,4</u>
A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?	91,7	<u>86,4</u>	91,4	92,7	93,7	90,1

A equipe possui o registro do seu território das crianças até dois anos?	<u>86,2</u>	77,9	<u>85,4</u>	<u>88,6</u>	<u>89,2</u>	<u>81,1</u>
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para crianças menores de dois anos (crescimento e desenvolvimento)?	70,4	47,2	68,3	<u>80,8</u>	70,3	54,9
A programação da agenda da equipe está de acordo com o risco classificado para situações de crianças até dois anos?	<u>81,3</u>	68,8	<u>84,9</u>	<u>82,9</u>	79,2	71,1
Utiliza a caderneta de saúde da criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?	96,3	93,3	97,6	95,2	97,3	95,9
Existe documento que comprove que tem espelho das cadernetas de saúde da criança ou outra ficha com informações equivalentes, na Unidade?	79,1	61	<u>81,9</u>	<u>81,8</u>	79,2	68,4

Fonte: PMAQ, segundo ciclo 2014.

Nota: em negrito os valores que receberam classificação “Alta” ($\geq 90\%$), sublinhados os valores com classificação “Média” ($\geq 80\%$ e $< 90\%$), e aqueles não marcados receberam classificação “Baixa” ($< 80\%$).

As principais fragilidades identificadas na temática ‘Desenvolvimento de Ações’ no Brasil, classificação “Baixa”, foram: (a) “a equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para as queixas mais frequentes na criança” (57,9%); e, (b) “as questões sobre busca ativa de crianças prematuras” (63,2%) e “com baixo peso” (68,8%). No item (a), as regiões Norte (35,1%) e Centro-Oeste (44,5%) apresentaram os menores percentuais; já no item (b) o Norte (60,5%) e o Nordeste (61,1%) possuem menor percentual de busca ativa de prematuros; e o Sudeste (65,3%) e Nordeste (67,5%), com menor percentual de busca ativa de crianças com baixo peso. Por outro lado, nas potencialidades desta temática no Brasil, destacam-se: “a realização de consulta de puericultura nas crianças de até dois anos” (97,2%), “registro sobre vacinação em dia da criança” (96,9%), e a “mensuração do peso e altura das crianças menores de 2 anos de idade” (96,9%). Na maioria dos casos, as variáveis com maior percentual no Brasil, também possuem percentuais elevados em todas as regiões (Tabela 2). No entanto, a concentração de

variáveis na classificação “Baixa” é maior na região Norte, à semelhança do ‘Gerenciamento da Assistência’; já a classificação “Alta” apresentou mais variáveis no Nordeste (Figura 1.B.)

Tabela 2- Distribuição percentual referente às ações relacionadas ao ‘Desenvolvimento de Ações’ voltadas à saúde da criança na Atenção Primária à Saúde, Brasil.

Operacionalização da atenção à saúde da Criança	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Número de equipes	27.195	1.876	10.284	9.269	3.820	1.946
Desenvolvimento de Ações						
A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para as queixas mais frequentes na criança?	57,9	35	52,1	72,5	56,1	44,5
A equipe oferta ações para as crianças?	<u>88,7</u>	<u>89,9</u>	92,3	<u>87</u>	<u>82,7</u>	<u>89</u>
A equipe realiza busca ativa das crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	77,1	76,7	75,4	77,2	<u>81</u>	79,1
A equipe realiza busca ativa das crianças prematuras?	63,2	60,5	61,1	62,3	70,2	67,6
A equipe realiza busca ativa das crianças com baixo peso?	68,8	69,2	67,5	65,3	76,2	77,7
A equipe realiza busca ativa das crianças com consulta de puericultura atrasada?	72,2	66,8	71,1	74,5	73	69,9
A equipe realiza busca ativa das crianças com calendário vacinal atrasado?	<u>81,8</u>	79,4	78,7	<u>82,4</u>	<u>88,5</u>	<u>85,3</u>
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?	97,2	94,4	98,7	97,3	95,1	95,8
Existe documento que comprove que realiza consulta de puericultura nas crianças até dois anos?	90,4	79,5	92	92,9	<u>89,5</u>	<u>82,1</u>
Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na Unidade?	<u>83,6</u>	66,2	<u>87,5</u>	<u>85,3</u>	<u>82,5</u>	73,5
No acompanhamento da criança, há registro sobre vacinação em dia da criança?	96,9	92	97,3	96,5	97,3	96,8
No acompanhamento da criança, há registro sobre crescimento e desenvolvimento?	93,3	<u>86,9</u>	94,4	93,5	94,3	91,1
No acompanhamento da criança, há	90,4	<u>84,9</u>	90,8	90,5	93,2	<u>87,6</u>

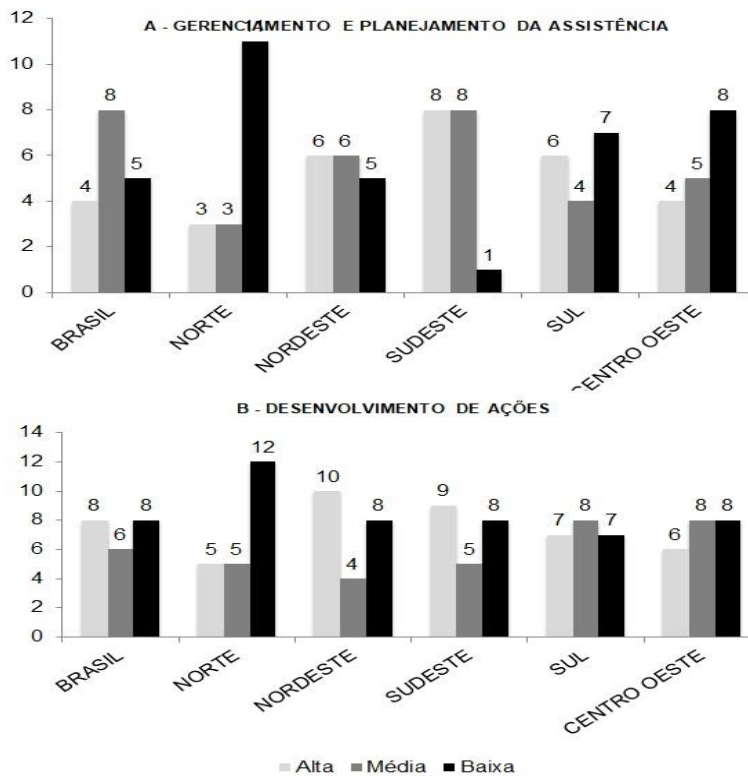
registro sobre estado nutricional?						
No acompanhamento da criança, há registro sobre o Teste do Pezinho?	<u>83</u>	75,8	<u>81,3</u>	<u>84,3</u>	<u>86,4</u>	<u>86,4</u>
A equipe realiza ações de vigilância alimentar e nutricional?	<u>87,4</u>	77,1	<u>88,3</u>	<u>89,7</u>	<u>86,2</u>	<u>83,6</u>
A equipe conhece a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes?	63,1	49,4	59,5	67,2	71,6	58,9
A equipe avalia e monitora os índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável?	<u>89,9</u>	<u>81,8</u>	94,3	90,6	<u>83,1</u>	<u>84,7</u>
A equipe realiza mensuração do peso e altura das crianças menores de dois anos de idade?	96,9	95,4	97,2	97,1	97	95,5
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde?	96,9	95,9	97,5	96,4	95,8	95,6
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde para gestantes e puérperas (aleitamento materno)?	<u>83,4</u>	<u>88,2</u>	<u>85,9</u>	79,8	<u>81,3</u>	<u>87,6</u>
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas a Alimentação Saudável?	72,3	74,7	75,1	69	69,7	75,7
A equipe programa oferta de consultas para crianças até dois anos?	100	100	100	100	100	100

Fonte: PMAQ, segundo ciclo 2014.

Nota: em negrito os valores que receberam classificação “Alta”($\geq 90\%$), sublinhados os valores com classificação “Média”($\geq 80\%$ e $< 90\%$), e aqueles não marcados receberam classificação “Baixa” ($< 80\%$).

Ao analisar o somatório de classificação das variáveis, observa-se que a região Norte concentra o maior número na classificação “Baixa”, sendo 11 no ‘Planejamento e Gerenciamento da Assistência’ e 12 no ‘Desenvolvimento de Ações’. Nenhuma outra região apresentou patamares semelhantes. As regiões Nordeste e Sudeste apresentaram o maior número de variáveis na classificação “Alta”, nas duas temáticas apresentadas, conforme ilustrado na Figura 1.

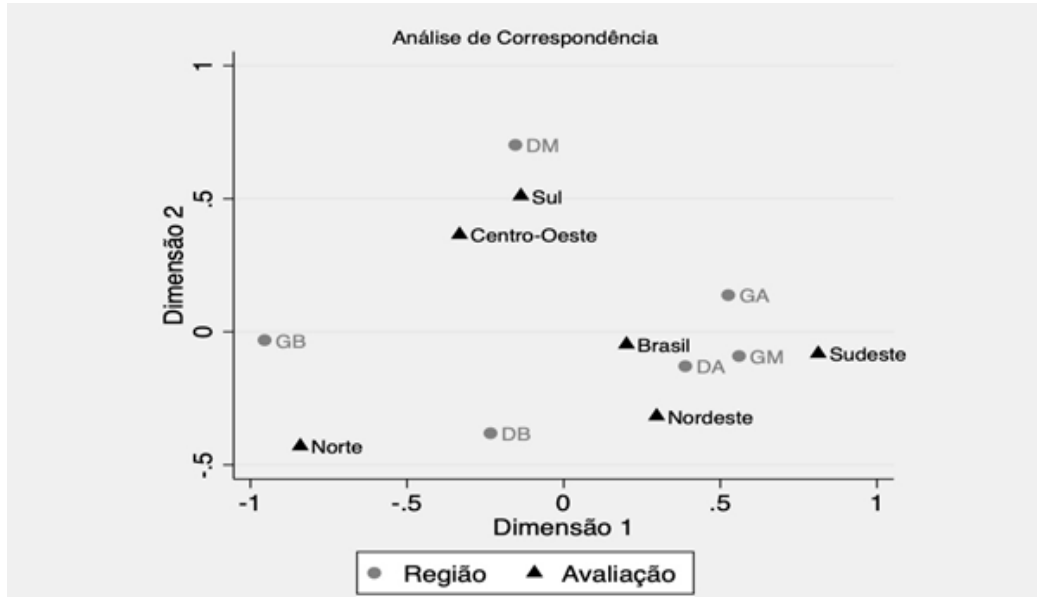
Figura 1. Número de variáveis, conforme classificação (Alta, Média e Baixa) da qualidade da atenção à saúde da criança na Atenção Primária à Saúde, Brasil e Regiões, 2014. A. Planejamento e Gerenciamento da Assistência. B. Desenvolvimento de Ações.



Fonte: PMAQ, segundo ciclo 2014

Neste sentido, a relação entre as classificações “Alta”, “Média” e “Baixa” e a proximidade com as regiões, destaca-se: da região Norte aproximam-se as classificações ‘Planejamento e Gerenciamento da Assistência’ como “Baixa”, assim como o ‘Desenvolvimento de Ações’; no Nordeste e Sudeste, ocorreu mais aproximação das do ‘Planejamento e Gerenciamento da Assistência’ em “Média” e ‘Desenvolvimento de Ações’ com a classificação “Alta” (Figura 2).

Figura 2. Relação entre a classificação (Alta, Média e Baixa) da qualidade da atenção à saúde da criança na Atenção Primária à Saúde e as Regiões do Brasil, 2014 (análise de correspondência).



Fonte: PMAQ, segundo ciclo 2014

Notas: GA: Gerenciamento e Planejamento Alto; GM: Gerenciamento e Planejamento Médio; GB: Gerenciamento e Planejamento Baixo; DA: Desenvolvimento Alto; DM: Desenvolvimento Médio; DB: Desenvolvimento Baixo.

Discussão

A partir da identificação das fragilidades (classificação “Baixa”) e potencialidades (classificação “Média” e “Alta”) da atenção a saúde da criança, fica evidente que a qualidade da APS no Brasil carece de melhorias para que, conseqüentemente, essa atenção alcance a qualidade comparável entre as regiões, conforme preceitua o PMAQ. Portanto, um olhar para a organização da APS, por meio do planejamento, e a sua implementação, por meio do desenvolvimento das ações, pode trazer à tona o processo de trabalho e contribuir para mudanças e melhorias na qualidade da assistência ao público infantil.

Em um apanhado geral, apesar do padrão nacional, onde grande parte das variáveis foram classificadas como “Média”, observam-se diferenças regionais, as quais nos remetem a indagar a existência de fatores locais limitantes, comprometendo as ações de planejamento, bem como as atividades das equipes de saúde. Com o PMAQ, o Ministério da Saúde espera estabelecer um padrão de qualidade comparável nacionalmente, promovendo nos trabalhadores a capacidade de analisar, avaliar e intervir, objetivando promover mudanças nas práticas dos serviços, de acordo com os parâmetros da PNAB e potencialidades regionais.¹⁵

Nos aspectos relacionados ao 'Planejamento e Gerenciamento da Assistência' observa-se a necessidade de fortalecimento do planejamento, pois o mesmo é eixo estruturante dos processos de trabalho das equipes na APS. Com isso, pretende-se alcançar os princípios que norteiam o funcionamento deste nível de atenção, ancorados como ferramenta de gestão e dispositivo para o monitoramento da prática cotidiana. Este processo induz a reflexão da importância do planejamento de ações para a estruturação das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde.¹⁶ O planejamento direciona o desenvolvimento de ações, o que implica na melhoria da qualidade e desempenho dos serviços, além de permitir a adequação do modelo de atenção à saúde às necessidades da população assistida.¹⁶⁻¹⁷

Os baixos percentuais em todas as regiões do Brasil sobre planejamento e apoio da gestão para o planejamento e organização do processo de trabalho a partir dos padrões do PMAQ, explicam as limitações relacionadas a estas ações. Acredita-se que o apoio institucional permanente da gestão influencia a execução e o êxito das ações desenvolvidas na APS, e conseqüentemente, a sua ausência torna a APS comprometida. Importante ressaltar que cabe ao gestor provocar o processo de reflexão entre a equipe, na compreensão da necessidade de complementaridade das ações, desmistificando práticas fragmentadas, com foco na execução de tarefas e quantitativo de produção, no sentido de provocar mudanças na cultura institucional.¹⁸

A classificação “Baixa” na autoavaliação em todas as regiões, com exceção da região Sudeste (“Média”) é um indicativo de que esse instrumento para melhoria da qualidade é generalizada no Brasil, o que merece uma reflexão dos profissionais e dos gestores, inclusive criando estratégias de fomentar, realizar a autoavaliação e utilizar os seus resultados para aprimorar o processo de trabalho na APS. Entende-se a realização da autoavaliação pelas equipes como uma ferramenta capaz de subsidiar a reflexão acerca da organização dos processos de trabalho, sendo relevante estratégia de gestão para melhoria da qualidade da atenção à saúde.^{16,19} A partir do reconhecimento das relações intrínsecas entre planejamento e avaliação ou, especificamente, da autoavaliação, é possível compreender seu poder transformador nos processos de trabalho, afinal, é a própria equipe olhando para si e seu processo de trabalho.

Principalmente, é entender a autoavaliação como um movimento dinâmico e capaz de provocar o rompimento de paradigmas, capaz de promover a desburocratização e diminuição da fragmentação destes processos.¹⁹ Um fator a se considerar é o grupo populacional, que é foco desta análise, que são as crianças menores de 2 anos. Nessa idade a criança necessita de adequado acompanhamento a fim de prevenir doenças e agravos, assim como a garantia de ações voltadas a promoção da saúde. No entanto, se os processos de trabalho na APS apresenta falhas, a atenção à saúde a esse grupo populacional será afetado, o que reflete também nos outros níveis de atenção de saúde. Sendo assim, uma maior capacidade de resolutividade da APS deve implicar na redução de internações hospitalares, assim como índices de morbimortalidade nesta faixa etária.²⁰⁻²¹

Destacam-se ainda, sobre o processo de trabalho, as variáveis de utilização protocolos para estratificação de risco para crianças menores de dois anos, e se a programação da agenda da equipe está de acordo com o risco classificado para as situações de crianças até dois anos. Os baixos percentuais encontrados referentes a essas variáveis podem evidenciar a

necessidade de padronização e uso de protocolos e rotinas no atendimento das equipes, assim como organização da agenda de atendimento, conforme os grupos prioritários, a fim de se minimizar agravos e morbidades, conseqüentemente, reduzir os índices de internação. Do mesmo modo, a utilização de protocolos permite a conduta adequada dos profissionais, e a estratificação de risco permite a assistência adequada, com priorização de casos e organização da agenda.^{20,22}

De um modo geral, o elevado número de variáveis na classificação “Baixa”, relacionadas a temática ‘Planejamento e Gerenciamento da Assistência’, pressupõe ausência ou deficiência na realização de atividades que irão subsidiar a organização do serviço. Isso foi mais evidente no Norte, porém mesmo em menor grau, todas as regiões apresentaram alguma variável de planejamento nessa classificação. As atividades desenvolvidas na APS permitem a concretização da PNAB, portanto sem o planejamento essa ação fica totalmente comprometida, o gera impacto direto no desenvolvimento dos atributos da APS.²³ Apesar da expressiva indução do governo federal, os processos de organização da APS são diversificados entre as regiões brasileiras, o que nos faz refletir sobre os diferentes contextos e formas de gestão da saúde nos municípios. Esta diversidade têm reflexos significativos na pluralidade de formas e resultados de processos de implementação da PNAB.²⁴

Na temática ‘Desenvolvimento de Ações’, a variável que apresentou a menor percentual de classificação em todas as regiões do Brasil, foi se a equipe possui protocolo com definição para diretrizes terapêuticas para as queixas mais frequentes na criança. A utilização de protocolos e diretrizes terapêuticas auxilia os profissionais na melhor condução de casos clínicos, baseado na melhor evidência científica existente, o que vem a refletir diretamente na qualidade das práticas assistenciais. Ainda, esta padronização de condutas conforme protocolos desempenha papel relevante na organização e qualificação da atenção à

saúde, servindo como instrumento de apoio na disponibilização de procedimentos e na tomada de decisão, tanto no âmbito da APS como dos demais níveis de atenção à saúde.²⁵

A fragilidade quanto a disponibilidade de documentos, como espelho das cadernetas de saúde da criança ou outra ficha com informações equivalentes, que comprovem as ações desenvolvidas, de acompanhamento da atenção à saúde da criança, assim como o registro desses dados, são elementos que comprometem a avaliação das atividades desempenhadas pela equipe. Por sua vez, não deixa claro como está o processo de trabalho e assistência, lançando dúvidas se realmente as ações de atendimento ao público infantil é de fato realizado. Esses registros são importantes fontes de informação das condições de saúde dos usuários acompanhados pela equipe, como também dos principais agravos e condicionantes de saúde prevalentes no seu território de atuação. No atendimento à criança, destaca-se que as informações de saúde relacionadas aos procedimentos realizados pelos profissionais devem estar registradas na caderneta de saúde da criança, como também a equipe deve possuir estes dados em prontuário ou outro documento semelhante da criança na Unidade.²⁶

Outro ponto importante a considerar refere-se a realização das consultas de puericultura, destacando-se a fragilidade por parte das equipes quanto a realização de busca ativa de crianças com consulta de puericultura atrasada, especialmente nas regiões Norte e Centro-Oeste. O Ministério da Saúde, no Caderno de Atenção Básica nº. 33, orienta quanto a frequência de realização das mesmas, conforme a faixa etária.²⁷ Assim, enfatiza-se a necessidade de fortalecimento de atividades direcionadas quanto à realização desta busca ativa, para identificação de agravos e vulnerabilidades nesta população, considerando-se os fatores fundamentais e que permeiam este ciclo de vida. A baixa busca ativa pode refletir problemas de planejamento das ações e adequado acompanhamento das crianças, pois somente este permite o estabelecimento de vínculo, assim como define um dos atributos da APS.^{23,28}

Considerando as limitações deste estudo, há de se destacar os achados relacionados aos padrões de classificação realizados da APS, no que se refere às ações voltadas à saúde da criança no Brasil, a fim de encontrar um contraponto que permita de fato fazer um escalonamento de classificação da qualidade. No entanto, considera-se que esta primeira aproximação para classificar a qualidade da atenção à saúde da criança na APS, mesmo utilizando pontos de cortes conservadores, permitiu realizar esta avaliação. Por outro lado, se houvesse mais rigidez nos critérios, os resultados seriam mais deficientes.

Outra limitação é relacionada ao uso de dados referentes às respostas dos profissionais, que tendem a expor um cenário o mais favorável possível, especialmente porque sabe-se que houve um preparo dos mesmos para passar pela avaliação. No entanto, isso não interfere nos resultados, que podem, no máximo, estar superestimados, embora tenham sido detectadas situações de classificação aquém do esperado. Há de se considerar que o PMAQ possui critérios para certificação e repasse de recursos financeiros, e este fator poderia induzir as respostas dos profissionais a uma boa avaliação, não refletindo o real cenário em que se encontra a atenção à saúde da criança.

Assim, considerando os parâmetros estabelecidos no PMAQ e nesta pesquisa, as análises realizadas são uma aproximação de como está o desenvolvimento das ações na APS, voltadas ao público infantil. Os pontos aqui enfatizados poderiam ser utilizados como propostas para reflexão e planejamento de gestores e equipes, visando melhorias dos serviços e da qualidade da atenção à saúde. É imprescindível que as equipes considerem as diretrizes da PNAISC e PNAB no momento do planejamento das ações voltadas à saúde da criança na APS, para que assim, essa assistência seja realizada de forma efetiva com padrões de qualidade.

Referências

1. Malta DC, Santos FP. O programa de saúde da família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. *Rev Med Minas Gerais*, 2003; (13): 251-9 [acesso em 20 jun 2018]. Disponível em: <http://C:/Users/86892800220/Downloads/v13n4a07.pdf>
2. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L et al (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2 Ed rev e amp. Rio de Janeiro, Fiocruz; 2012. p.493-545.
3. Del Ciampo LA, Ricco RG, Daneluzzi JC, Del Ciampo IR, Ferraz IS, Almeida CAN. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. *Ciênc. saúde coletiva*. [online] 2006; 11(3): 739-743 [acesso em 08 abr 2018]. Disponível em: <http://redalyc.org/pdf/630/63011321.pdf>.
4. Nedel FB, Facchini LA, Martin M, Navarro A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol Serviços de Saúde*. 2010; 19 (1): 1–15 [acesso em 08 abr 2018]. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v19n1/v19n1a08.pdf>.
5. Organização das Nações Unidas. *Transformando nosso mundo: Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável*. [online] 2015 [acesso em 12 jun 2017]. Disponível em: <http://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria GM/MS nº. 1.130, 05 de Agosto de 2015. Brasília, DF. 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.
7. Medrado JRS, Casanova AO, Oliveira CCM. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do do PMAQ-AB. *Saúde debate* [online] 2015; 39(107):1033-43 [acesso em 25 mai 2018]. Disponível em:

www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01033.pdf

8. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17 (4): 821-28 [acesso em 08 abr 2018].

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a02.pdf>

9. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2002; 18(6):1561-69 [acesso em 08 abr 2018]. Disponível em:

<https://pdfs.semanticscholar.org/5550/db6e8626048c73c36c5e640c8db562e525d0.pdf>

10. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos AP. A apreciação normativa. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro, Fiocruz; 2011.p. 77-94.

11. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.654 de 19 de julho 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. *Diário Oficial da União, Seção 1, p. 79*. Brasília, DF. 2011 [acesso em 10 jun 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Seção 1, p. 68*. Brasília, DF, 2017 [acesso 12 maio 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica e Ações Estratégicas. *Histórico Cobertura Saúde da Família*. 2014. Departamento de Atenção Básica. [acesso em 13 jun 2018]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF Brasília: Ministério da Saúde; [Acesso em 05 jun 2017]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_coleta_avaliacao_externa.pdf.
15. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde debate* 2014; 38 (no.spe): 358-372 [acesso 13 abr 2018]. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0358.pdf>.
16. Sarti TD, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28 (3): 537-48 [acesso em 20 set 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/14.pdf>
17. Novaes HM. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública*. [online] 2000; 34(5): 547-59 [acesso em 15 jun 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf>.
18. Pinto HA, Sousa A, Florêncio AR. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS (Online)* 2012; 6 (2) [acesso em 20 abr 2018]. Disponível em URL: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492>.
19. Cruz MM da, Souza RBC, Torres RMC, Abreu DMF, Reis AC, Gonçalves AL. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Saúde debate* 2014; 38 (n.esp.): 124-39 [acesso em 14 abr 2018]. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0124.pdf>.

20. Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Rodrigues JFN. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43 (6): 928-36 [acesso em 12 set 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/03.pdf>.
21. Ceccon RF, Meneghel SN, Viecili PRN. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. *Rev Bras Epidemiol*. 2014; 17(4): 968-77 [acesso em 12 set 2018]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/107334/000946188.pdf?sequence=1>.
22. Gubert FA; Santos DAS; Pinheiro MTM; Brito LLMS, Pinheiro SRCS, Martins MC. Protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura. *Rev Rene*. [online] 2015; 16(1): 81-89. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Brasil [acesso em 08 set 2018]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324036185010.pdf>.
23. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm*. 2013; 66 (n.esp.):158–64 [acesso em 15 set 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>
24. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014; 38 (n.esp): 13-33 [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo Clínico e de Diretrizes Terapêuticas. Volume 1. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_v1.pdf

26. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006; 11 (3): 713-24 [acesso em 15 set 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30985.pdf>.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica - nº33*. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf.
28. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011; 11(3): 323-34 [acesso em 15 set 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a13v11n3>.

CONCLUSÃO DA DISSERTAÇÃO

A APS tem papel-chave como coordenadora do cuidado, com a responsabilidade de realização da atenção integral e contínua. Seus eixos de atenção devem priorizar a realização de ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos e também articulação com a atenção especializada a oferta do diagnóstico, do tratamento e da reabilitação, assim promovendo o seguimento compartilhado entre a AB e os serviços especializados. A organização dos serviços requer a regulação da rede, o apoio matricial, a educação permanente dos profissionais, assim como a definição de linhas de cuidado e diretrizes clínicas.

Com a análise realizada a partir deste estudo, foi possível estabelecer uma avaliação da qualidade das ações desenvolvidas no âmbito da APS para a população infantil. Destaca-se que estas ações são consideradas básicas para a operacionalização da atenção primária, portanto as análises deste estudo poderiam servir como um norteador das necessidades de melhorias na APS.

Nas grandes regiões brasileiras foi possível evidenciar as diferenças nas classificações das temáticas. A região Sudeste, por exemplo, se obteve mais variáveis com classificação “Alta” em todos os grupos temáticos; já o Norte apresentou o maior número de variáveis na classificação “Baixa”. Isto evidencia as diferenças em que se encontram as regiões do Brasil no que se refere a qualidade das ações desenvolvidas na APS, pois em se tratando PNAB, política esta que rege as ações desenvolvidas neste nível de atenção, o ideal seria que a mesma fosse igualmente aplicada em todas as regiões.

É evidente também a necessidade de se trabalhar as ações relacionadas ao planejamento e autoavaliação das equipes. O planejamento, suas etapas e atividades inerentes, são considerados pontos iniciais para atuação no âmbito da APS. Sendo assim, as equipes devem realizar o planejamento e a programação local das ações de saúde, a fim de estabelecer um plano de intervenção e acompanhamento das ações implementadas.

O estabelecimento de Linhas de Cuidado para as crianças faz-se necessário, como estratégia inovadora para se alcançar a integralidade da atenção, promovendo a articulação das ações e serviços de saúde ofertados pelos diversos níveis e redes de atenção. Todo esse cuidado coordenado pela APS, a fim de se evitar a fragmentação do cuidado. Essas estratégias, articuladas com as ações dos eixos estratégicos da PNAISC, funcionariam como guia de orientação para o percurso da criança nos pontos da Rede de Atenção à Saúde, em âmbito local e regional, conforme a necessidade de cada caso.

Diante do exposto, é imprescindível que as equipes considerem as diretrizes da PNAISC e PNAB no momento do planejamento das ações voltadas à saúde da criança na APS, para que assim, essa assistência seja realizada de forma efetiva com padrões de qualidade. Os desafios para a consolidação da PNAB, em parte, estão relacionados com a melhoria dos processos assistenciais neste nível de atenção, assim como com as condições de integração da APS à rede de serviços de saúde em seus diversos níveis.

O fio condutor do cuidado da criança deve ser por intermédio da efetivação de Políticas Públicas, com o compartilhamento de responsabilidades entre os setores governamentais e sociedade. A primeira infância e às áreas e populações de maior vulnerabilidade requer atenção especial, visando reduzir a morbimortalidade e contribuir para um ambiente facilitador à vida e ao pleno desenvolvimento. Assim, os resultados deste estudo poderão subsidiar o planejamento de estratégias e execução de ações no âmbito deste nível de atenção para as crianças, a fim de ofertar uma assistência à saúde infantil de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR, M.J; ANDER, E. Avaliação de serviços e programas sociais. Petrópolis: Vozes; 1994.

BRASIL. Lei nº. 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, DF, 2005a [acesso em 25 maio 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, DF, 2005b [acesso em 22 de jun 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_ab_portugues.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo Clínico e de Diretrizes Terapêuticas. Volume 1. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2010b. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_v1.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.654 de 19 de julho 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Diário Oficial da União, Seção 1, p. 79. Brasília, DF. 2011a [acesso em 10 jun 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Brasília, DF, 2011b [acesso em 10 jun 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica - nº33. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF Brasília: Ministério da Saúde; [Acesso em 05 jun 2017]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_coleta_avaliacao_externa.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica e Ações Estratégicas. Histórico Cobertura Saúde da Família. 2014. Departamento de Atenção Básica. [acesso em 13 jun 2018]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria GM/MS nº. 1.130, 05 de Agosto de 2015. Brasília, DF. 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Seção 1, p. 68. Brasília, DF, 2017 [acesso 12 maio 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.

CECCON, R.F.; MENEGHEL, S.N.; VIECILI, P.R.N. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. *Rev Bras Epidemiol.* 2014; 17(4): 968-77 [acesso em 12 set 2018]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/107334/000946188.pdf?sequence=1>.

CHAMPAGNE, F. et al. A apreciação normativa. In: Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro, Fiocruz; 2011.p. 77-94.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas (Z. M. A. Hartz, org.). Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CRUZ, M.M. da et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Saúde debate* 2014; 38 (n.esp.): 124–39 [acesso em 14 abr 2018]. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0124.pdf>.

DEL CIAMPO, L.A. et al. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. *Ciênc. saúde coletiva.* [online] 2006; 11(3): 739-743 [acesso em 08 abr 2018]. Disponível em: <http://redalyc.org/pdf/630/63011321.pdf>.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of pathology & laboratory medicine*, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care, 1966. *The Milbank quarterly*, United States, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

FAUSTO, M.C.R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate.* 2014; 38 (n.esp): 13-33 [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>.

FELISBERTO, E. et al. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância no Programa de Saúde da Família, no estado de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(1): 1737-45.

FERNANDES, V.B.L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43 (6): 928-36 [acesso em 12 set 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/03.pdf>.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L et al (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2 Ed rev e amp. Rio de Janeiro, Fiocruz; 2012. p.493-545.

GUBERT, F.A. et al. Protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura. *Rev Rene*. [online] 2015; 16(1): 81-89. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Brasil [acesso em 08 set 2018]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324036185010.pdf>.

HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA, L.M.S. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador, Bahia.: EDUFBA/ Editora Fiocruz, 2005. 275p.

HARZHEIM, E.; STEIN, A.T.; ÁLVAREZ-DARDERT, C. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. *Boletim da saúde Porto Alegre, RS*, 2004; 18 (1): 23-39.

LEÃO, 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 Saúde Matern Infant*. 2011; 11(3): 323-34 [acesso em 15 set 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a13v11n3>.

MALTA, D.C; SANTOS, F.P. O programa de saúde da família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. *Rev Med Minas Gerais*, 2003; (13): 251-9 [acesso em 20 jun 2018]. Disponível em: <http://C:/Users/86892800220/Downloads/v13n4a07.pdf>

MEDRADO, J.R.S.; CASANOVA, A.O.; OLIVEIRA, C.C.M. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do do PMAQ-AB. *Saúde debate* [online] 2015; 39(107):1033-43 [acesso em 25 mai 2018]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01033.pdf

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas, SP. Unicamp, 2003.

NEDEL, F.B. et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol Serviços de Saúde*. 2010; 19 (1): 1–15.

NOVAES, H.M. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2000; 34(5): 547-59 [acesso em 15 jun 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf> .

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.* 2013; 66 (n.esp.):158–64 [acesso em 15 set 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>

OLIVEIRA, B.R.G. et al. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. *Rev. Bras Epidemiol.* 2010; 13(2): 268-77.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Transformando nosso mundo: Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. [online] 2015 [acesso em 12 jun 2017]. Disponível em: <http://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.N.A.; FERLA, A.A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde debate* 2014; 38 (no.spe): 358-372 [acesso 13 abr 2018]. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0358.pdf>.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS (Online)* 2012; 6 (2) [acesso em 20 abr 2018]. Disponível em URL: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492>.

RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2006; 11 (3): 713-24 [acesso em 15 set 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30985.pdf>.

SARTI, T.D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28 (3): 537–48 [acesso em 20 set 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/14.pdf>

SOUSA, N.P. et al. Hospitalizations sensitive to primary health care at a regional hospital in the Federal District. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(1):106-13

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002 [acesso em 15 maio 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf.

TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012; 17 (4): 821-28 [acesso em 08 abr 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a02.pdf>

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. *Cad Saude Publica.* 2002; 18(6):1561-69 [acesso em 08 abr 2018]. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/5550/db6e8626048c73c36c5e640c8db562e525d0.pdf>

VAZ, E.M.C. et al. Longitudinalidade no Cuidado à Criança na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2015; 36 (4): 49-54. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/51862/35662>. [2018 março 03].

ANEXOS

Anexo 1- Distribuição da pontuação nas temáticas “Planejamento e Gerenciamento da Assistência”

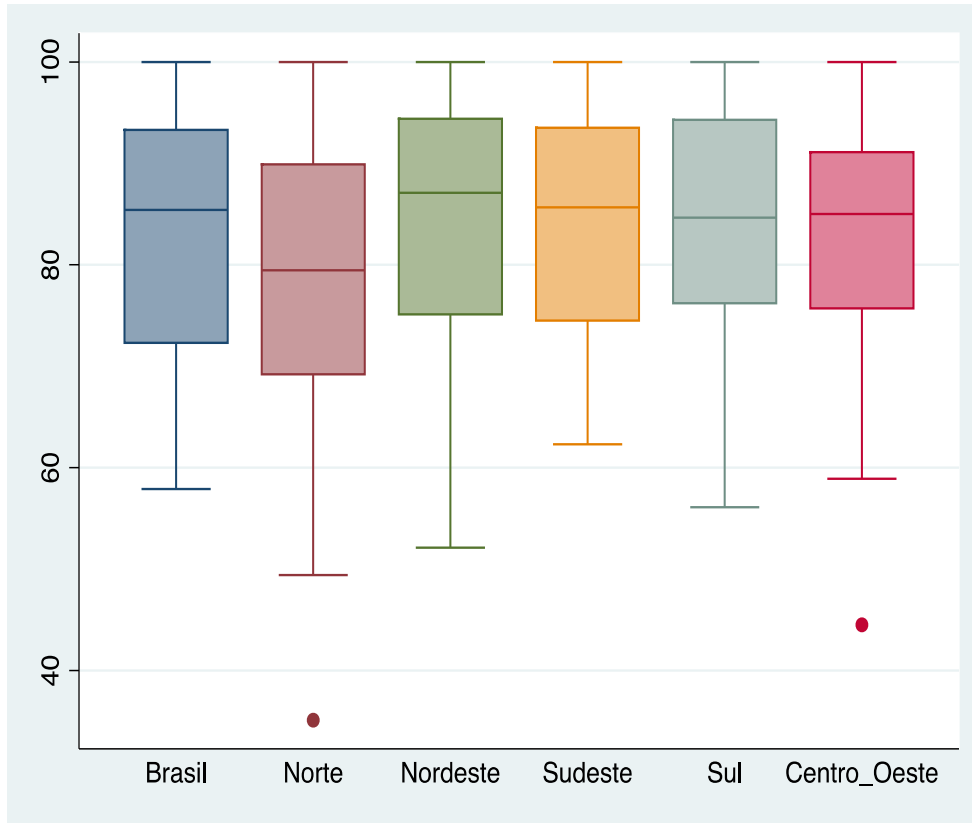


Figura 1- Distribuição da pontuação o padrão de classificação das variáveis na temática ‘Planejamento e Gerenciamento da Assistência’, no Brasil, 2014.

Fonte: PMAQ, 2014.

Anexo 2- Distribuição da pontuação nas temáticas “Desenvolvimento de Ações”

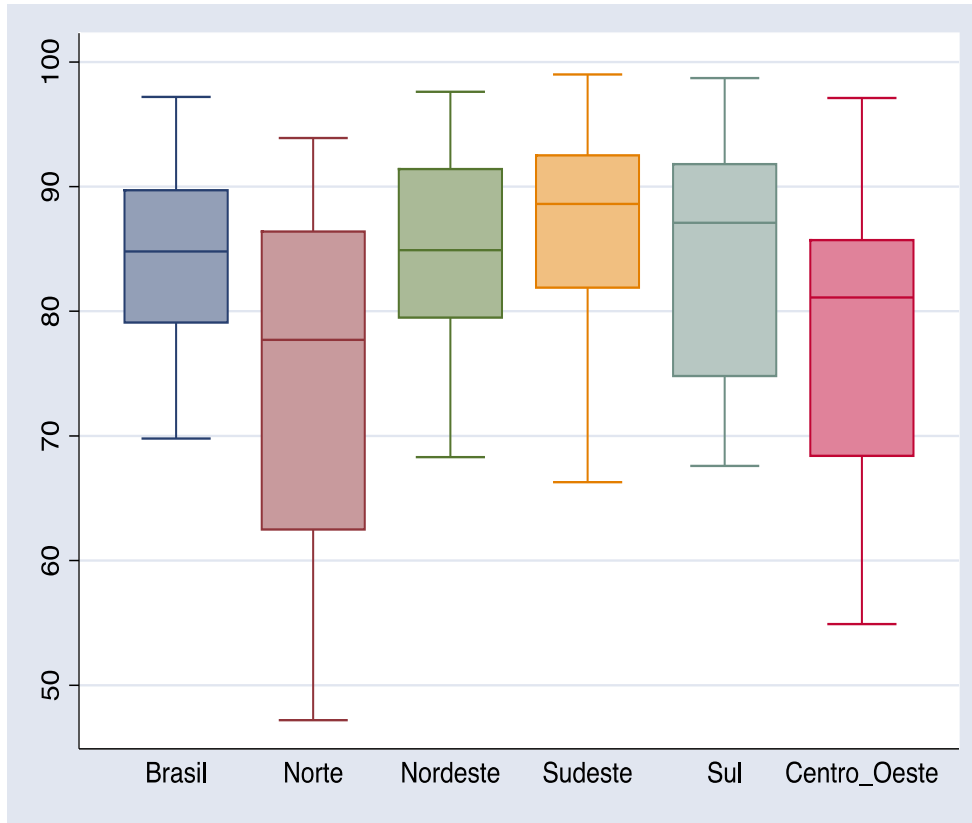


Figura 2- Distribuição da pontuação o padrão de classificação das variáveis na temática ‘Desenvolvimento de Ações’, no Brasil, 2014.

Fonte: PMAQ, 2014.