

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

GIOVANA LOUELLA AGUIAR BEZERRA DE FARIAS

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA  
CRIANÇA NA REDE BÁSICA NO MUNICÍPIO DE  
FORTALEZA-CE

FORTALEZA - CEARÁ

2012

GIOVANA LOUELLA AGUIAR BEZERRA DE FARIAS

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA REDE BÁSICA NO  
MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida.

FORTALEZA - CEARÁ

2012

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Estadual do Ceará  
Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho**

F224a Farias, Giovana Louella Aguiar Bezerra de  
Avaliação da atenção à saúde da criança na rede básica no município de Fortaleza-CE / Giovana Louella Aguiar Bezerra de Farias. – 2012.  
94 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza, 2012.  
Área de Concentração: Formação docente e didática.  
Orientação: Profa. Dra. Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida.

1. Avaliação em saúde. 2. Saúde da criança. 3. Atenção básica à saúde. I. Título.

CDD: 649.12

GIOVANA LOUELLA AGUIAR BEZERRA DE FARIAS

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA REDE BÁSICA NO  
MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado Profissional em Saúde da Criança  
e do Adolescente da Universidade Estadual  
do Ceará, como requisito parcial para  
obtenção do Grau de Mestre.

Aprovação em: 23 / 05 / 2012

BANCA EXAMINADORA:

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leni Lucia Nobre Moura

  
Prof. Dr. José Osmar Vasconcelos Filho

*Ao meu pai, Raimundo Bezerra, o maior responsável por minha escolha pela medicina, e que me ensinou a importância da saúde pública.*

*À minha mãe, Selene, pela força e incentivo a conclusão de mais esta etapa.*

*Ao meu esposo, Marcelo, que abdicou de parte do nosso tempo de convívio em prol do meu crescimento profissional.*

*Aos meus filhos, que mesmo ainda encontrando-se intra-útero, me ensinaram que a realização de uma conquista é possível, basta acreditar e ter perseverança.*

## **AGRADECIMENTOS**

À Dra. Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida, minha orientadora, pela compreensão, tranquilidade, sabedoria, apoio e contribuição na concretização deste trabalho.

Dra. Veraci, coordenadora do Curso de Mestrado, pela confiança depositada e incentivo à conclusão deste desafio.

Às mães dos pequenos pacientes residentes na Regional VI, que contribuíram na oferta dos dados para a execução desta pesquisa.

Dra. Libânia Maria Bandeira, minha amiga e colega de profissão e mestrado, que foi responsável pela minha inscrição neste Curso de Mestrado, apoiando e acreditando no meu ingresso e término do curso.

Todos os colegas do curso de mestrado, sempre dispostos a ajudar e compartilhar conhecimentos em favor de um maior aproveitamento do aprendizado, além de tornarem bastante agradáveis os momentos em grupo.

*“Nós somos aquilo que fazemos repetidamente.  
A excelência, portanto, é um hábito, não um  
incidente.”*

**ARISTÓLETES**

## RESUMO

O estudo avaliou a atenção à saúde da criança menor de um ano realizada na rede básica de saúde de Fortaleza, CE, através do acesso aos serviços de saúde, da referência aos demais níveis do sistema, das ações à saúde da criança realizadas pela Unidade Básica de Saúde (UBS) e da satisfação dos usuários; além da identificação de aspectos dos serviços que necessitem reformulação. Estudo descritivo, transversal e abordagem quantitativa; realizado nas UBS da Regional VI em Fortaleza, no ano de 2011, mediante formulário aplicado a 305 mães de crianças de 2 a 12 meses. A análise dos dados ocorreu segundo aspectos organizativos, técnico-científico e relação interpessoal, na visão dos usuários. Os resultados demonstraram que, em relação ao acesso, 67,5% das crianças foram a pé à UBS e 41,2% levaram até 10 minutos para chegar. No adoecimento, 57,7% procuraram a equipe da ESF e 17,9% hospitais. A maioria das mães necessitou ir uma vez à UBS para agendar a consulta da criança. Nos casos de doença, 82,2% foram atendidas no mesmo dia, e após quatro dias em 51,1% das consultas de puericultura. A referência foi efetiva em 91,7%, com atendimento em até uma semana em 88% dos encaminhamentos. As ações relativas à promoção à saúde da criança foram positivas na proporção de aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de quatro meses (82,4%) e menores de seis meses (62%), na orientação para manutenção do AME até seis meses (94,1%), realização do teste do pezinho (98,7%), entre outros. Dentre as ações consideradas negativas destacamos a realização de visita domiciliar na primeira semana de vida (41%) e após internação hospitalar (22,2%), a regularidade das consultas de puericultura (28,5%) e a suplementação de sulfato ferroso (32,7%) e vitamina A (56,1%). A satisfação dos usuários foi considerada positiva por 74,5% dos entrevistados. Conclui-se que a atenção à saúde da criança apresenta deficiências principalmente em relação às ações de promoção à saúde e seguimento. O acesso foi facilitado nos casos de adoecimento. A referência foi efetiva e houve boa avaliação de satisfação pelos usuários.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Saúde da Criança. Atenção Básica à Saúde.

## ABSTRACT

The study evaluated the health care of the child under one year held in the basic health of Fortaleza, CE, through access to health services, reference to other levels of the system, child health actions undertaken by Basic Health Unit (BHU), and user satisfaction; beyond the identification of aspects of services that require reformulation. A descriptive transversal study and quantitative approach; performed in BHU in the Regional VI in Fortaleza, in the year 2011, through questionnaire applied to 305 mothers of children to 2 to 12 months. The data analysis occurred according to organizational aspects, scientific-technical and interpersonal relationship, in the view of users. The results demonstrated that, in the access, 67,5% of children went to BHU by walk and 41,2% took until 10 minutes to get there. In illness, 57,7% searched the team of ESF and 17,9% hospitals. Most mothers needed to go once to BHU to schedule a consultation to the child. In cases of disease, 82,2% were seen on the same day, and after 4 days in 51,1% of the child health care consultation. The reference was effective in 91.7%, with consultation in up to a week in 88% of referrals. The actions related to promotion of health children were positive in the proportion of exclusive breastfeeding in younger than 4 months (82,4%) and younger than 6 months (62%), in the orientation to maintain the exclusive breastfeeding until 6 months (94,1%), realization of the screening test (98,7%), between others. Among the actions considered negative highlight the performance of home visits in the first week of life (41%) and after hospital internation (22,2%), the regularity of child health care (28,5%) and the supplemental ferrous sulfate (32,7%) and vitamin A (56,1%). The customer satisfaction was considered positive for 74.5% of users. It is concluded that attention to children's health is flawed especially regarding the actions of health promotion and follow up. Access is facilitated in cases of illness. The reference was effective and there was a good assessment of satisfaction by users.

Keywords: Health Assessment. Child Health. Basic Health Care.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS – Atenção Básica à Saúde

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AIDP– Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

AIS – Ações Integradas de Saúde

AM – Aleitamento Materno

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

APS – Atenção Primária à Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

IVAS – Infecção de Vias Aéreas Superiores

MS – Ministério da Saúde

NV – Nascidos Vivos

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAISC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PC – Perímetro Cefálico

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

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNSF – Programa Nacional de Suplementação de Ferro

PRMI – Projeto de Redução da Mortalidade Infantil

PSF – Programa Saúde da Família

RN – Recém-Nascido

SER – Secretarias Executivas Regionais

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TMI – Taxa de Mortalidade Infantil

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

## LISTA DE TABELAS

|    |   |    |
|----|---|----|
| 1  | Distribuição da amostra segundo a Unidade de Saúde. Fortaleza, 2011.  | 45 |
| 2  | Distribuição das crianças segundo a cobertura da ESF e composição das equipes. Fortaleza, 2011.....   | 46 |
| 3  | Distribuição das crianças atendidas nas Unidades de Saúde, segundo características biológicas e idade materna. Fortaleza, 2011.....                               | 47 |
| 4  | Meio de transporte e tempo gasto até a Unidade de Saúde. Fortaleza, 2011.....   | 48 |
| 5  | Proporção de crianças que adoeceram no primeiro ano de vida e onde realizou o atendimento. Fortaleza, 2011.....   | 48 |
| 6  | Número de idas para marcação de consultas de puericultura e urgência à Unidade de Saúde e tempo para realização da consulta. Fortaleza, 2011.....                 | 49 |
| 7  | Atendimento em serviços especializados segundo local e tempo de espera. Fortaleza, 2011.....  | 50 |
| 8  | Disponibilidade da medicação prescrita pelo profissional da unidade de saúde e conduta das mães. Fortaleza, 2011.....   | 51 |
| 9  | Distribuição das crianças segundo ações de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes da ESF. Fortaleza, 2011.....   | 52 |
| 10 | Distribuição das crianças com consultas de puericultura adequadas para a idade segundo anotação de peso, estatura e PC no cartão da criança. Fortaleza, 2011..... | 53 |
| 11 | Distribuição das crianças atendidas nas Unidades de Saúde, segundo alimentação no 1º ano de vida. Fortaleza, 2011.....  | 54 |
| 12 | Distribuição das crianças atendidas nas Unidades de Saúde, segundo idade e tipo de aleitamento. Fortaleza, 2011.....  | 55 |

|    |  |    |
|----|--|----|
| 13 | Distribuição das crianças atendidas nas UBS segundo orientação para a alimentação complementar e avaliação dos marcos do desenvolvimento. Fortaleza, 2011.....                                   | 55 |
| 14 | Distribuição das crianças com consultas de puericultura adequadas para a idade segundo orientação sobre alimentação complementar e avaliação dos marcos do desenvolvimento. Fortaleza, 2011..... | 56 |
| 15 | Distribuição das crianças segundo realização do teste do pezinho, uso do ferro oral profilático, dose da vitamina A e situação vacinal. Fortaleza, 2011.....                                     | 57 |
| 16 | Distribuição das crianças segundo internação hospitalar no primeiro ano de vida e a atuação da equipe da UBASF. Fortaleza, 2011.....   | 58 |
| 17 | Distribuição das crianças segundo a resolução do problema de saúde. Fortaleza, 2011.....   | 59 |
| 18 | Distribuição das crianças segundo a satisfação das mães com o atendimento na unidade de saúde. Fortaleza, 2011.....  | 59 |

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO.....  | 16 |
| 1.2 Justificativa e relevância.....                                      | 32 |
| 2 OBJETIVOS.....   | 36 |
| 2.1 Geral.....   | 36 |
| 2.2 Específicos.....   | 36 |
| 3 METODOLOGIA.....   | 38 |
| 3.1 Tipo de estudo.....  | 38 |
| 3.2 Local e período.....   | 38 |
| 3.3 População e amostra .....  | 39 |
| 3.4 Instrumento de coleta de dados.....                                  | 40 |
| 3.5 Procedimentos de coleta de dados.....                                | 40 |
| 3.6 Análise dos dados.....   | 41 |
| 3.7 Aspectos éticos da pesquisa.....                                     | 43 |
| 4 RESULTADOS.....  | 45 |
| 4.1 Distribuição da amostra.....   | 45 |
| 4.2 Aspectos organizativos.....  | 47 |
| 4.3 Aspectos técnico-científicos: ações de promoção da saúde na ESF..... | 51 |
| 4.4 Relação interpessoal.....  | 58 |
| 5 DISCUSSÃO .....  | 61 |
| 6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                                 | 74 |
| REFERÊNCIAS.....   | 79 |
| APÊNDICE A: Formulário.....  | 85 |
| APÊNDICE B: Termo de consentimento livre e esclarecido.....              | 89 |
| ANEXO A: Marcos do desenvolvimento .....                                 | 92 |
| ANEXO B: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....                     | 93 |
| ANEXO C: Parecer da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.....      | 94 |

# ***INTRODUÇÃO***

---

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde pública brasileira sofreu diversas mudanças no último século, influenciadas pelo contexto político-social vivido pelo país, podendo ser dividida em grandes períodos (PUSTAI, 2004).

Até a década de 1950 e declinando até os anos 1960, com a economia agroexportadora dominando a sociedade brasileira, predominou o modelo sanitarismo campanhista, com o objetivo de sanear os espaços de circulação de mercadorias exportáveis e erradicar ou controlar doenças que poderiam prejudicar a exportação (ANDRADE, 2006).

Com a migração da economia do pólo rural para o urbano-industrial, a partir da década de 1960, surge uma grande quantidade de assalariados, e assim a necessidade de um atendimento médico previdenciário e uma forma de controle social, em uma época de ditadura no Brasil. Este modelo, conhecido como médico-assistencial privatista era financiado pelo Estado por intermédio da Previdência Social, centralizado político-administrativamente, com exclusão social, dicotômico entre ações curativas e preventivas, centrado na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente, não-universal e com financiamento direcionado a ampliação dos serviços privados (PUSTAI, 2004).

No fim da década de 1970, este modelo entrou em profunda crise devido à escassez de recursos para a sua manutenção, ao aumento dos custos operacionais, e ao descrédito social em resolver a agenda da saúde, embalado também pela crise econômica e pelo processo de redemocratização em que vivia o país, além do movimento popular pela Reforma Sanitária (PUSTAI, 2004).

Em 1978, foi realizada a Conferência de Alma-Ata, onde foi estabelecido como meta "*Saúde para Todos no Ano 2000*", tendo à Atenção Primária à Saúde (APS) como a principal estratégia para atingir este objetivo, sendo o primeiro nível de contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema nacional de saúde, o mais próximo possível do local onde vivem (OPAS, 1978).

O Governo Brasileiro realiza em 1980 a 7ª Conferência Nacional de Saúde, e logo após, lança planos de intervenção como o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-Saúde), propondo a reordenação da saúde com ações por meio dos serviços básicos, porém este não saiu do papel (ANDRADE, 2006).

Em 1983, influenciado por setores relacionados à Reforma Sanitária, criaram-se as Ações Integradas de Saúde (AIS), visando integrar as políticas de saúde, com a incorporação do setor público, passando a Previdência a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários, e integração das ações curativo-preventivas e educativas.

Com o fim do regime militar em 1985, foram gerados diversos movimentos sociais, inclusive na área da saúde, e a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, lançou as bases da reforma sanitária, e instalou-se uma nova fase de participação social nas políticas públicas de saúde no Brasil.

Corrigindo algumas distorções das Ações Integradas de Saúde, mas ainda necessitado de legitimidade por ser de origem infraconstitucional, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) é lançado em 1987 (PUSTAI, 2004).

A partir da Constituição de 1988 e da regulamentação da Lei Orgânica da Saúde em 1990, definem-se as principais diretrizes da base legal do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua viabilização. Inicia-se então, o processo de descentralização da saúde com municipalização da gestão (PUSTAI, 2004).

A gestão municipal deve obedecer aos princípios do SUS, sendo estes éticos/doutrinários: Integralidade, Equidade e Universalidade; e organizativos/operacionais: descentralização, participação da comunidade e hierarquização e regionalização (BRASIL, 1988).

De acordo com a Lei nº 8.080 a *“integralidade da assistência é entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”* (BRASIL, 1990).

Para Kell (2005) “*O processo de construção e implementação da integralidade, princípio constitucional talvez seja, nos dias de hoje, o maior desafio da saúde no Brasil*”. Este fato deve-se principalmente ao desafio cultural, pela dificuldade de romper com formas tradicionais de se entenderem e realizarem ações técnicas de intervenção médica ou em saúde.

Há diversas interpretações para o termo integralidade. Para o Ministério da Saúde (MS), é a garantia ao cidadão do direito ao acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando, desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade, até atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde. Por outro lado, cabe ressaltar que por integralidade também se deve compreender a proposta de abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos (BRASIL, 2006).

Starfield (2001) definiu integralidade como o leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os pacientes recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, adequados ao contexto da APS, mesmo que alguns não possam ser oferecidos nela. Incluem os encaminhamentos para serviços secundários para consultas, métodos diagnósticos e para serviços terciários, entre outros.

As Normas Operacionais Básicas editadas em 1996 (NOB/SUS, 01/96) redirecionam o modelo de atenção à saúde, transformando em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, na relação da equipe de saúde com a comunidade, buscando a integralidade da assistência, seguindo os princípios que norteiam o SUS (BRASIL, 1998).

A Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, oferecendo ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 1998). Tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2007).

Em 2006, o MS aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Revisada novamente em 2011, a nova PNAB define que

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu no Brasil em 1994 como PSF, visando à reorganização da atenção básica, expandindo o acesso aos serviços de saúde à população, constituindo-se a porta de entrada do sistema de saúde. Promove e organiza suas atividades através de um território definido, de um trabalho em equipe multiprofissional, com a criação de vínculo com a comunidade adscrita, com base nos núcleos familiares, com intervenções personalizadas e individualizadas, de forma integral, referenciando os casos necessários aos demais níveis do sistema (BRASIL, 2001).

A nova PNAB do MS especifica que

A ESF visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do SUS, e é tida pelo MS e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma re-orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de proporcionar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011).

Como áreas estratégicas à operacionalização da Atenção Básica em todo o território nacional, estão os objetivos e as metas do Pacto pela Saúde, na dimensão do Pacto pela Vida: saúde do idoso, mental, do trabalhador e da pessoa portadora de deficiência; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às emergências de saúde pública de relevância nacional e à ocorrência de doenças, com ênfase em dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, além da Promoção da Saúde e do fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2010).

A atenção à saúde da criança é considerada prioridade nas ações de cuidados à saúde. Tem como objetivo além da redução da mortalidade infantil, prover a esta criança qualidade de vida, para que ela possa desenvolver todo seu potencial, numa concepção epidemiológica, social e familiar (BRASIL, 2004).

As políticas públicas direcionadas às crianças também sofreram transformações importantes no Brasil nos últimos 20 anos, no amplo contexto da organização do SUS. Na década de 80, destaca-se o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (1981), com a finalidade de incentivar o aleitamento materno e reduzir o desmame precoce. Este programa repercutiu nacional e internacionalmente, promovendo o debate sobre aspectos relacionados à educação, organização de serviços de saúde, trabalho da mulher e falta de controle sobre a publicidade dos alimentos infantis industrializados (BRASIL, 2009).

A partir de 1984, foi implantado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) devido às altas taxas de mortalidade infantil na época, visando promover a saúde de forma integral priorizando crianças pertencentes a grupos de risco, procurando qualificar a assistência e aumentar a cobertura dos serviços de saúde. Dentre as suas principais ações destacam-se o incentivo ao aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunizações e a assistência e controle às doenças mais prevalentes na infância (BRASIL, 2009).

Já com o SUS em vigência, em 1990 o Brasil promulga a Lei Federal nº 8069, de 13/07/1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente, sendo este o marco legal para a elaboração do “Plano Básico de Ação para a Proteção da Criança e do Adolescente nos Anos 90” (BRASIL, 1990a).

Ainda na década de 90, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), houve uma interiorização de algumas categorias profissionais e a ampliação do acesso aos serviços de saúde com influência direta sobre a saúde infantil (BRASIL, 2009).

Em 1995, o MS lançou o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) objetivando a redução dos óbitos infantis e a melhoria da situação de saúde das crianças, com ações e metas definidas para cada estado, que contemplava o incentivo e apoio à estruturação de comitês e à investigação de óbitos, principalmente na região Nordeste, considerando as desigualdades regionais do País. Este projeto foi incorporado pelo Programa Comunidade Solidária, direcionado as áreas mais carentes onde o risco de adoecimento e morte da população infantil era mais elevado (BRASIL, 2009).

Paralelo ao PSF e PRMI, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) propuseram a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), estratégia que foi incorporada pela Área Técnica de Saúde da Criança do Ministério da Saúde para redução da mortalidade em crianças menores de cinco anos e para organização do atendimento à criança. Inicialmente implantada em municípios com elevadas taxas de mortalidade infantil, foi fundamental em algumas regiões, sobretudo nas de grande adversidade social e acesso deficiente aos serviços (BRASIL, 2009).

Em 2004, o Ministério da Saúde propôs o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, política de estado até 2015, que tem por objetivo articular os atores sociais mobilizados na melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio, um compromisso assumido por líderes mundiais, em 2000, que incluem: erradicar a extrema pobreza e a fome; atingir o ensino básico universal; promover a igualdade

entre os sexos e a autonomia das mulheres; reduzir a mortalidade na infância; melhorar a saúde materna; combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; garantir a sustentabilidade ambiental e estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento (BRASIL, 2009).

A Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil, lançada em 2005 pelo Ministério da Saúde, apóia a organização de uma rede única integrada de assistência à criança, identificando as diretrizes a serem seguidas por estados e municípios, superando a desarticulação entre os níveis de atenção, garantindo sua continuidade. Em relação às crianças menores de um ano, esta agenda envolve cuidados com o recém-nascido (RN), acompanhamento do RN de risco, triagem neonatal, aleitamento materno, saúde em instituições de educação infantil e atenção às doenças prevalentes (BRASIL, 2009).

Em 2007, o MS lançou o Programa “*Mais Saúde: Direito de Todos*”, buscando aprofundar e atualizar os objetivos da criação do SUS, com novos desafios e dimensões. Uma das iniciativas voltadas para as crianças é a política “*Brasileirinhos Saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional*” que prevê ações para gestantes e crianças de zero a cinco anos (BRASIL, 2007a).

Atualmente as ações prioritárias na Área de Saúde da Criança no Governo Brasileiro são a atenção à saúde do recém-nascido; promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno; incentivo e qualificação da vigilância do crescimento e desenvolvimento; vigilância da mortalidade infantil e fetal; e prevenção de violências e promoção da cultura de paz (BRASIL, 2009).

Exemplificando as ações da atenção à saúde do recém-nascido, cita-se o Método Canguru - Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, implantado no Brasil em 1997, para combater a mortalidade em bebês prematuros e/ou nascidos com menos de 2,5kg, sendo as normas de orientações para sua implantação atualizadas com a publicação da Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. O método consiste em promover, a partir da posição canguru, o contato pele a pele entre a mãe e o bebê, de forma gradual, possibilitando maior vínculo afetivo, estabilidade térmica, estímulo à amamentação e ao adequado desenvolvimento do bebê. A atuação dos profissionais de saúde começa ainda numa fase prévia ao

nascimento do bebê, com a identificação das gestantes em risco de darem à luz a uma criança prematura e de baixo peso. Nessa situação, a mãe e a família recebem as orientações e cuidados específicos que devem ter com o bebê, além de apoio e estímulo para que estabeleçam contato físico e se aproximem da criança. Destacam-se entre os resultados encontrados com este método o menor tempo de internação, oxigenação adequada, aumento e estabilização da temperatura corporal, menos episódios de apneia e a diminuição do choro (BRASIL, 2009a).

Ainda relacionados às ações da atenção à saúde do recém-nascido, o Ministério da Saúde, desde 2009, vêm capacitando os profissionais de saúde da região Nordeste e Amazônia Legal com o AIDPI Neonatal, uma estratégia que visa à detecção e classificação precoce das principais doenças e fatores de risco que afetam crianças de zero a dois meses de idade, com o objetivo de reduzir a incidência e o agravamento de doenças que atingem os recém-nascidos, diminuindo a ocorrência de seqüelas ou complicações que podem afetar a saúde da criança (BRASIL, 2011a).

A Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno visa o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, visto que o aleitamento materno é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. Contempla as seguintes estratégias: Rede Amamenta Brasil, Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Proteção legal ao aleitamento materno, Mobilização social e Monitoramento dos indicadores de aleitamento materno (BRASIL, 2011a).

A Rede Amamenta Brasil consiste em uma estratégia de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno na Atenção Básica através da revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde, apoiada nos princípios da educação permanente em saúde, respeitando a visão de mundo dos profissionais e considerando as especificidades locais e regionais (BRASIL, 2011a).

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano é a maior e a mais complexa do mundo, distribuindo leite humano pasteurizado, com qualidade certificada, a recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva, através de mães que integram voluntariamente o programa de doação. Além disso, atendem milhões de gestantes e nutrizes que recorreram aos Bancos de Leite em busca de apoio para amamentar (BRASIL, 2011a).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança é uma estratégia efetiva para o incremento da prevalência e da duração da amamentação exclusiva e total. As maternidades certificadas seguem critérios globais que compreendem a adesão aos “*Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*” e ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno. Os dez passos são recomendações que favorecem a amamentação a partir de práticas e orientações no período pré-natal, no atendimento à mãe e ao recém-nascido ao longo do trabalho de parto e parto, durante a internação após o parto e nascimento e no retorno ao domicílio, com apoio da comunidade (BRASIL, 2011a).

A Proteção Legal ao Aleitamento Materno no Brasil tem legislação específica, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras e a Lei 11.265. Em setembro de 2008 o Presidente da República sancionou a Lei 11.770, estabelecendo a licença maternidade de seis meses, sem prejuízo do emprego e do salário, para as funcionárias públicas federais, ficando a critério dos estados, municípios e empresas privadas a adoção desta Lei (BRASIL, 2011a).

Visando à mobilização social, o Brasil desenvolve atividades de marketing social capazes de aumentar os índices de aleitamento materno e sensibilizar novas doadoras de leite humano, como a Semana Mundial da Amamentação, entre 01 e 07 de agosto, e o Dia Nacional de Doação de Leite Humano, em 01 de outubro.

O Monitoramento dos Indicadores da Amamentação mensura as prevalências de aleitamento materno, uma maneira de avaliar o impacto das ações de promoção, proteção e apoio desenvolvidas, auxiliando na avaliação e redirecionamento das ações da política brasileira de aleitamento materno.

O incentivo e qualificação da vigilância do crescimento e desenvolvimento têm como destaque a disseminação do uso da Caderneta da Criança, um documento importante para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança do nascimento até os 10 anos de idade. Os ACS pesam as crianças nas visitas domiciliares, registram o peso na caderneta, desenham as curvas no gráfico, orientam as mães, reportam os achados à unidade de saúde, encaminhando os casos indicados. Como parte do processo de fortalecimento da atenção básica, a meta do Ministério é intensificar a utilização da Caderneta da Criança, reforçando junto às mães a importância deste instrumento no acompanhamento da saúde de seus filhos (BRASIL, 2002).

A vigilância da mortalidade infantil e fetal é uma importante estratégia que possibilita a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde. Consiste em ações de mobilização das equipes de saúde para a identificação do óbito infantil e fetal, qualificação das informações, investigação e análise dos óbitos e identificação das medidas necessárias para a prevenção de novas ocorrências. A criação de Comitês Estaduais e Municipais de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal melhora a organização da assistência de saúde para a redução das mortes preveníveis e os registros sobre a mortalidade.

O fortalecimento da linha de cuidado de prevenção de violências e promoção da cultura de paz deve-se ao fato das causas externas serem consideradas um grave problema de saúde pública, responsáveis em 2006 pelo maior número de morte em crianças de um a nove anos, tornando-se um desafio a ser enfrentado, requerendo esforços de governos e sociedade. Objetiva atuar na formulação de diretrizes, parâmetros e metodologia de atenção integral à saúde da criança em situação de violência, visando ao atendimento humanizado e multidisciplinar com orientação às vítimas e às famílias sobre seus direitos, encaminhamento e acompanhamento da criança na rede local de proteção social.

Na Atenção Básica, na área da Saúde da Criança, as principais responsabilidades a serem executadas são nas seguintes áreas prioritárias: Vigilância Nutricional, Imunização, Assistência às doenças prevalentes na infância, Assistência e Prevenção às patologias bucais na infância (BRASIL, 2002).

A Vigilância Nutricional compreende o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a promoção do aleitamento materno, a realização ou referência para exames laboratoriais, o combate às carências nutricionais, e a implantação e alimentação regular do SISVAN (BRASIL, 2002).

Na Imunização, as atividades incluem a realização do esquema vacinal básico de rotina, a busca de faltosos, a realização de campanhas e intensificações, e a alimentação e acompanhamento dos sistemas de informação (BRASIL, 2002).

A Assistência às Doenças Prevalentes na Infância compreende as infecções respiratórias agudas e doenças diarréicas em crianças menores de cinco anos, assistência a outras doenças prevalentes, atividades educativas de promoção da saúde e prevenção das doenças, garantia de acesso à referência hospitalar e ambulatorial especializada, quando necessário, de forma programada e negociada com mecanismos de regulação, realização ou referência para exames laboratoriais (BRASIL, 2002).

A prevenção às patologias bucais na infância consiste na realização de ações de prevenção e cura das patologias bucais, buscando o restabelecimento das funções da boca, com foco no desenvolvimento neurolingüístico e no processo de socialização da criança; e na garantia de acesso à referência hospitalar e ambulatorial especializada, quando necessário (fonoaudiologia, ortodontia preventiva, etc.), de forma programada e negociada com mecanismos de regulação (BRASIL, 2002).

Os Cuidados Básicos com a Criança na Atenção Básica deverão ser operacionalizados pelas equipes de saúde através de visita domiciliar precoce, consultas de seguimento, informação em saúde, visita domiciliar e atendimento domiciliar (CEARÁ, 2004).

A visita domiciliar precoce deverá ser realizada na primeira semana de vida da criança, aproveitando a visita puerperal, e deverá avaliar o risco ao nascer; estimular o aleitamento materno, orientar quanto à técnica de amamentação, avaliar as dificuldades encontradas pela mãe no tocante ao aleitamento, corrigir os problemas, reforçar os cuidados necessários; orientar sobre os cuidados com a higiene da criança, principalmente do coto umbilical; orientar quanto ao cadastro e

prontuário na USF e fornecer o cartão da criança; agendar a primeira consulta médica para a criança; verificar vacinas aplicadas e orientar sobre as demais; orientar sobre o “teste do pezinho”, que consiste na triagem neonatal para algumas doenças congênitas, como hipotireoidismo, fenilcetonúria e anemia falciforme (CEARÁ, 2004).

As consultas de seguimento, que correspondem à puericultura, deverão ter a periodicidade de 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses, e anualmente até os 10 anos. O profissional de saúde deverá anotar a idade da criança em meses e dias; verificar e anotar o peso, altura, perímetro cefálico e temperatura; pesquisar e anotar a imunização, alimentação, sono, evacuações e micção; avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor; pesquisar e anotar as intercorrências desde o último comparecimento e a queixa principal, se houver; inspecionar pele, mucosa, fontanelas e genitálias; orientar a mãe quanto aos cuidados necessários; caso necessite, encaminhar para consulta médica; aplicar as vacinas necessárias; preencher o prontuário, os gráficos de peso, altura, perímetro cefálico, desenvolvimento neuropsicomotor e o cartão da criança; reforçar o aleitamento materno e a introdução de alimentos complementares a partir do sexto mês; reforçar a data do próximo retorno (CEARÁ, 2004).

A Informação em saúde consiste em esclarecer pais ou responsáveis pela criança sobre cuidados voltados para a promoção da saúde da criança; realizar atividade individual ou em grupos, antes ou após o atendimento de enfermagem ou consulta médica, ou mesmo em calendários específicos, conforme for mais adequado à clientela; priorizar os temas de afetividade, alimentação, higiene ambiental e pessoal, estimulação, resiliência, desenvolvimento infantil e prevenção de acidentes (CEARÁ, 2004).

A visita domiciliar visa realizar visita a faltosos, às famílias das crianças que estão com o esquema vacinal atrasado ou que não compareceram ao atendimento agendado da puericultura; realizar visita de acompanhamento às crianças e nos casos de vigilância epidemiológica (CEARÁ, 2004).

O atendimento domiciliar para acompanhamento clínico das crianças em domicílio pretende avaliar e acompanhar crianças que tenham recebido alta

hospitalar recente; pesquisar a evolução da criança, estado geral, alimentação, funcionamento intestinal e urinário; verificar e anotar a temperatura; pesquisar e anotar a queixa, inspecionar a criança; anotar o diagnóstico e a conduta; pesquisar se a criança está fazendo uso adequado da medicação recomendada; e orientar a mãe (CEARÁ, 2004).

Na literatura científica, podemos encontrar diversos trabalhos relacionados à atenção à saúde da criança. Entre eles, Beheregaray (2010) descreveu a experiência sobre a prática da integralidade em saúde na assistência à população materno-infantil do meio rural em um município do sul do Brasil e constatou que a população rural vive em condição de desvantagem, uma vez que os serviços e a atenção à saúde são quase exclusivamente projetados para a população urbana. Observou ainda, que o modelo assistencial e o processo de trabalho desenvolvido dificultam a prática da integralidade, situação traduzida por questões que envolvem o acesso, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização por parte dos profissionais.

Ribeiro (2010) avaliou o PSF de Teresópolis, RJ segundo a percepção dos usuários, comparando seus resultados entre áreas urbanas e rurais e diferenças significativas foram observadas para determinados itens, como o elevado vínculo da clientela ao programa e uma percepção predominantemente positiva sobre o estado de saúde das crianças.

Os fatores associados à frequência da utilização do serviço de puericultura por famílias de baixo nível socioeconômico no SUS na cidade de São Leopoldo, RS, foram avaliados por Vitolo (2010), que observou que a elevada frequência de crianças que não são levadas para acompanhamento no serviço de puericultura está associada à baixa escolaridade materna e à estrutura familiar, além da percepção de que é desnecessário na ausência de doença da criança.

Santos (2009) investigou a compreensão das mães acerca da consulta de puericultura numa unidade de saúde da família e observou que as mães levam seus filhos a ESF, demonstrando interesse no acompanhamento do mesmo e que as orientações para levar a consulta foram dadas na maioria das vezes por profissionais de saúde, em especial os agentes comunitários de saúde, concluindo

que a Educação em Saúde é uma estratégia importante a ser desenvolvida ao longo das consultas de puericultura, podendo também ser realizadas pelo enfermeiro dentro da ESF.

Cotta (2008) avaliou a atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no Município de Teixeira, MG, e concluiu que a atuação do PSF na atenção a saúde das crianças distancia-se da proposta de reorientação do modelo assistencial hegemônico pelo qual foi criado, dificultando estratégias na prevenção de doenças e promoção da saúde, demonstrando que o programa surge como um suporte do hospital e mais um local de atendimento.

Um diagnóstico situacional da ação de acompanhamento do crescimento em menores de um ano da Região Metropolitana do Recife e interior do Estado de Pernambuco foi realizado por Carvalho (2008). Na avaliação da estrutura e do processo, observaram-se importantes deficiências nas ações de acompanhamento do crescimento dessas crianças. Em termos estruturais, faltavam balanças, cartão da Criança, normas do programa e treinamento de profissionais em considerável proporção de unidades de saúde, particularmente no interior do Estado.

Oliveira (2008) relacionou a percepção dos usuários sobre a contribuição do PSF em Unidade Mista de Natal, RN, com a evolução dos indicadores de atenção à saúde da criança menor de cinco anos, e revelou que as ações de atenção à saúde da criança no PSF foram transformadoras de atitudes e propulsoras de mudanças sociais. Os usuários envolvidos com o PSF reconheceram a importância e os efeitos positivos do programa na saúde da criança, com respostas extremamente favoráveis, demonstrando elevada aprovação às ações desenvolvidas pelo PSF. Em relação aos indicadores das ações desenvolvidas evidenciou que em todas as ações os índices obtiveram evoluções positivas no período avaliado.

Franco (2007) avaliou o programa de puericultura na Unidade Básica de Saúde (UBS) centro social urbano em Pelotas, RS, e observou um predomínio de crianças atendidas na UBS que residiam fora da área de abrangência do serviço, podendo especular que crianças residentes na área de cobertura desta UBS podem não estar incluídas por dificuldades de acesso ou preferência de atendimento em outro local.

Prado (2007) avaliou a prática da integralidade a partir da saúde da criança comparando duas unidades de saúde distintas, uma cujo eixo estruturante era o PSF e outra que organizava a assistência no modelo tradicional, e constatou que o princípio da integralidade não se mostrou incorporado, mesmo na unidade de saúde da família e o acesso às consultas foi bastante dificultado em ambas as unidades, porém com um sistema de referência e contra-referência e o acesso a medicamentos mais articulado na unidade com PSF.

Uma proposta de atendimento em Puericultura para crianças e adolescentes, desenvolvida no contexto das atividades do PSF, foi divulgada por Del Ciampo (2006). Suas ações estendem-se a toda população do nascimento aos 20 anos incompletos, com seguimento longitudinal, realizado por meio de atendimento ambulatorial individualizado, visitas domiciliares e participação em grupos de educação e socialização. De acordo com as diferentes faixas etárias são propostas algumas particularidades, como a visita domiciliar ao recém-nascido (RN) na primeira semana de vida pela enfermeira, auxiliar de enfermagem ou ACS, onde deverá ser marcada a primeira consulta médica do RN para sua matrícula no programa, e daí por diante essas consultas médicas são mensais no primeiro semestre de vida, bimestrais no segundo semestre, trimestrais entre 12 e 24 meses, semestrais entre dois e 20 anos.

Em 2005, Samico avaliou a implantação da atenção à saúde da criança em dois municípios do estado de Pernambuco, comparando três unidades distintas: uma com PSF com profissionais treinados na Estratégia AIDPI, uma sem esse treinamento, e uma unidade tradicional; e observou que a variação no grau de implantação apresentou como determinantes deficiências no manejo de casos e potencialidade da atenção prestada pelo enfermeiro e uma melhor satisfação profissional e dos usuários para unidades do PSF, porém com problemas no acesso e integralidade das ações.

Leite (2005) caracterizou o perfil de crianças menores de um ano atendidas pelo Programa de Puericultura da Equipe de Saúde da Família de Campo Mourão no Paraná e concluiu que mais da metade das crianças realizaram o número de consultas preconizado pelo MS; todas estavam com esquema vacinal completo; cerca de 70% receberam AME nos primeiros seis meses de vida; aproximadamente

80% eram eutróficas; 60% apresentaram episódios mórbidos durante o primeiro ano de vida, principalmente devido a IVAS; e todas as crianças demonstraram adequado desenvolvimento neuropsicomotor. Esses resultados permitiram o autor concluir que o acompanhamento realizado a essas crianças pela equipe da ESF foi positivo.

Estudo realizado por Blank (2003) buscou um apoio científico para as principais intervenções preventivas, quando, como e quem deve realizá-las, através de revisão sistemática da literatura. Concluiu que as ações na área de puericultura (promoção da saúde da criança e do adolescente) não devem ser totalmente empíricas, há documentação científica da efetividade de consulta pré-natal, orientação preventiva, triagem metabólica, imunização, triagem de visão e audição.

Na perspectiva da gestão do Município, Kantorski (2006) avaliou a integralidade da atenção à saúde e constatou que o PSF ampliou o acesso liberando uma demanda reprimida, no entanto implicando em aumento de gastos e no desafio de ampliar a comunicação e resolubilidade dos serviços, uma vez que as necessidades da população ficam mais visíveis a partir da expansão do PSF.

Diante da complexidade das diferentes abordagens e resultados da avaliação em saúde e da integralidade das ações observadas nos estudos acima, a avaliação do serviço no âmbito da pesquisa científica surge com uma referência para apontar fragilidades, potencialidades e limitações dos serviços de saúde, podendo ajudar na transformação para uma promoção de saúde e de cuidado mais efetivas.

Em Fortaleza, o equivalente a um milhão e 600 mil pessoas, cerca de 70% da população, utiliza o SUS de maneira efetiva. Antes de 2006, apenas 15% desta população recebia cobertura pela ESF, estendida após concurso público realizado em 2006 para pouco mais de 40% de nossa população, sendo a principal estratégia da APS utilizada pela atual gestão da Secretaria Municipal de Saúde (PMF, 2010). Porém, quase 60% da população ainda são atendidas através do modelo tradicional de assistência à saúde, centralizado no médico especialista (clínico, pediatra e ginecologista), sem adscrição de clientela. Está em andamento um processo de reterritorialização buscando a ampliação da cobertura pela ESF (PMF, 2010).

A atenção básica é a porta de entrada do SUS, composta pelas Unidades Básicas de Saúde em sua maioria mistas (modelo tradicional e ESF), que por meio da rede hierarquizada encaminha à Atenção Secundária e Terciária. As ações específicas à saúde da criança seguem as diretrizes do Ministério da Saúde.

A cidade de Fortaleza é subdividida em 6 Secretarias Executivas Regionais (SER), de acordo com sua localização geográfica, onde se encontram 6 Distritos de Saúde. A SER I, abrange 15 bairros através de 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS); a SER II 21 bairros e 12 UBS; a SER III 16 bairros e 16 UBS; a SER IV 19 bairros e 11 UBS; a SER V 18 bairros e 18 UBS; e a SER VI, abrange 27 bairros e 19 UBS.

No ano de 2010, de acordo com o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), nasceram 34.237 crianças filhas de mães residentes no Município de Fortaleza. Dessas, 4.870 crianças nasceram de mães que residiam na SER I, 4.604 na SER II, 4.949 na SER III, 3.157 na SER IV, 6.893 na SER V, 8.217 na SER VI e 1.547 residiam em bairro ignorado/outro município.

De acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em 2010, o número de óbitos de crianças menores de um ano, no Município de Fortaleza, foi de 887, e 95 na SER VI, o que corresponde a uma Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) de 25,9 e de 11,6, respectivamente.

Neste sentido, tem-se como objeto de estudo deste projeto de pesquisa, a atenção à saúde da criança na rede básica de saúde municipal de Fortaleza, por meio da avaliação da atenção à saúde da criança menor de um ano de idade, realizada por profissionais da atenção básica do SUS, no Município de Fortaleza, Ceará.

## **1.2 Justificativa e relevância**

Com o alto crescimento da produção de tecnologias voltadas ao cuidado, a avaliação em saúde permanente é cada vez mais necessária. Os resultados de uma avaliação contribuem com a tomada de decisões, visando à melhoria da qualidade dos programas e serviços prestados à população.

Devido à mudança do modelo de atenção à saúde para a Estratégia Saúde da Família, segundo o Ministério da Saúde

[...] torna-se necessário, para os próximos anos, consolidar a qualidade da atenção prestada por meio de ações, projetos e políticas voltados para a integração entre os diferentes níveis de atenção, qualificação e aperfeiçoamento dos profissionais, expansão da rede de serviços, ampliação da participação e controle social, entre tantos outros exemplos, em direção aos ideais de equidade, integralidade, resolubilidade e humanização do SUS que queremos (BRASIL, 2005).

A mortalidade infantil é um indicador que reflete a qualidade de vida e o nível de desenvolvimento de um país. Apesar do declínio da TMI nas últimas décadas no Brasil, muitos óbitos ocorridos no período pós-neonatal freqüentemente ocorrem por causas evitáveis, como as doenças infecciosas e a desnutrição (BRASIL, 2009b).

A realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento nos primeiros anos de vida, além das ações de cuidados preventivos, é comprovadamente capaz de promover a promoção da saúde e do bem estar e resolver a maioria dos problemas que acometem as crianças (BRASIL, 2002).

Diante do exposto, considerando a mudança do modelo de atenção à saúde no Município de Fortaleza ainda em processo de implantação e da necessidade teórica de ampliação da cobertura pela ESF, reforça-se a utilidade de processos avaliativos no contexto da integralidade, sobretudo na área de saúde da criança, contribuindo para um planejamento e gestão mais adequados, levando em consideração o fortalecimento e a importância das ações da atenção básica realizadas pela ESF, realmente efetivos a uma melhor assistência à saúde.

A pesquisadora que idealizou este projeto é médica da ESF, no Município de Fortaleza, atuando no Centro de Saúde da Família César Cals de Oliveira, sob a gerência da SER VI. É também médica pediatra do Hospital Infantil Albert Sabin, hospital terciário referência em pediatria para o Estado do Ceará.

Ao observar o sistema trabalhando nos dois extremos dos níveis de atenção dos serviços de saúde de Fortaleza-CE (atenção primária e atenção terciária) e por diversas vezes observar tensões no sistema, surgiram

questionamentos. O atual modelo de saúde com a atenção básica como porta de entrada do sistema possibilita a estas crianças a garantia de acesso e resolução do problema de saúde? Estão sendo executadas as ações prioritárias na área da saúde da criança na atenção básica, como o incentivo ao aleitamento materno, imunizações e a vigilância ao crescimento e desenvolvimento? O processo de referência e contra-referência é efetivo? Há satisfação dos usuários com o serviço prestado?

***OBJETIVOS***

---

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Avaliar a atenção à saúde da criança menor de um ano realizada na rede básica de saúde do Município de Fortaleza.

### **2.2 Específicos**

1. Verificar o acesso aos serviços de saúde na atenção básica;
2. Analisar a referência e contra-referência aos demais níveis do sistema de saúde a partir da atenção básica;
3. Descrever as ações à saúde da criança menor de um ano realizadas pela unidade básica de saúde;
4. Estimar a satisfação do usuário com atenção dispensada pela unidade básica de saúde;
5. Identificar aspectos dos serviços que necessitem reformulação na busca da qualidade das ações;

# ***METODOLOGIA***

---

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, de abordagem quantitativa.

#### **3.2 Local e período**

O estudo foi conduzido nas unidades básicas de saúde, localizadas na SER VI, no Município de Fortaleza – CE, durante quatro meses (julho a setembro, e novembro de 2011).

A SER VI é composta por 20 unidades básicas de saúde, sendo realizada a coleta de dados em 15 das 20 unidades, selecionadas de forma aleatória, exceto pela Unidade de Saúde Pedro Sampaio, que se encontrava em reforma na época da coleta dos dados, sendo excluída devido a este motivo.

As unidades selecionadas foram: Alarico Leite, Anísio Teixeira, César Cals de Oliveira, Edmar Fujita, Evandro Ayres de Moura, Galba de Araújo, Hélio Góes Ferreira, José Barros de Alencar, Maria de Lourdes Jereissati, Francisco Melo Jaborandi, Messejana, Monteiro de Moraes, Terezinha Parente, Vicentina Campos e Waldo Pessoa.

A escolha da SER VI deveu-se ao fato de ser o local de trabalho da pesquisadora, facilitando a intervenção para melhorias no serviço após a análise dos resultados.

O período anteriormente estimado para a obtenção dos dados era de dois meses, porém devido à dificuldade de obtenção da amostra necessária, este período estendeu-se inicialmente para 3 meses (julho a setembro de 2011). Durante a análise dos dados, verificou-se que a coleta em algumas unidades encontrava-se

incompleta em relação à quantidade de formulários e também com alguns dados faltantes em questionários já preenchidos, sendo necessário um novo período de coleta e complementação de dados já coletados por mais 1 mês (novembro de 2011).

### 3.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída de 8.122 crianças, correspondente ao número de crianças nascidas vivas no ano de 2010 de mães residentes na SER VI em Fortaleza, deduzidos o número de óbitos infantis no mesmo período e local, o que representa a quantidade de crianças menores de um ano de idade.

A escolha desta população ocorreu devido a ser a faixa etária da base de cálculo da TMI, um importante indicador das condições de vida e saúde da população, e por ser a faixa etária onde se compreende a maioria das ações à saúde da criança.

Para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se a fórmula para populações infinitas, fixou-se P (proporção de crianças com falhas na integralidade da atenção) em 40%, nível de significância de 5% ( $\alpha = 0,05$ ) e um erro amostral de 5,5%:

$$n = \frac{t_{5\%}^2 \times P \times Q}{e^2}$$

onde:

n = tamanho da amostra

$t_{5\%} = 1,96$  (o valor da distribuição t de Student ao nível de 5%)

P = 40% (proporção de crianças com falhas na integralidade da atenção)

Q = 100-P = 60%

e = 5,5% (erro amostral)

Dessa forma, o tamanho da amostra ficou assim definido:

$$n = (1,96)^2 \times 40 \times 60 / 30,25 = 305 \text{ crianças}$$

Devido ao fato de crianças menores de dois meses oferecerem poucos dados relativos ao estudo, a coleta foi realizada com crianças a partir de dois meses de idade, porém com dados relacionados desde o seu nascimento. A idade máxima da coleta de dados foi de 12 meses, porém só sendo coletados dados relativos ao primeiro ano de vida. A decisão de incluir crianças com 12 meses completos ocorreu devido ao grande número de crianças que comparecem a unidade nesta idade para aplicação da vacina tríplice viral, e para a consulta de puericultura de um ano.

### **3.4 Instrumento de coleta de dados**

Os dados foram coletados a partir de um formulário estruturado aplicado às mães ou responsáveis pela criança, preenchidos pelo pesquisador de acordo com as respostas relatadas, tendo se utilizado, também, dados secundários coletados no cartão da criança.

O formulário continha variáveis relativas à criança (sexo, idade, situação vacinal, preenchimento do cartão), aos aspectos organizativos e técnico-científicos do serviço, à cobertura da ESF.

Foi aplicado um teste piloto previamente a coleta pela própria autora da pesquisa, sendo observado algumas falhas em relação à ordem das questões, o que aumentava o tempo de coleta. Após esta constatação, o questionário passou por algumas modificações em relação a sua estrutura para facilitação e diminuição do tempo de coleta dos dados.

### **3.5 Procedimentos de coleta de dados**

Os dados foram coletados pela autora e por profissionais de saúde treinados por ela, no período de julho a setembro e novembro de 2011, em 15 das 20 UBS da SER VI, no momento em que a criança de 2 a 12 meses comparecia a UBS por qualquer motivo (vacina, consulta, bolsa família, outros). A distribuição da quantidade de formulários coletados em cada Unidade de Saúde foi proporcional ao

número de crianças menores de um ano residentes nas áreas de abrangência destas unidades.

As informações foram obtidas através de questões formuladas às mães ou responsáveis destas crianças (dados primários) e dados resgatados pelo cartão da criança (dados secundários), preenchidos pelo pesquisador em instrumento de coleta de dados estruturado, com dados relativos ao primeiro ano de vida da criança.

Os critérios de inclusão foram encontrar-se na faixa etária de dois a 12 meses de idade, residir na área de abrangência da unidade de saúde analisada desde o nascimento e apresentar o cartão da criança no momento da coleta de dados.

### **3.6 Análise dos dados**

Inicialmente foi analisado a distribuição da amostra, com dados relativos aos participantes, como faixa etária, sexo, peso ao nascer, idade materna, unidade de saúde e cobertura da ESF e composição da equipe. A equipe completa foi considerada pela presença do médico, enfermeiro, dentista e ACS na equipe. Em Fortaleza, as equipes da ESF são constituídas além desses membros, por um auxiliar ou técnico de enfermagem e por um auxiliar de consultório dentário (ACD), porém devido à dificuldade de reconhecimento pela população desses dois profissionais, optamos por não questionar suas presenças na definição de equipe completa.

A análise do serviço de saúde e práticas assistenciais foram baseadas no modelo proposto por Donabedian (1966), que avalia as dimensões de estrutura, processo e resultado, porém em nosso estudo analisamos apenas o elemento de processo dos serviços de saúde.

A avaliação do processo foi determinada pelas ações desenvolvidas pelos profissionais e a unidade de saúde na visão dos usuários, e avaliadas segundo aspectos organizativos, técnico-científicos e relação interpessoal.

Os aspectos organizativos foram avaliados através do: acesso, determinado pela dimensão geográfica (como chega à unidade e tempo gasto) e funcional (número de vezes que comparece a unidade para conseguir agendamento e tempo gasto até o atendimento); marcação de consultas; horários e disponibilidades do serviço; e referência e contra-referência.

Os aspectos técnico-científicos correspondem às práticas de saúde realizadas, como promoção do aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento, imunizações, controles de doenças, prescrição de medicamentos, foram avaliadas através de Indicadores para Avaliação da Atenção Básica do Ministério da Saúde em crianças menores de um ano, como a proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento materno exclusivo, proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento misto, proporção de menores de um ano de idade pesados, cobertura de atendimento de puericultura, proporção de menores de um ano de idade com vacinas em dia (BRASIL, 2004a); além de outros indicadores que refletem a realização dos cuidados básicos necessários à atenção a saúde da criança menor de um ano na atenção básica, como visita domiciliar precoce, consultas de seguimento com orientação sobre aleitamento materno, alimentação complementar, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e prescrição de sulfato ferroso profilático.

A relação interpessoal foi avaliada pela confiança entre o provedor e o usuário avaliada pela adesão as indicações, continuidade no atendimento e satisfação dos usuários.

Para a formação do banco de dados e análise estatística, foi utilizado o *software* SPSS e analisado através de frequências relativas (percentuais) e absolutas (n) nas classes de cada variável categórica. As variáveis contínuas foram analisadas utilizando-se médias, medianas e desvios-padrão. Na análise estatística utilizou-se o teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para verificar a associação entre as variáveis.

### **3.7 Aspectos éticos da pesquisa**

O projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.

Os dados obtidos com a pesquisa foram utilizados exclusivamente para fins de investigação científica, com total confidencialidade, de acordo com a Resolução nº 196 de 1996, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Aos sujeitos da pesquisa foi garantido o anonimato, a participação voluntária, o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi solicitada a permissão da coordenadora da Secretaria Executiva Regional VI, por meio de autorização por escrito, para a realização da pesquisa, antes do encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa.

# ***RESULTADOS***

---

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Distribuição da amostra

A população do estudo foi constituída por 305 crianças, cujos dados foram coletados em 15 das 20 Unidades Básicas de Saúde pertencentes a SER VI, tendo o Centro de Saúde de Messejana contribuído com o maior número de casos (TABELA 1).

**TABELA 1 – Distribuição da amostra segundo a Unidade de Saúde. Fortaleza, 2011.**

| Unidade de Saúde            | N°         | %            |
|-----------------------------|------------|--------------|
| Alarico Leite               | 21         | 6,9          |
| Anísio Teixeira             | 23         | 7,5          |
| César Cals de Oliveira      | 25         | 8,2          |
| Edmar Fujita                | 10         | 3,3          |
| Evandro Ayres de Moura      | 26         | 8,5          |
| Galba de Araújo             | 18         | 5,9          |
| Hélio Góes Ferreira         | 8          | 2,6          |
| José Barros de Alencar      | 8          | 2,6          |
| Maria de Lourdes Jereissati | 18         | 5,9          |
| Francisco Melo Jaborandi    | 30         | 9,8          |
| Messejana                   | 32         | 10,5         |
| Monteiro de Moraes          | 19         | 6,2          |
| Terezinha Parente           | 24         | 7,9          |
| Vicentina Campos            | 15         | 4,9          |
| Waldo Pessoa                | 28         | 9,2          |
| <b>TOTAL</b>                | <b>305</b> | <b>100,0</b> |

A maioria das crianças residia em áreas que apresentavam cobertura pela ESF (76,1%), e dentre essas áreas cobertas, pouco mais da metade (55,6%) possuía equipe completa, avaliada pela presença de médico, enfermeiro, dentista e agente comunitário de saúde na equipe. Entre os membros da equipe, o médico foi o profissional que esteve menos presente nas equipes da ESF, encontrando-se ausente em 90,3% das equipes incompletas (TABELA 2).

**TABELA 2 – Distribuição das crianças segundo a cobertura da ESF e composição das equipes. Fortaleza, 2011.**

| <b>Cobertura da ESF (n=305)</b>         | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|---|-----------|----------|
| Sim                                     | 232       | 76,1     |
| Não                                     | 39        | 12,8     |
| Não sabe                                | 34        | 11,1     |
| <b>Equipe completa (n=232)</b>          |           |          |
| Sim                                     | 129       | 55,6     |
| Não                                     | 72        | 31,0     |
| Não sabe                                | 31        | 13,4     |
| <b>Membro faltante na equipe (n=72)</b> |           |          |
| Médico                                  | 27        | 37,5     |
| Médico e enfermeiro                     | 25        | 34,7     |
| Médico, enfermeiro e dentista           | 10        | 13,9     |
| Médico e dentista                       | 2         | 2,8      |
| Médico e ACS                            | 1         | 1,4      |
| Enfermeiro                              | 2         | 2,8      |
| Dentista                                | 3         | 4,1      |
| ACS                                     | 2         | 2,8      |

Verificou-se um leve predomínio do sexo feminino (52,1%), havendo maior concentração de crianças na faixa etária de dois a seis meses (59,3%), com média de idade de 6,3 meses.

Em relação ao peso de nascimento, a maioria nasceu com peso entre 3.000 e 3.499 gramas, e a proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (menos de 2.500 g) foi de 4,9%.

Quanto à idade materna, predominou a faixa etária entre 20 e 34 anos (65,6%), com média de idade de 25,4 anos (TABELA 3).

**TABELA 3 – Distribuição das crianças atendidas nas Unidades de Saúde, segundo características biológicas e idade materna. Fortaleza, 2011.**

| <b>Faixa etária (meses) (n=305)</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------------|-----------|----------|
| 2 – 6                               | 181       | 59,3     |
| 7 – 11                              | 82        | 26,9     |
| 12                                  | 42        | 13,8     |
| <b>Sexo (n=305)</b>                 |           |          |
| Feminino                            | 159       | 52,1     |
| Masculino                           | 146       | 47,9     |
| <b>Peso ao nascer (g) (n=303)</b>   |           |          |
| 1685 – 2499                         | 15        | 4,9      |
| 2500 – 2999                         | 52        | 17,2     |
| 3000 – 3499                         | 127       | 41,9     |
| 3500 – 3999                         | 93        | 30,7     |
| ≥4000                               | 16        | 5,3      |
| <b>Idade materna (anos) (n=305)</b> |           |          |
| <15                                 | 3         | 1,0      |
| 15 – 19                             | 71        | 23,3     |
| 20 – 34                             | 200       | 65,6     |
| ≥35                                 | 31        | 10,1     |

## 4.2 Aspectos organizativos

O acesso ao serviço de saúde em relação às dimensões geográficas foi avaliado pelo meio de transporte e o tempo gasto até a unidade de saúde (TABELA 4).

Observa-se que 67,5% das mães levam suas crianças a pé à unidade de saúde, e o transporte público foi utilizado por apenas 14,7% dos participantes do estudo.

À distância até a unidade, avaliada pelo tempo médio gasto para chegar, foi de curta duração (até 10 minutos) para 41,2% dos usuários analisados, e apenas 2,4% levaram uma hora ou mais para chegar à unidade de saúde.

**TABELA 4 – Meio de transporte e tempo gasto até a Unidade de Saúde. Fortaleza, 2011.**

| <b>Meio de transporte (n=305)</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------|-----------|----------|
| À pé                              | 206       | 67,5     |
| Bicicleta                         | 9         | 3,0      |
| Moto                              | 15        | 4,9      |
| Carro                             | 30        | 9,9      |
| Transporte público                | 45        | 14,7     |
| <b>Tempo (minutos)</b>            |           |          |
| Até 10                            | 126       | 41,2     |
| 11 a 20                           | 106       | 34,7     |
| 21 a 30                           | 53        | 17,4     |
| 31 a 59                           | 13        | 4,3      |
| 60 ou mais                        | 7         | 2,4      |

O acesso foi também analisado quanto à sua dimensão funcional, levando-se em consideração dois aspectos: a disponibilidade do serviço, avaliada pela procura das mães por ocasião do adoecimento da criança, e a marcação de consultas, avaliada pelo número de vezes que a mãe necessitou ir à unidade de saúde para agendar as consultas da criança e o tempo transcorrido entre o agendamento e a consulta.

A proporção de crianças que adoeceram no primeiro ano de vida e necessitaram atendimento foi de 40,3%. Dessas, 57,7%, procuraram a equipe da ESF e 17,9% buscaram o atendimento fora da UBS do bairro, em hospitais secundários ou terciários (TABELA 5).

**TABELA 5 – Proporção de crianças que adoeceram no primeiro ano de vida e onde realizou o atendimento. Fortaleza, 2011.**

| <b>Adoeceram (n=305)</b>                   | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|--|-----------|----------|
| Sim  | 123       | 40,3     |
| Não  | 182       | 60,7     |
| <b>Onde realizou o atendimento (n=123)</b> |           |          |
| Equipe da ESF                              | 71        | 57,7     |
| Pediatra da UBS                            | 20        | 16,3     |
| Plantão noturno da UBS                     | 10        | 8,1      |
| Hospital Secundário                        | 20        | 16,3     |
| Hospital Terciário                         | 2         | 1,6      |

Das mães que levaram seus filhos para consulta de puericultura (n= 233), a maioria (72,1%) necessitou ir apenas uma vez à unidade de saúde para agendar a consulta de puericultura da criança, entretanto a realização da consulta, na maioria das vezes só ocorreu após quatro dias do agendamento. A maioria das consultas de urgência (82,2%), quando a criança encontrava-se doente (n=101), foi realizada no mesmo dia do agendamento (TABELA 6).

**TABELA 6 – Número de idas para marcação de consultas de puericultura e urgência à Unidade de Saúde e tempo para realização da consulta. Fortaleza, 2011**

| <b>Idas para agendar a consulta de puericultura<br/>(n=233)</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|---|-----------|----------|
| Nenhuma   | 50        | 21,5     |
| 1   | 118       | 50,6     |
| 2   | 39        | 16,7     |
| 3   | 17        | 7,3      |
| 4 ou mais   | 9         | 3,9      |
| <b>Tempo para consulta de puericultura (dias)</b>               |           |          |
| 0 (consulta no mesmo dia)                                       | 43        | 18,5     |
| 1   | 21        | 9,0      |
| 2   | 21        | 9,0      |
| 3   | 29        | 12,4     |
| 4 ou mais   | 119       | 51,1     |
| <b>Idas para agendar a consulta de urgência (n=101)</b>         |           |          |
| Nenhuma   | 2         | 3,0      |
| 1   | 94        | 93,0     |
| 2   | 1         | 1,0      |
| 4   | 3         | 3,0      |
| <b>Tempo para consulta de urgência (dias)</b>                   |           |          |
| 0 (consulta no mesmo dia)                                       | 83        | 82,2     |
| 1   | 8         | 7,9      |
| 2   | 3         | 3,0      |
| 4 ou mais   | 7         | 6,9      |

A avaliação do funcionamento do sistema de referência e contra-referência mostrou que 11,8% das crianças necessitaram de encaminhamento após a consulta na unidade básica de saúde, e 91,7% conseguiram o atendimento no serviço para onde foram encaminhadas. O tempo transcorrido até o atendimento foi de no máximo uma semana em 88% dos encaminhamentos (TABELA 7).

**TABELA 7 – Atendimento em serviços especializados segundo local e tempo de espera. Fortaleza, 2011**

| <b>Necessidade de encaminhamento (n=305)</b>   | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|--|-----------|----------|
| Sim  | 36        | 11,8     |
| Não  | 269       | 88,2     |
| <b>Atendimento após encaminhamento (n=36)</b>  |           |          |
| Sim  | 33        | 91,7     |
| Não  | 3         | 8,3      |
| <b>Tempo de espera para atendimento (dias)</b> |           |          |
| No mesmo dia                                   | 23        | 69,7     |
| 1 a 7  | 6         | 18,3     |
| 8 a 15   | 1         | 3,0      |
| 15 a 30  | 2         | 6,0      |
| Não lembra                                     | 1         | 3,0      |
| <b>Locais encaminhados</b>                     |           |          |
| Pediatria                                      | 17        | 47,2     |
| Cirurgia                                       | 1         | 2,8      |
| Ortopedia                                      | 4         | 11,1     |
| Pneumologia                                    | 1         | 2,8      |
| Oftalmologia                                   | 1         | 2,8      |
| Fisioterapia                                   | 1         | 2,8      |
| Exame Laboratorial                             | 1         | 2,8      |
| Raio X   | 7         | 19,4     |
| Eletrocardiograma                              | 3         | 8,3      |

A avaliação da dimensão econômica ocorreu pela análise dos custos assumidos pelo usuário diante da falta de insumos no sistema, como a compra do medicamento prescrito quando não disponibilizado pela unidade de saúde. Observou-se que não havia a medicação na unidade de saúde em 37,6% das prescrições, sendo comprada pelo paciente em 84,2% dos casos (TABELA 8).

**TABELA 8 – Disponibilidade da medicação prescrita pelo profissional da unidade de saúde e conduta das mães. Fortaleza, 2011.**

| <b>Medicação distribuída pela unidade (n=101)</b>           | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|---|-----------|----------|
| Sim   | 63        | 62,4     |
| Não   | 38        | 37,6     |
| <b>Conduta da mãe quando não recebeu a medicação (n=38)</b> |           |          |
| Comprou   | 32        | 84,2     |
| Pegou em outra unidade                                      | 2         | 5,3      |
| Não ofereceu o medicamento à criança                        | 4         | 10,5     |

#### **4.3 Aspectos técnico-científicos: ações de promoção da saúde na ESF**

A proporção de crianças que receberam visita domiciliar na primeira semana de vida foi de 41%, sendo a maioria (60,0%) realizada apenas pelo ACS, chamando a atenção o fato de que apenas 20% das crianças com baixo peso ao nascer receberam visita domiciliar na primeira semana de vida. Ressalta-se também a pouca participação dos médicos nessa atividade.

A avaliação do crescimento e desenvolvimento foi realizada entre outras coisas pela avaliação da adequação das consultas de puericultura no primeiro ano de vida, além do preenchimento adequado do cartão da criança, como a anotação do peso, estatura e PC.

Dentre todas as crianças avaliadas, 76,4% realizaram pelo menos uma consulta de puericultura no primeiro ano de vida, sendo que em 58,4% a consulta foi feita no primeiro mês de vida, porém o número de consultas adequadas para a idade ocorreu apenas em 28,5% dos casos.

A anotação de pelo menos uma medida de peso, estatura e perímetro cefálico no cartão da criança ocorreu em 82,6%, 58,7% e 37% dos casos, respectivamente (TABELA 9).

**TABELA 9 – Distribuição das crianças segundo ações de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes da ESF. Fortaleza, 2011.**

|  | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|--|-----------|----------|
| <b>Receberam visita domiciliar (n=305)</b>           |           |          |
| Sim  | 125       | 41,0     |
| Não  | 180       | 59,0     |
| <b>Profissionais que realizaram a visita (n=125)</b> |           |          |
| ACS  | 75        | 60,0     |
| ACS e enfermeiro                                     | 19        | 15,2     |
| ACS, enfermeiro e médico                             | 1         | 0,8      |
| ACS e assistente social                              | 1         | 0,8      |
| Enfermeiro   | 24        | 19,2     |
| Enfermeiro e médico                                  | 3         | 2,4      |
| Enfermeiro e dentista                                | 1         | 0,8      |
| Médico   | 1         | 0,8      |
| <b>Puericultura 1º ano de vida (n=305)</b>           |           |          |
| Sim  | 233       | 76,4     |
| Não  | 72        | 23,6     |
| <b>Puericultura no 1º mês de vida (n=305)</b>        |           |          |
| Sim  | 178       | 58,4     |
| Não  | 126       | 41,3     |
| Não sabe   | 1         | 0,3      |
| <b>Número de consultas adequadas para idade</b>      |           |          |
| Sim  | 87        | 28,5     |
| Não  | 213       | 69,8     |
| Não foi possível avaliar                             | 5         | 1,7      |
| <b>Anotação do peso no cartão da criança</b>         |           |          |
| Sim  | 252       | 82,6     |
| Não  | 44        | 14,4     |
| Não foi possível verificar                           | 9         | 3,0      |
| <b>Anotação da estatura no cartão da criança</b>     |           |          |
| Sim  | 179       | 58,7     |
| Não  | 117       | 38,3     |
| Não foi possível verificar                           | 9         | 3,0      |
| <b>Anotação do PC no cartão da criança</b>           |           |          |
| Sim  | 113       | 37,0     |
| Não  | 183       | 60,0     |
| Não foi possível verificar                           | 9         | 3,0      |

Ao se analisar apenas as crianças com consultas adequadas para a idade verificou-se que a anotação de pelo menos uma medida de peso, estatura e PC no cartão da criança ocorreu em 85,0%, 56,3% e 34,5% dos casos, respectivamente (TABELA 10). A proporção de menores de um ano de idade pesadas foi de 81,4%.

**TABELA 10 – Distribuição das crianças com consultas de puericultura adequadas para a idade segundo anotação de peso, estatura e PC no cartão da criança. Fortaleza, 2011.**

| Anotação no cartão da criança | Consultas adequadas para idade |      |             |      |                |
|-------------------------------|--------------------------------|------|-------------|------|----------------|
|                               | SIM (n=87)                     |      | NÃO (n=209) |      |                |
|                               | Nº                             | %    | Nº          | %    |                |
| Peso                          |                                |      |             |      |                |
| Sim                           | 74                             | 85,0 | 178         | 85,2 | $\chi^2=0,005$ |
| Não                           | 13                             | 15,0 | 31          | 14,8 | $p= 0,981$     |
| Estatura                      |                                |      |             |      |                |
| Sim                           | 49                             | 56,3 | 130         | 62,2 | $\chi^2=0,89$  |
| Não                           | 38                             | 43,7 | 79          | 37,8 | $p= 0,346$     |
| Perímetro cefálico            |                                |      |             |      |                |
| Sim                           | 30                             | 34,5 | 83          | 39,7 | $\chi^2=0,71$  |
| Não                           | 57                             | 65,5 | 126         | 60,3 | $p= 0,399$     |

O AME e o AMM foram avaliados em relação a sua prevalência e tempo de permanência, sendo também investigado se houve orientação para a manutenção do AMM (Tabela 11).

A maioria das crianças avaliadas (87,9%) realizou AME, sendo que destas apenas 36,9% continuavam em AME no momento da coleta dos dados do estudo, e entre as que não estavam mais em AME, sua duração média foi de quatro meses, com predomínio das crianças que foram exclusivamente amamentadas com leite materno até os seis meses (35,5%), sendo a orientação para manutenção do AME até seis meses dada a 94,1% das mães.

Das 231 crianças que se encontravam na faixa etária de 4 meses ou mais, 136 (58,8%) estavam em AME até completarem 4 meses, e das 155 crianças de 6 meses ou mais, 70 (45,1%) estavam em AME quando completaram 6 meses. Em relação às crianças de 9 a 12 meses, das 89 crianças compreendidas nesta faixa etária, 52 (58,4%) estavam em AMM.

**TABELA 11 – Distribuição das crianças atendidas nas Unidades de Saúde, segundo alimentação no 1º ano de vida. Fortaleza, 2011.**

| <b>Aleitamento Materno Exclusivo (n=305)</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|--|-----------|----------|
| Sim  | 268       | 87,9     |
| Não  | 37        | 12,1     |
| <b>Manutenção AME (n=268)</b>                |           |          |
| Sim  | 99        | 36,9     |
| Não  | 169       | 63,1     |
| <b>Tempo de AME em meses (n=169)</b>         |           |          |
| Apenas até 1 mês                             | 24        | 14,2     |
| 2 a 4  | 72        | 42,6     |
| 5 a 6  | 71        | 42       |
| >7   | 2         | 1,2      |
| <b>Aleitamento Materno Misto (n=206)</b>     |           |          |
| Sim  | 150       | 72,8     |
| Não  | 56        | 27,2     |
| <b>Tempo de AMM (meses) (n=150)</b>          |           |          |
| Continuam em AMM                             | 131       | 87,3     |
| 1 a 3  | 4         | 2,7      |
| 4 a 6  | 11        | 7,3      |
| 7 a 11                                       | 4         | 2,7      |
| <b>Orientação para manter AME (n=305)</b>    |           |          |
| Sim  | 287       | 94,1     |
| Não  | 18        | 5,9      |

Entre os menores de quatro meses, encontrou-se a prevalência de AME de 82,4%, sendo de 62,0% entre os menores de seis meses. Quanto ao AM, à proporção foi 95,9%, 92,0% e 58,4% para os menores de quatro meses, menores de seis meses, e de nove a 12 meses de idade, respectivamente. (TABELA 12).

**TABELA 12 – Distribuição das crianças atendidas nas Unidades de Saúde, segundo idade e tipo de aleitamento. Fortaleza, 2011.**

| Tipo de aleitamento | Idade     |      |           |      |              |      |                |
|---------------------|-----------|------|-----------|------|--------------|------|----------------|
|                     | < 4 meses |      | < 6 meses |      | 9 a 12 meses |      |                |
|                     | Nº        | %    | Nº        | %    | Nº           | %    |                |
| AME                 |           |      |           |      |              |      |                |
| Sim                 | 61        | 82,4 | 93        | 62,0 | -            | -    | $\chi^2=9,63$  |
| Não                 | 13        | 17,6 | 57        | 38,0 | -            | -    | $p= 0,002$     |
| AMM                 |           |      |           |      |              |      |                |
| Sim                 | 71        | 95,9 | 138       | 92,0 | 52           | 58,4 | $\chi^2=56,48$ |
| Não                 | 3         | 4,1  | 12        | 8,0  | 37           | 41,6 | $p< 0,001$     |

Considerando outros aspectos da avaliação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento realizado pelas unidades de saúde, 71,8% das mães das crianças analisadas foram orientadas em relação à alimentação complementar, e 61,3% das crianças foram avaliadas em relação aos marcos de desenvolvimento (TABELA 13).

**TABELA 13 – Distribuição das crianças atendidas nas UBS segundo orientação para a alimentação complementar e avaliação dos marcos do desenvolvimento. Fortaleza, 2011.**

| Orientação alimentação complementar (n=305)        | Nº  | %    |
|--|-----|------|
| Sim  | 219 | 71,8 |
| Não  | 86  | 28,2 |
| <b>Avaliação marcos do desenvolvimento (n=305)</b> |     |      |
| Sim  | 187 | 61,3 |
| Não  | 118 | 38,7 |

Analisando apenas as crianças com o número adequado de consultas de puericultura para a idade, verificou-se que a orientação alimentar complementar ocorreu em 85,0% dos casos e a avaliação dos marcos de desenvolvimento em 71,3% (TABELA 14).

**TABELA 14 – Distribuição das crianças com consultas de puericultura adequadas para a idade segundo orientação sobre alimentação complementar e avaliação dos marcos do desenvolvimento. Fortaleza, 2011.**

| Ações desenvolvidas                 | Consultas adequadas para idade |      |             |      |                |
|-------------------------------------|--------------------------------|------|-------------|------|----------------|
|                                     | SIM (n=87)                     |      | NÃO (n=213) |      |                |
|                                     | Nº                             | %    | Nº          | %    |                |
| Orientação alimentação complementar |                                |      |             |      |                |
| Sim                                 | 74                             | 85,0 | 142         | 66,7 | $\chi^2=10,36$ |
| Não                                 | 13                             | 15,0 | 71          | 33,3 | $p < 0,001$    |
| Avaliação marcos do desenvolvimento |                                |      |             |      |                |
| Sim                                 | 62                             | 71,3 | 125         | 58,7 | $\chi^2=4,16$  |
| Não                                 | 25                             | 28,7 | 88          | 41,3 | $p < 0,041$    |

Ainda relacionado ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, foram analisadas a proporção de crianças menores de um ano que realizaram teste do pezinho, encontravam-se em suplementação com ferro oral profilático e que receberam a dose da vitamina A aos seis meses de idade, correspondendo a 98,7%, 32,7% e 56,1%, respectivamente. A proporção de crianças com vacinas em dia no primeiro ano de vida foi de 95,4% (TABELA 15). Para análise das crianças em uso de ferro oral profilático, foram incluídas apenas as crianças que deveriam estar recebendo essa suplementação, que são as maiores de seis meses, as menores de 6 meses que não se encontravam em AME e as crianças com baixo peso ao nascer (n= 217). Em relação à dose da vitamina A, foram analisadas apenas as maiores de seis meses, de acordo com a indicação do MS (n=155).

**TABELA 15 – Distribuição das crianças segundo realização do teste do pezinho, uso do ferro oral profilático, dose da vitamina A e situação vacinal. Fortaleza, 2011.**

| <b>Teste do pezinho (n=305)</b>       | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|---------------------------------------|-----------|----------|
| Sim                                   | 301       | 98,7     |
| Não                                   | 4         | 1,3      |
| <b>Ferro Oral profilático (n=217)</b> |           |          |
| Sim                                   | 71        | 32,7     |
| Não                                   | 138       | 63,6     |
| Tomou, mas parou                      | 8         | 3,7      |
| <b>Dose da vitamina A (n=155)</b>     |           |          |
| Sim                                   | 87        | 56,1     |
| Não                                   | 68        | 43,9     |
| <b>Vacinas em dia (n=305)</b>         |           |          |
| Sim                                   | 291       | 95,4     |
| Não                                   | 14        | 4,6      |

Constatou-se que 18 crianças (5,9%) necessitaram de internação hospitalar, sendo a pneumonia a principal causa de hospitalização (33,4%). Em 44,4% dos casos o encaminhamento foi feito pela UBASF, no entanto apenas 22,2% das crianças receberam visita domiciliar de algum membro da equipe de saúde após a alta. (Tabela 16).

**TABELA 16 – Distribuição das crianças segundo internação hospitalar no primeiro ano de vida e a atuação da equipe da UBASF. Fortaleza, 2011.**

| <b>Internação (n=305)</b>                 | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|---|-----------|----------|
| Sim                                       | 18        | 5,9      |
| Não                                       | 287       | 94,1     |
| <b>Patologia da internação (n=18)</b>     |           |          |
| Pneumonia                                 | 6         | 33,4     |
| BVA / broncoespasmo                       | 3         | 16,7     |
| Diarréia                                  | 3         | 16,7     |
| Infecção viral (febre/vômitos)            | 2         | 11,1     |
| Abscesso (pele)                           | 2         | 11,1     |
| Icterícia                                 | 1         | 5,5      |
| Dengue                                    | 1         | 5,5      |
| <b>Encaminhamento pela UBASF (n=18)</b>   |           |          |
| Sim                                       | 8         | 44,4     |
| Não                                       | 10        | 55,6     |
| <b>Visita domiciliar após alta (n=18)</b> |           |          |
| Sim                                       | 4         | 22,2     |
| Não                                       | 14        | 77,8     |

#### 4.4 Relação interpessoal

A confiança entre o provedor e o usuário foi avaliada pela adesão as orientações e condutas sugeridas pela equipe da unidade de saúde. Do total de 305 crianças do estudo, 123 apresentaram algum problema de saúde no decorrer do primeiro ano de vida e foram consultados na unidade, verificando-se que 87,8% das mães informaram ter resolvido o problema e 82,6% relataram que seguiram as orientações do profissional da unidade para obter a cura da doença (TABELA 17).

**TABELA 17 – Distribuição das crianças segundo a resolução do problema de saúde. Fortaleza, 2011**

| <b>Resolução do problema saúde (n=123)</b>   | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|--|-----------|----------|
| Sim  | 108       | 87,8     |
| Não  | 15        | 12,2     |
| <b>Como resolveu (n=123)</b>                 |           |          |
| Seguiu instruções do profissional da unidade | 106       | 86,2     |
| Automedicação                                | 2         | 1,6      |
| Cura espontânea                              | 1         | 0,8      |
| Tratamento caseiro                           | 2         | 1,6      |
| Precisou ser novamente consultado            | 3         | 2,5      |
| Ainda em tratamento                          | 2         | 1,6      |
| Continua doente                              | 5         | 4,1      |
| Outros                                       | 2         | 1,6      |

Em relação à satisfação das mães com a atenção à saúde prestada às crianças menores de um ano pela unidade de saúde, a maioria (74,5%) está satisfeita com o serviço ofertado, sendo mais freqüente as mães que relataram estar satisfeitas na maioria das vezes (43,3%) (TABELA 18).

**TABELA 18 – Distribuição das crianças segundo a satisfação das mães com o atendimento na unidade de saúde. Fortaleza, 2011**

| <b>Satisfação com o atendimento na UBS (n=305)</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|--|-----------|----------|
| Sim, sempre  | 95        | 31,2     |
| Sim, na maioria das vezes                          | 132       | 43,3     |
| Não, na maioria das vezes                          | 48        | 15,7     |
| Não, sempre  | 30        | 9,8      |

***DISCUSSÃO***

---

## **5 DISCUSSÃO**

Os serviços de APS devem constituir a porta de entrada preferencial do SUS onde são ofertados os cuidados de promoção, proteção, reabilitação e manutenção da saúde, prevenção de agravos e diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde mais comuns e relevantes da população.

As UBS representam esses locais onde acontece o primeiro contato da população com os serviços de saúde, devendo ser de fácil acesso, com relações contínuas e de longa duração entre equipe de saúde e usuários, independente da presença ou ausência de problemas de saúde. Suas ações devem ser integradas, promovendo acesso aos diferentes níveis de atenção, garantindo a continuidade da assistência (STARFIELD, 2002).

A ESF é a estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a APS. Com foco na família, busca a ampliação do acesso e a qualificação das ações, com mudanças das práticas profissionais de saúde, e tem entre suas áreas estratégicas para atuação a saúde da criança. Esse novo modelo de organização deveria proporcionar também uma redução à procura direta aos atendimentos de urgência e hospitais. Em Fortaleza, a ESF é o eixo principal da estratégia da APS, estando presente em todas as UBS, porém em fase de expansão de equipes, com muitas UBS ainda funcionando com modelos distintos de APS, o modelo tradicional, com médicos especialistas, como por exemplo, pediatras, e equipes da ESF. A avaliação da qualidade da atenção à saúde faz-se necessária frente a essa mudança de modelo de atenção à saúde, com expansão da ESF.

No presente estudo, todas as unidades básicas de saúde participantes apresentavam equipes da ESF, porém muitas com equipes incompletas em proporção variada, além de áreas descobertas também em diferentes proporções e dispendo de profissionais especialistas, como pediatras, representando ainda o antigo modelo de assistência. A orientação da coordenação da atenção básica do Município de Fortaleza em relação ao fluxo de atendimento nas UBS é a preferência de atendimento da população pelas equipes da ESF, ficando o especialista (no caso

da atenção à criança, o pediatra) destinado ao atendimento das áreas descobertas pela ESF, e referência para as equipes da ESF no caso de necessidade de encaminhamento especializado.

No Brasil, a proporção de cobertura populacional pela ESF é de 51%, de acordo com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em fevereiro/2010. Em Fortaleza, essa cobertura abrange 43% da população (PMF, 2010). Na SER VI, local do presente estudo, a cobertura pela ESF foi de 76,1%, estando acima da média nacional e de Fortaleza. No entanto, apenas pouco mais da metade das Unidades de Saúde apresentava equipe completa, sendo a principal ausência a do profissional médico.

O sexo feminino foi levemente predominante na amostra, sem apresentar diferenças significativas. A média de idade de 6,3 meses, e o predomínio de crianças até 6 meses de idade, talvez possa ser justificado pela maior parte das vacinas e das consultas no primeiro ano de vida estarem concentradas nesta faixa de idade. A maior prevalência da idade materna entre 20 e 34 anos está de acordo com a principal fase reprodutiva da mulher, porém chama a atenção que 24,3% das mães entrevistadas eram adolescentes. De acordo com o SINASC, no ano de 2011 em Fortaleza, 70,2% dos nascidos vivos eram filhos de mães na faixa etária de 20 a 34 anos, e 18% eram filhos de mães adolescentes (SINASC, 2011).

O peso de nascimento entre 3000 e 3499 gramas foi o mais frequente, encontrando-se 4,9% de baixo peso. A proporção de nascidos vivos (NV) com baixo peso ao nascer é um indicador da qualidade da assistência à saúde reprodutiva da mulher, devido a muitas de suas causas serem passíveis de controle por meio de uma atenção adequada à mulher em idade fértil.

Estudo realizado por Carvalho *et al.* (2008), que acompanhou o crescimento de crianças menores de um ano em Pernambuco também em unidades ambulatoriais de saúde da rede pública, encontrou um total de 8,2% de crianças com baixo peso ao nascer. Dados do SINASC indicam uma proporção de 8,6% de nascidos vivos com baixo peso ao nascer no ano de 2011, de mães residentes na SER VI em Fortaleza. Convenções internacionais estabelecem que essa proporção não deve ultrapassar 10%, e valores entre 5-6% são encontrados em países

desenvolvidos (Mendonça, 2005). Também com dados do SINASC, Moraes (2007) avaliou o baixo peso ao nascer no Rio Grande do Sul, e encontrou a maior proporção dos NV (41,4%) na faixa de peso de 3000 a 3499 gramas, com média de 3.168,75 gramas e proporção de NV com baixo peso ao nascer de 8,4%.

A avaliação da atenção à saúde da criança menor de um ano na rede básica do Município de Fortaleza em nosso estudo foi baseada na análise do processo dos serviços de saúde e práticas assistenciais baseadas no modelo proposto por Donabedian (1966), divididos em aspectos organizativos, técnico-científico e relação interpessoal.

Considerando os aspectos organizativos do processo, temos o acesso em sua dimensão geográfica e funcional. Conseguir acesso aos serviços de saúde é a primeira barreira a ser vencida pelo usuário para o alcance das ações e assistência adequada à saúde, e é influenciada por diversos fatores, como a distância a ser percorrida e meio de transporte, marcação de consultas, horários e disponibilidades do serviço, acesso a referência e contra-referência.

A maioria das mães levou suas crianças a pé, gastando em média 10 minutos para chegar à UBS. Esses dados estão discordantes de outros estudos encontrados na literatura, onde uma parcela maior dos usuários se deslocou a pé até a unidade e levou um tempo curto para chegar, e uma proporção menor necessitou de transporte público, podendo significar uma maior distância entre as residências e as UBS em Fortaleza.

Como exemplo, cita-se Ribeiro (2010) que realizou estudo semelhante da avaliação da atenção à saúde da criança no PSF, em Teresópolis, RJ, e observou que 85,4% dos usuários chegam a pé à UBS, 9,4% utilizaram o transporte público e 62,2% levaram até 10 minutos para chegar. Prado (2007), em um estudo realizado no Município de São Paulo, avaliou a prática da integralidade a partir da saúde da criança em UBS, e também encontrou dados semelhantes aos de Ribeiro, com 85,5% das famílias chegando a pé à UBS e 8,8% utilizando o transporte público.

Em relação à disponibilidade do serviço de acordo com as necessidades dos pacientes (acesso funcional), mais da metade das crianças que adoeceram, foram atendidas pela equipe da ESF, no entanto, 17,9% procuraram atendimento em hospitais.

Dentre as principais justificativas relatadas pelas mães que procuraram atendimento na equipe da ESF, estão o vínculo com a equipe, com a preferência pelo profissional que já conhece a criança, além da facilidade do agendamento e agilidade no atendimento. As mães que levaram seus filhos para atendimento com a pediatra da unidade, relataram como principais motivos a preferência por esse profissional, a facilidade e rapidez do atendimento, residir em uma área descoberta e a falta de vaga para atendimento com outros profissionais. Já as que consultaram seus filhos no 3º turno da unidade, referiram à facilidade e rapidez no atendimento, e a falta de vaga para consulta durante o dia. Em relação as que procuraram os hospitais, a maioria relatou como motivo considerar os médicos dos hospitais melhores. Outras justificativas foram à ausência de médicos nos postos, o medo de não ser atendida no posto, a rapidez no atendimento e a proximidade de casa.

A maioria das consultas de urgência foi realizada no mesmo dia do agendamento, e a média de idas a UBS para agendamento foi de 1,1 vezes. Quanto às consultas de puericultura, muitas mães não necessitaram ir à UBS devido à marcação ser agendada pela ACS, entretanto, a consulta, na maioria das vezes, só ocorreu após quatro dias do agendamento. Essa demora entre o agendamento e a realização da consulta pode ser um dos motivos para as mães não levarem seus filhos regularmente para a puericultura, levando a um esquecimento do dia da consulta pelas mães.

Segundo Lima (2007), que avaliou o acesso e acolhimento em unidades de saúde de Porto Alegre, na visão dos usuários os principais fatores que dificultaram a assistência foram relacionados ao acesso funcional, como o tempo de espera prolongado para atendimento, dificultando a prática da integralidade.

Prado (2007) encontrou que 61,1% dos usuários procuraram atendimento em caso de doença, e destes, apenas 37,1% buscaram a UBS enquanto 78,4% foram para o hospital. As idas à UBS para agendamento foram em média 2,38 vezes.

O acesso ao sistema de referência foi efetivo para a um elevado percentual de crianças que necessitaram de encaminhamento após a consulta na UBS, com a maioria conseguindo atendimento em, no máximo, uma semana. Dados semelhantes foram encontrados também por Prado (2007), onde 90,7% conseguiram atendimento pelo encaminhamento.

Apenas três crianças não conseguiram o atendimento após o encaminhamento, que foram para a pediatria, pneumologia e realização de exame laboratorial. Das crianças que foram atendidas no mesmo dia após encaminhamento, 60,9% foram encaminhadas para a pediatria, 17,4% para realização de exame laboratorial, 17,4% para realização de Raios-X e 4,3% para ortopedia. Os dois encaminhamentos que mais demoraram foram para a oftalmologia e ortopedia.

A rapidez no atendimento dos encaminhamentos para a pediatria, com consultas no mesmo dia, pode ser justificada por esta especialidade ainda persistir na maioria das UBS. A realização dos atendimentos também no mesmo dia para exames (laboratoriais e Raios-X) e consulta com ortopedista, provavelmente foram solicitados como urgência e realizados na rede hospitalar. Estes dados demonstram a rapidez no atendimento quando caracterizada a urgência no encaminhamento.

O acesso a insumos no sistema, como medicamentos, influencia na dimensão econômica, devido a sua falta acarretar custos ao usuário. Pouco mais de um terço das medicações prescritas estavam em falta na UBS em nossa pesquisa, precisando o usuário assumir esse custo. A Política Nacional de Medicamentos do Ministério da Saúde propõe garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, promoção do uso racional, e o acesso à população aqueles considerados essenciais (Brasil, 2001a), portanto não se pode concluir se realmente esses medicamentos prescritos estavam faltando ou se não faziam parte das medicações distribuídas pelo SUS. Em São Paulo, segundo Prado, houve distribuição da medicação prescrita na UBS em apenas 43,7% dos casos.

A segunda parte da avaliação da pesquisa compreendeu os aspectos técnico-científicos, em que foram analisadas às práticas de saúde essenciais a uma assistência adequada a criança menor de um ano, realizadas pela UBS.

Durante a primeira semana de vida, contemplando ações da “*Primeira Semana Saúde Integral*” do Ministério da Saúde, os ACS ou outro membro da equipe da ESF devem realizar visita domiciliar a todos os RN como ação prioritária de vigilância à saúde da mãe e do bebê e de fundamental importância ao incentivo e apoio ao aleitamento materno (Brasil, 2004). Del Ciampo (2006) expõe uma proposta de atendimento em puericultura no contexto do PSF, e descreve como objetivos da visita domiciliar na primeira semana de vida proporcionar maior contato entre o binômio mãe-filho e entre a equipe de Saúde da Família, identificar dúvidas e dificuldades da puérpera em desempenhar o papel de mãe, oferecer orientação sobre os cuidados básicos ao RN, avaliar a adaptação da criança ao meio extra-uterino e fortalecer e estimular a prática do aleitamento materno.

Observou-se uma baixa proporção de crianças que receberam visita domiciliar na primeira semana de vida, sendo mais da metade realizadas apenas pelo ACS. Esse índice foi ainda mais baixo entre as crianças que nasceram com baixo peso e que deveriam ser assistidas mais de perto, tendo em vista ser essa variável um dos principais determinantes da mortalidade perinatal.

Isoladamente, o AM é a estratégia que mais previne mortes infantis. A recomendação do MS é a manutenção do AM até os dois anos de idade, e exclusivo nos primeiros seis meses de vida. A promoção do AM e alimentação saudável constituem uma das linhas de cuidado que devem ser priorizadas nas ações de saúde dirigidas à atenção à criança (Brasil, 2004).

Os índices de AME encontrados no presente estudo superam os observados por Ferreira (2004), em uma pesquisa que avaliou o AM em crianças atendidas por uma UBS de Juiz de Fora, MG, onde 22% das crianças receberam exclusivamente leite materno até os 6 meses. Ultrapassa também os resultados obtidos por Cotta (2008), ao avaliar a atenção da saúde da criança no contexto da Saúde da Família no Município de Teixeira, MG, quando encontrou apenas 25,6% das crianças com AME até os 6 meses de idade, porém é bem inferior ao descrito por Leite (2005), que caracterizou o perfil de crianças menores de um ano atendidas no programa de puericultura do PSF de Campo Mourão, PR, onde 71,4% das crianças receberam AME até os 6 meses de idade.

Considerando os indicadores do Ministério da Saúde para acompanhamento da atenção a criança, como a proporção de menores de 4 e 6 meses de idade com AME, os resultados foram bem superiores à média nacional. De acordo com a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal do MS, que verificou a situação atual da amamentação e da alimentação complementar no Brasil, a proporção de AME em menores de quatro meses de idade foi de 51,2% e em menores de seis meses de 41% (Brasil, 2009c). Nesta pesquisa nacional, a prevalência do AM em crianças de 9 a 12 meses foi de 58,7 nas capitais brasileiras e DF, praticamente a mesma encontrada no presente estudo.

A orientação sobre a manutenção do AME até seis meses de idade é uma das mais importantes, e deve ser enfatizada em todos os atendimentos à puérpera e a criança, principalmente nos primeiros dias. Praticamente todas as mães admitiram ter sido orientadas a manter o AME até os seis meses, apesar de muitas não seguirem a orientação. Em estudo realizado por Santos (2009) sobre a compreensão das mães acerca da consulta de puericultura na ESF em Duque de Caxias, RJ, observou-se também que algumas mães não seguem o que é recomendado na puericultura, principalmente em relação à alimentação da criança.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento constitui uma das mais importantes ações que norteiam as diretrizes da atenção integral à saúde da criança, envolvendo ações como o monitoramento do peso, estatura e PC, desenvolvimento, vacinação e estado nutricional, que devem ser registrados no Cartão da Criança, além de orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação) em todo atendimento, sendo de fundamental importância para a promoção da saúde e prevenção de agravos (Brasil, 2004).

A puericultura é uma área da pediatria que envolve as ações de promoção e prevenção da saúde, no intuito de manter a criança saudável, garantindo seu pleno potencial de crescimento e desenvolvimento, evitando influências negativas na vida adulta decorrentes desta fase. Seu foco de ações é a saúde, e não a doença, e para ser desenvolvida plenamente, é necessário conhecer e compreender a criança em seu ambiente familiar e social (DEL CIAMPO, 2006).

Na ESF, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança do nascimento até dois anos de idade é realizado, principalmente, por meio da puericultura, exercida principalmente pelo médico e enfermeiro nas consultas regulares de acordo com a idade e risco ao nascer, mas muitas de suas ações devem ser exercidas também por todos os membros da equipe de saúde e em diferentes contextos, como na realização de grupos, na identificação de crianças de risco, na busca ativa de crianças faltosas e na criação do vínculo entre a criança e sua família com os serviços de saúde.

Preconiza-se a realização de no mínimo sete consultas (médica ou de enfermagem) no primeiro ano de vida: 15 dias, um mês, dois meses, quatro meses, seis meses, nove meses, 12 meses. Considera-se como adequada ao padrão à cobertura da puericultura em crianças até um ano de idade com sete consultas, independente do momento em que foram realizadas (BRASIL, 2005).

Embora pouco mais de  $\frac{3}{4}$  das crianças tenham realizado pelo menos uma consulta de puericultura no primeiro ano de vida, a adequação dessas consultas em relação à idade (regularidade) foi muito baixa (28,5%). Isso significa que essas crianças estão tendo contato com o serviço de saúde, porém não retornam regularmente para acompanhamento. Vitolo (2010), avaliando a frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados na cidade de São Leopoldo, RS, encontrou que 53,2% das crianças não foram acompanhadas regularmente em consultas de puericultura. Os principais motivos relatados pelas mães foram: considerar desnecessário, problemas com o serviço e trabalho/emprego.

O registro no cartão da criança faz parte da consulta de puericultura e é essencial para o monitoramento do crescimento infantil que deve ser avaliado através de uma curva, necessitando da anotação das medidas de peso, estatura e PC em todas as consultas para uma adequada avaliação nutricional e de crescimento. Poucos cartões estavam preenchidos adequadamente com consecutivos registros, principalmente em relação à estatura e, sobretudo PC. Considerando apenas um registro de peso, estatura e PC além do registro do nascimento, não houve diferença estatisticamente significativa entre as crianças que foram adequadamente acompanhadas pela puericultura das que não foram acompanhadas regularmente. Portanto, a maior prevalência de registro de peso em

relação à estatura e PC deve decorrer não das consultas de puericultura, mas sim dos registros dos ACS da pesagem durante as visitas domiciliares.

Carvalho *et al.* (2008) estudaram a situação dos serviços de saúde em Pernambuco em relação ao acompanhamento do crescimento em menores de um ano e observaram um desconhecimento da importância do acompanhamento do crescimento, representado pela não marcação do peso no cartão, pela falta de orientação às mães e pelos baixos percentuais de pesagem.

A proporção de menores de um ano de idade com peso registrado no cartão (81,4%) foi um pouco aquém da encontrada no SIAB, onde mais de 90% das crianças acompanhadas na Saúde da Família seriam pesadas, com uma variação regional entre 85% (N) a 91% (NE), índices utilizados para avaliação deste indicador no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2011b).

A orientação da alimentação complementar e a avaliação dos marcos do desenvolvimento são aspectos importantes da consulta de puericultura, visando à introdução correta de novos alimentos e avaliação do acompanhamento neuropsicomotor dessas crianças, importantes para a identificação de crianças com atraso de desenvolvimento. Essa avaliação foi realizada questionando as mães se durante a consulta de puericultura seus filhos foram avaliados pelo profissional em relação aos marcos de desenvolvimento para a idade (ANEXO A) e se foram orientados quanto à alimentação complementar. Observou-se uma maior proporção de resposta positiva nas crianças com quantidade de consultas de puericultura adequadas para a idade, sendo essa diferença estatisticamente significativa.

O MS lançou em 2005 o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), que se destina à suplementação preventiva de todas as crianças de 6 a 18 meses para evitar a anemia por deficiência de ferro, que prejudica o seu crescimento e desenvolvimento. Esta suplementação deve ocorrer antes em dois casos, no desmame precoce e em casos de crianças com baixo peso ao nascer. A medicação deverá estar disponível para distribuição em todas as UBS. O PNSF prevê também a orientação de forma adequada da introdução da alimentação complementar devido à importância do seu papel no suprimento de ferro durante a infância (BRASIL, 2005a).

No presente estudo, a proporção de crianças que estavam realizando a suplementação com ferro oral profilático foi bem pequena, e quando se avaliou apenas as crianças com baixo peso ao nascer, esse número diminuiu mais ainda, significando que o PNSF não está sendo realizado adequadamente, apesar de uma quantidade bem maior de mães terem recebido orientação em relação à alimentação complementar.

Há também o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, onde toda criança a partir dos seis meses deve receber uma megadose de vitamina A nos contatos com os serviços de saúde a cada seis meses, com registro no cartão da criança para orientação das doses subsequentes. Esse programa visa reduzir e erradicar a deficiência de vitamina A em crianças de seis a cinquenta e nove meses, em regiões consideradas de risco, como a região Nordeste (BRASIL, 2004b).

A suplementação foi avaliada por meio do registro no cartão da criança, sendo encontrado em pouco mais da metade das crianças acima de seis meses. Caldeira (2010), avaliando a qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de atenção primária em Montes Claros, MG, encontrou na ESF 70,2% de crianças em uso regular de vitamina A e 57,4% em uso profilático de ferro, dados bem superiores aos do presente estudo.

A triagem neonatal, também conhecida como teste do pezinho, é um exame que proporciona um diagnóstico precoce de algumas doenças congênitas, como a fenilcetonúria, o hipotireoidismo e a anemia falciforme, que são assintomáticas no período neonatal, permitindo um tratamento precoce com a redução de possíveis sequelas associadas a cada doença. Criado em 2001, o Programa Nacional de Triagem Neonatal dá direito a realização do teste do pezinho a todas as crianças nascidas em território nacional. As equipes de saúde devem estar atentas às crianças que não realizaram o teste do pezinho na primeira semana de vida, realizando a busca ativa dessas crianças durante a visita domiciliar pelo ACS, com encaminhamento para a realização do exame na UBS (BRASIL, 2004). A cobertura desta triagem chegou a quase totalidade das crianças avaliadas, considerado um bom nível de cobertura.

A imunização contra doenças transmissíveis imunopreveníveis é uma ação de promoção de saúde com eficácia clara, indiscutível e amplamente documentada, não havendo justificativa a não aplicação de todas as vacinas disponíveis, salvo contra-indicações em situações específicas. A aplicação de todas as vacinas do calendário básico do MS é obrigatória, e a meta operacional básica do Programa Nacional de Imunização (PNI) é vacinar 100% das crianças menores de um ano com todas as vacinas indicadas no calendário básico.

A proporção de menores de um ano de idade com as vacinas em dia faz parte dos indicadores da qualidade da atenção básica. Segundo dados extraídos do SIAB (2010), 97% das crianças menores de um ano acompanhadas pelos ACS estariam com a vacinação em dia, com uma variação entre 96% nas regiões Norte e Nordeste a 99% na região Centro Oeste (BRASIL, 2011a).

A proporção encontrada no estudo ficou próxima a encontrada no Nordeste (94,7%). A principal justificativa das mães para o atraso no calendário vacinal foi a criança estar doente, havendo outras justificativas como a desinformação sobre vacinas a serem dadas, estarem aguardando o dia da consulta na unidade para atualizar o cartão e a distância da unidade, porém todas referiram que iriam atualizar as vacinas.

O estudo realizado por Cotta (2008) encontrou uma proporção de 86,9% das crianças com calendário vacinal em dia, e a principal justificativa das mães para o atraso também foi os filhos estarem doentes.

A atenção às doenças prevalentes na infância também faz parte das linhas de cuidado da atenção integral a saúde da criança. Encontra-se ainda como destaque, as doenças respiratórias e diarreicas como graves problemas. As doenças respiratórias são o primeiro motivo de consulta em ambulatórios e serviços de urgência, enfatizando a necessidade de capacitação das equipes de saúde para uma atenção qualificada, evitando a internação hospitalar desnecessária e a morbimortalidade por esse motivo. A pneumonia é uma das principais doenças da infância e a segunda causa de morte em menores de um ano (Brasil, 2004). A bronquiolite merece atenção especial, por se tratar de uma das principais causas de internação e procura em serviços de urgência, podendo complicar quando associada à pneumonia.

A equipe de saúde deve estar atenta às crianças que apresentarem alguma doença no primeiro ano de vida, com realização de atendimento adequado, referência a serviços de emergência quando necessário, e assistência até a resolução completa do problema de saúde, com realização de visitas domiciliares para seguimento, principalmente após alta em caso de internação hospitalar.

As infecções respiratórias foram a primeira causa de internação, tendo a pneumonia e a bronquiolite como os principais diagnósticos, seguidos pela internação por diarreia, corroborando com o exposto acima em relação às doenças mais prevalentes e sua necessidade de controle. Pouco menos da metade dos casos de internação foi encaminhada pela UBS, e uma quantidade pequena recebeu visita domiciliar após alta hospitalar de algum membro da equipe de saúde. O encaminhamento antes da internação pela UBS pode sofrer influência do local de procura das mães pelo atendimento, porém a realização de visita domiciliar após alta indica uma necessidade maior de cuidado da equipe no seguimento dessas crianças.

A maioria das mães referiu a resolução dos problemas de saúde dos filhos após consulta na UBS e uma significativa parcela também seguiu as orientações da unidade para obter a cura da doença. Esses dados são bem superiores aos encontrados por Prado (2007) onde apenas 58,4% das crianças tiveram seus problemas de saúde resolvidos após consulta na UBS e apenas 39,6% seguiram instruções da unidade na resolução do problema.

Quanto à atenção à saúde prestada as crianças menores de um ano pela UBS, a maioria das mães mostrou-se satisfeita com o serviço ofertado, indicando uma boa relação interpessoal entre os usuários e a unidade básica provedora de serviços de saúde. Para Ribeiro (2010), apesar de alguns pontos críticos observados na avaliação da atenção à saúde da criança, a satisfação manifestada pelos usuários quanto aos profissionais e ao conjunto de serviços prestados pela UBS foi elevada. Samico (2005) também observou uma boa satisfação dos usuários, principalmente nas unidades com PSF em relação às unidades tradicionais, mesmo com deficiências no acesso e na integralidade das ações em ambas as unidades.

# ***CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS***

---

## **6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo da avaliação da atenção à saúde da criança menor de um ano na rede básica de Fortaleza, CE, na visão dos usuários, permitiu concluir que apesar da cobertura pela ESF estar acima da média local e nacional, há um elevado número de equipes incompletas, principalmente com a ausência do profissional médico, necessitando por parte da gestão municipal a contratação de profissionais para completar essas equipes, sobretudo médicos, além de expansão da cobertura pela ESF, visto que esta é a principal estratégia da gestão para a APS no município.

Em relação ao acesso aos serviços de saúde, mesmo com a maioria dos usuários no estudo indo a pé à UBS, o tempo gasto foi acima de 10 minutos na maioria dos casos, evidenciando o acesso mais difícil devido à distância entre a residência e a UBS em muitos casos.

A disponibilidade do serviço diante do adoecimento da criança foi considerada satisfatória, sendo a maioria dos atendimentos realizados no mesmo dia, porém quando se trata da consulta de puericultura, houve demora no atendimento, o que pode ser considerado um motivo para a baixa regularidade no acompanhamento dessas crianças. Algumas mães não procuraram inicialmente a UBS, procuraram diretamente os hospitais. As justificativas das mães em relação ao local de procura de atendimento para os filhos quando estes estão doentes foram muito semelhantes entre si, independente do local procurado, evidenciando uma variação em relação às UBS analisadas, provavelmente pelos diferentes contextos destas unidades e equipes, como por exemplo, a ausência ou presença de profissionais e vagas para consulta. Na UBS, a organização de um fluxo de atendimento com orientação prévia aos usuários, a criação de vínculo entre usuário e UBS, a presença de profissionais suficientes para atendimento da população adscrita e o comprometimento aos atendimentos nas urgências são sugestões para evitar a procura indevida de hospitais.

A referência aos demais níveis do sistema foi efetiva para essa faixa etária, com rapidez no atendimento, sobretudo quando caracterizada a urgência no encaminhamento. O acesso aos medicamentos, evitando custos ao usuário e a não adesão ao tratamento prescrito, foi inadequado em pouco mais de um terço das prescrições. O abastecimento regular com um monitoramento adequado da assistência farmacêutica e quando possível à prescrição de medicamentos pelo profissional que pertençam à lista de medicamentos disponibilizados pela unidade podem garantir esse acesso.

A avaliação das ações de promoção à saúde da criança menor de um ano realizada pela UBS obteve resultados positivos e negativos diante das diferentes ações. A ação inicial após o nascimento dessas crianças deveria ser a visita domiciliar por algum membro da equipe de saúde, o que aconteceu apenas em menos da metade dos casos, merecendo uma atenção especial das equipes de saúde, sobretudo do ACS que deve realizar visita periódica a gestante, principalmente no final da gestação a fim de identificar possíveis complicações e também informações a respeito do parto e momento da alta para agendamento da visita à puérpera e RN na primeira semana de vida.

O AME representa um indicador para acompanhamento da atenção a criança, e a proporção de menores de quatro e seis meses de idade com AME encontrado foi bem superiores à média nacional, sendo praticamente todas as mães orientadas a manter o AME até seis meses de idade.

Muitas crianças realizaram pelo menos uma consulta de puericultura para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e orientações de promoção e prevenção à saúde, entretanto poucas realizaram esse acompanhamento regularmente de acordo com a idade, evidenciando que apesar do contato com o serviço de saúde, não há retorno regular as consultas. Como estratégia para uma melhor adesão ao programa de puericultura, destacamos a orientação às mães da importância desse acompanhamento, o agendamento ainda na consulta vigente da próxima consulta com reforço do ACS durante visita domiciliar as crianças da data da consulta quando esta estiver próxima, evitando assim a necessidade da mãe de ir à unidade apenas para marcar a consulta e o esquecimento da mãe. Outra estratégia é a busca ativa dos faltantes pelo ACS com reagendamento da consulta pela equipe.

Como parte da consulta de puericultura, está à anotação no cartão da criança do peso, estatura e PC, e foi deficiente principalmente na anotação da estatura e PC, impossibilitando um acompanhamento e diagnóstico adequado nas próximas consultas, inclusive nas crianças acompanhadas adequadamente. É importante além do treinamento e sensibilização do profissional para a anotação desses dados, a disponibilização pela UBS da balança, antropômetro e fita métrica para possibilitar essas medidas.

A avaliação dos marcos de desenvolvimento para a idade foi positiva principalmente nas crianças regularmente acompanhadas na puericultura. Já a proporção de crianças que realizavam suplementação de ferro oral e tomaram a megadose de vitamina A foi inadequada, demonstrando que essas suplementações não estão sendo realizadas frequentemente, merecendo um aumento na sua prescrição por parte da equipe e disponibilização por parte da unidade.

O teste do pezinho teve uma boa cobertura, sendo realizado em praticamente todas as crianças. A cobertura vacinal apesar de alta, não contemplou todas as crianças. O acompanhamento dessas crianças tanto pela puericultura quanto pelo ACS pode ampliar essa cobertura vacinal para a totalidade das crianças, com a fiscalização do esquema vacinal no cartão da criança e encaminhamento dessas crianças a aplicação das vacinas atrasadas.

As principais causas de internação no estudo foram infecções respiratórias e diarreia, doenças consideradas prevalentes na infância e que diante de um diagnóstico e tratamento precoce são passíveis de evitar complicações com necessidade de hospitalização. Menos da metade dessas crianças foram encaminhadas da unidade de saúde para o hospital, e um número bem reduzido recebeu visita domiciliar após alta. Um maior controle no seguimento das crianças que são atendidas com essas patologias na UBS com agendamento de retorno para reavaliação e orientação dos sinais de alerta, além do seguimento pelo ACS podem evitar hospitalizações preveníveis. A visita domiciliar após alta também é de extrema importância, devendo ser realizada por algum membro da equipe.

Por último, chamou atenção a forma inadequada com que as crianças nascidas com baixo peso ao nascer são acompanhadas, também com baixa taxa de visitas domiciliares na primeira semana de vida, número inadequado de consultas de puericultura, e baixo número de suplementação de ferro oral. Essas crianças devem receber um acompanhamento especial, mais de perto, visto que apresentam maior risco de morbi-mortalidade no primeiro ano de vida.

Apesar dos pontos negativos em algumas ações realizadas pela UBS, a relação interpessoal usuário/provedor foi considerada positiva, com a maioria das crianças tendo seus problemas de saúde resolvidos após consulta na UBS principalmente porque seguiram as orientações da unidade. Mediante questionamento, a maioria das mães referiu satisfação com a atenção à saúde prestada a seus filhos menores de um ano pela UBS.

## ***REFERÊNCIAS***

---

---

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 783-836.

BEHEREGARAY, L. R.; GERHARDT, T. E. A integralidade no cuidado à saúde materno-infantil em um contexto rural: um relato de experiência **Saúde soc.**, São Paulo, v. 19, n. 1, mar. 2010.

BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, 2003. Suplemento 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2011a. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1251](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1251)>.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, 2011b.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011c. Seção 1, p. 48-55.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008-2011**. 4. ed. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília, 2009a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica da Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. Brasília, 2009a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de informação e Análise Epidemiológica. **Saúde da criança e aleitamento materno**. Brasília, 2009b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas ES Estratégicas. **II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, 2009c.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais saúde: direitos de todos - 2008-2011**. Brasília, 2007b e não a. 94 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília, 2005a.

\_\_\_\_\_. **Programa nacional de suplementação de ferro**. Brasília, 2005a.

\_\_\_\_\_. 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, 2004a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília, 2004a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vitamina A Mais: Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: Condutas Gerais**. Brasília, 2004b.

\_\_\_\_\_. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília, 2002a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementa**. 2. ed. rev. e atual. Brasília, 2002a.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos**. Brasília, 2001a.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.925/1998. **Manual para organização da atenção básica no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 17 nov. 1998.

BRASIL. **Resolução nº 196, 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://vsites.unb.br/fs/clm/labcor/etic196.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 06 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Estatuto da criança e do adolescente. **Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990**. Brasília, 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)>. Acesso em: 06 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Senado Federal, 1988.

CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, R. M.; RODRIGUES, O. A. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3139-3147, 2010. Suplemento 2.

CARVALHO, M. F.; LIRA, P. I. C.; ROMANI, S. A. M.; VERAS, A. A. C. A. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 675-685, mar. 2008.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Manual das equipes de saúde da família**. 2. ed. rev. e atual. Fortaleza, 2004.

COTTA, R. M. M.; COSTA, G. D.; REIS, J. R. et al. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no Município de Teixeiras, Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <[http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=3233](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3233)>.

DEL CIAMPO, L. A.; et al. O programa de Saúde da família e a Puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 739-743, 2006.

DONABEDIAN, A. Evaluacion de la calidad de la atención medica. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 44, p. 166-203, 1966.

FERREIRA, C. A. N. C. Avaliação do aleitamento materno em crianças atendidas pela unidade básica de saúde São Sebastião em Juiz de Fora, MG. **Revista APS**, v. 7, n. 1, p. 4-7, jan/jun. 2004.

FRANCO, T. R.; SPHOR, S. L. S.; MACHADO, M. M. et al. Avaliação do programa de puericultura na unidade básica de saúde centro social urbano, Pelotas, RS. In: CIC PESQUISA E RESPONSABILIDADE AMBIENTAL, 16., 2007, [S.l.]. **Anais...** [S.l.: s.n.], 2007.

KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; COIMBRA, V. C. C.; OLIVEIRA, M. M.; HECK, R. M. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. **Texto & Contexto Enferm**, v. 15, n. 4, p. 434-441, jul./set. 2006.

KELL, M. C. G. **Integralidade da atenção à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2005.

LEITE, G. B.; BERCINI, L. O. Caracterização das crianças atendidas na puericultura do PSF do município de Campo Mourão, PR. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 3, p. 224-230, set./dez. 2005.

LIMA, M. A. D. S.; RAMOS, D. D.; ROSA, R. B.; NAUDERER, T. M.; DAVIS, R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 12-17, 2007.

MENDONÇA, R. **Em direção às metas de desenvolvimento do milênio: uma análise regional**. [S.l.: s.n.], 2005.

MORAES, A. B. **Baixo peso de nascidos vivos no Rio Grande do Sul, Brasil: uma análise estatística multinível**. Porto Alegre: [s.n.], 2007.

OLIVEIRA, A. K. P.; BORGES, D. F. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 369-389, mar./abr. 2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 6-12 de setembro de 1978, Alta-Ata, URSS. **Anais...** Alta-Ata, URSS, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. Fortaleza, 2010. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>>.

PRADO, S. R. L. A.; FUJIMORI, E. C. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. **Texto contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.3, p. 399-407, jul./set. 2007.

PUSTAI, O. J. O Sistema de saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 69-74.

RIBEIRO, J. M.; SIQUEIRA, S. A. V.; PINTO, L. F. S. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis, RJ segundo a percepção dos usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, mar. 2010.

SAMICO, I.; HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; CARVALHO, E. F. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de satisfação de profissionais em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 2, 2005.

SANTOS, M. A.; HENRIQUE, V. C.; SILVA, V. C. A compreensão das mães acerca da consulta de puericultura numa unidade de saúde da família. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 3, n. 3, Rio de Janeiro, 2009.

SIM. Fortaleza, 2010. Disponível em: <<http://tabnet.sms.fortaleza.ce.gov.br/scripts/tabcgi.exe?Obitoscid.def>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

SINASC. Fortaleza, 2010. Disponível em: <<http://tabnet.sms.fortaleza.ce.gov.br/scripts/tabcgi.exe?nascido.def>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO; 2002.

VITOLLO, M. R.; GAMA, C. M.; CAMPAGNOLO, P. D. B. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 1, 2010.

# ***APÊNDICES***

---

## APÊNDICE A

### FORMULÁRIO

Avaliação da atenção à saúde da criança na rede básica no Município de Fortaleza-CE

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_

#### **A) IDENTIFICAÇÃO**

Nome da criança: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Sexo:

Nome da mãe ou responsável: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

#### **B) COBERTURA PSF**

1) Reside em área coberta por equipe do PSF?

( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SABE

1.1) Se sim, possui equipe completa?

( ) SIM ( ) NÃO - Quem falta? \_\_\_\_\_ ( ) NÃO SABE

#### **C) ASPECTOS ORGANIZATIVOS**

2) Como chega à unidade?

( ) A pé ( ) Bicicleta ( ) Moto ( ) Carro ( ) Ônibus ( ) \_\_\_\_\_

2.2) Quanto tempo leva? \_\_\_\_\_

3) Quantas vezes (em média) precisa ir à UBASF para conseguir agendamento de consulta de puericultura (rotina)?

( ) Nenhuma ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ou mais

( ) Nunca realizou consulta de puericultura

3.1) Quantos dias (em média) demora a consulta após agendamento?

No mesmo dia     1     2     3     4 ou mais

4) Onde costuma procurar atendimento para a criança quando está doente?

PSF     Pediatra da UBASF     3º turno da UBASF     Outras UBASFs

Hospitais Secundários     Hospitais Terciários     Outros

Nunca precisou

4.1) Por quê?

---

5) Quantas vezes (em média) precisou ir à UBASF para conseguir agendamento quando a criança estava doente?

Nenhuma     1     2     3     4 ou mais

5.1) Quantos dias (em média) demorou para realizar a consulta após agendamento?

No mesmo dia     1     2     3     4 ou mais

6) Tinha toda a medicação prescrita na farmácia da UBASF?

SIM     NÃO

6.1) Se não: Comprou     Pegou em outra unidade     Não deu   
Outros  \_\_\_\_\_

7) Já precisou de encaminhamento para outra unidade?

SIM     NÃO     NÃO SABE

7.1) Conseguiu atendimento pelo encaminhamento?

SIM     NÃO

7.2) Após quanto tempo? \_\_\_\_\_

7.3) - Qual serviço/especialidade? \_\_\_\_\_

#### **D) ASPECTOS TÉCNICO-OPERACIONAIS**

8) RN recebeu visita domiciliar da equipe na primeira semana de vida?

SIM     NÃO     NÃO SABE

8.1) Se sim, quais os membros da equipe realizaram a consulta?

ACS                     ENFERMEIRO(A)                     MÉDICO(A)                   

OUTROS - Quais? \_\_\_\_\_

9) Realizou consulta de puericultura (rotina) na UBASF no 1º mês de vida?

SIM                     NÃO                     NÃO SABE

10) Já realizou consultas de puericultura (rotina) no 1º ano de vida?

SIM - Quantas? \_\_\_\_\_  NÃO                     NÃO SABE

11) Realizou aleitamento materno exclusivo?

SIM - Até quando? \_\_\_\_\_  NÃO                     NÃO SABE

12) Realizou aleitamento materno misto?

SIM - Até quando? \_\_\_\_\_  NÃO                     NÃO SABE

13) Foi orientada a manter AME até os 6 meses de idade?

SIM                     NÃO                     NÃO SABE

14) Recebeu orientação em relação à alimentação complementar?

SIM                     NÃO                     NÃO SABE

15) Já foi questionada sobre os marcos de desenvolvimento para idade da criança durante a consulta?

SIM                     NÃO                     NÃO SABE

16) Faz uso de sulfato ferroso profilático (Se criança maior que 6 meses ou em alimentação complementar)?

SIM                     NÃO                     JÁ TOMOU MAS PAROU

17) Já foi internado (a)?

SIM                     NÃO

17.1) Por qual problema? \_\_\_\_\_

17.2) Foi encaminhada pela UBASF para o hospital antes da internação?

SIM                     NÃO

17.3) Recebeu visita domiciliar da equipe da UBASF após alta hospitalar?

( ) SIM ( ) NÃO

**DADOS SECUNDÁRIOS:**

18) Apresenta anotação das medidas de peso no cartão da criança?

( ) SIM - Quantas? \_\_\_\_\_ ( ) NÃO ( ) SEM CARTÃO/PERDEU

19) Apresenta anotação das medidas de altura no cartão da criança?

( ) SIM - Quantas? \_\_\_\_\_ ( ) NÃO ( ) SEM CARTÃO/PERDEU

20) Apresenta anotação das medidas de perímetro cefálico no cartão da criança?

( ) SIM - Quantas? \_\_\_\_\_ ( ) NÃO ( ) SEM CARTÃO/PERDEU

21) Fez uso da dose de vitamina A?

( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SABE

22) Apresenta calendário vacinal em dia?

( ) SIM ( ) NÃO ( ) SEM CARTÃO/PERDEU

23) Peso ao nascer: \_\_\_\_\_

**E) RELAÇÃO INTERPESSOAL**

24) Resolveu o problema de saúde da criança quando esta estava doente?

( ) SIM ( ) NÃO - Por quê?

---

25) O que fez para resolver o problema da criança?

( ) Seguiu instruções da unidade ( ) Cura espontânea ( ) Automedicação

( ) Tratamento caseiro ( ) Precisou consultá-la novamente

( ) Ainda em tratamento ( ) Continua com o problema ( ) Outros

26) Você está satisfeita com a atenção a saúde do seu filho (a) realizado pela UBASF?

( ) SIM, sempre ( ) Sim, na maioria da vezes ( ) NÃO, sempre

( ) NÃO, na maioria das vezes

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor(a),

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa coordenada pela Dra. Giovana Louella Aguiar Bezerra de Farias, médica da Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde César Cals de Oliveira e aluna do mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará. O título da pesquisa é “*Avaliação da Atenção à Saúde da Criança na Rede Básica no Município de Fortaleza-CE*” e tem por objetivo avaliar a atenção à saúde da criança menor de um ano realizada na rede básica de saúde do Município de Fortaleza.

Sua participação é voluntária e o(a) senhor(a) é livre para recusar a participar ou interromper a sua participação quando desejar. Caso aceite, o(a) senhor(a) participará de uma entrevista onde falará sobre o atendimento realizado a seu filho(a) na Unidade Básica de Saúde de seu bairro.

Informamos que não haverá qualquer prejuízo para o(a) senhor(a) pelas informações fornecidas, pois será garantido o sigilo das informações e o seu nome não será identificado.

As perguntas que vamos fazer não pretendem trazer nenhum desconforto ou risco, já que serão apenas sobre aspectos relacionados à utilização deste serviço de saúde. Ressaltamos ainda que a não participação na pesquisa não prejudicará o atendimento do seu filho aqui na Unidade de Saúde de seu bairro.

Qualquer informação adicional ou esclarecimentos acerca deste estudo poderá ser obtido com a coordenadora da pesquisa, Dra. Giovana Louella Aguiar Bezerra de Farias, pelos telefones (85) 3472-9069. Em caso de dúvida em relação a este documento, o(a) senhor(a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará pelo telefone (85) 3101-9890.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aceitar participar do estudo, solicitamos a assinatura do mesmo em duas vias, ficando uma com o(a) senhor(a) e a outra em poder do pesquisador.

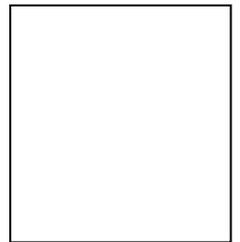
## CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Após ser informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e tendo esclarecido minhas dúvidas, concordo em participar desse estudo. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e retirar minha participação se assim o desejar.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Nome do participante



---

Assinatura do participante

---

Assinatura do pesquisador

***ANEXOS***

---

## ANEXO A

### Marcos do desenvolvimento

#### Menor de 1 mês:

- Teste dos Reflexos (Moro, cócleo-palpebral, sucção, braços e pernas flexionados)

#### 2 MESES:

Eleva a cabeça – quando deitado de cabeça para baixo

Fixa o olhar no rosto do examinador ou da mãe

Segue objeto na linha média

Reage ao som.

#### 4 MESES:

Sustenta a cabeça

Segura objetos

Responde ao examinador

Emite sons.

#### 6 MESES:

Rola

Leva objetos a boca

Alcança um brinquedo

Localiza o som.

#### 9 MESES:

- Senta sem apoio
- Brinca de esconde –achou.
- Transfere objetos de uma mão para outra
- Duplica sílabas.

#### 12 MESES:

- Anda com apoio
- Faz pinça – polegar com dedo indicador
- Imita gestos
- Jargão – emite sons como se estivesse conversando.

## ANEXO B

### Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Governo do Estado do Ceará  
Fundação Universidade Estadual do Ceará  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UECE  
Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itaperi  
CEP 60.740-000 - Fortaleza-Ce  
Fone: (085) 3101.9890 - E-mail: cep@uece.br



Fortaleza, 23 de maio de 2011.

#### IDENTIFICAÇÃO

**Título:** Avaliação da Atenção à Saúde da Criança na Rede Básica do Município de Fortaleza-Ceará.

**Processo:** 11042268-6

**Folha de rosto:** 415389

**Pesquisador responsável:** Giovana Louella Aguiar Bezerra de Farias

**Orientadora:** Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida

**Instituição responsável:** UECE

**Área temática:** Saúde criança e adolescente

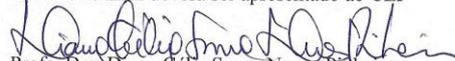
#### RESUMO

A pesquisa pretende avaliar a atenção à saúde da criança menor de um ano realizada na rede básica de saúde do município de Fortaleza – Ceará; verificar o acesso aos serviços de saúde na atenção básica; analisar a referência e contra-referência aos demais níveis do sistema de saúde a partir da atenção básica, descrever as ações à saúde da criança menor de um ano, realizadas pela unidade básica de saúde; estimular a satisfação do usuário com atenção dispensada pela unidade básica de saúde e identificar aspectos dos serviços que necessitem reformulação na busca da qualidade das ações. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, de abordagem quantitativa a ser realizado nas Unidades Básicas de Saúde-UBASF, localizados na Secretaria Regional VI – SER VI nos meses de junho e julho de 2011. A população do estudo será constituída de 384 crianças nascidas vivas no ano de 2010 de mães residentes na SER VI em Fortaleza, deduzidos o número de óbitos infantis no mesmo período e local, o que representa a quantidade de crianças menores de um ano de idade. A escolha desta população ocorreu devido a ser a faixa etária de base de cálculo da TMI, um importante indicador das condições de vida e saúde da população, e por ser a faixa etária onde se compreende a maioria das ações à saúde da criança. O instrumento de coleta será um formulário estruturado aplicado às mães ou responsáveis pela criança, além de dados resgatados do cartão de vacina, com a realização prévia de teste piloto. Os dados serão coletados pela autora e por profissionais treinados por ela em todas as UBASF da SER VI no instante em que a criança comparecer, por qualquer motivo (vacina, consulta, bolsa família e outros). Como critérios de inclusão será a faixa etária menor de um ano de idade e residir na área de abrangência da unidade analisada. A análise será determinada pelas ações desenvolvidas pelos profissionais e pela unidade de saúde na visão dos usuários, e serão avaliados segundo aspectos organizativos, técnico-científico e relação interpessoal. O resultado da Pesquisa será apresentado ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para qualificação para a dissertação. Consta do processo folha de rosto que está preenchida adequadamente; o pesquisador possui Curriculum na Plataforma Lattes, apresenta orçamento na ordem de R\$ 280,00 (duzentos e oitenta reais) sob responsabilidade da pesquisadora e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequado.

#### PARECER

O projeto está bem estruturado, é relevante, havendo retorno para o sujeito e comunidade. Ele atende aos ditames da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, portanto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE.

O relatório final deverá ser apresentado ao CEP

  
Prof. Dra. Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro.  
Coordenadora do CEP/UECE



## ANEXO C

### Parecer da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza

 **PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**  
**SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA**  
Rua do Rosário, 283, Sala 408. Centro. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694.



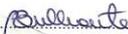
Ilmo. (a) Coordenador (a) do Distrito de Saúde / Atenção Básica / Assessora Técnica da Educação Permanente da SER VI.  
Dra. Rosane de Lucca Maerschner.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: “**AValiação da Atenção à Saúde da Criança na Rede Básica no Município de Fortaleza – CE**”.

Seguem algumas informações sobre o estudo: A pesquisadora **GIOVANA LOUELLA AGUIAR BEZERRA DE FARIAS** é aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente.

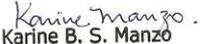
- A pesquisa será realizada nos Centros de Saúde da Família da SER VI.
- A coleta de dados ocorrerá durante os meses **MAIO E JUNHO DE 2011**.
- A pesquisadora deverá apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/Distrito de Saúde da SER VI – oral e impresso.

Comunicamos ainda que o SMSE emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 19 de abril de 2011.  Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante  
Coordenadora Geral do Sistema Municipal de Saúde Escola

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante  
Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

1. Autorizado;  
2. A pesquisadora Giovana realizará a coleta de dados nos meses de julho e agosto/11.

  
Karine B. S. Manzo  
EDUCAÇÃO PERMANENTE  
NASF SER VI  
05/07/11.