



UNILAB

**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFÔNIA AFRO-
BRASILEIRA
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

HEVYLA SANDY COSTA LIMA

**SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA ANÁLISE DA
AVALIAÇÃO DO PMAQ - AB**

**REDENÇÃO
2018**

HEVYLA SANDY COSTA LIMA

**SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA ANÁLISE DA
AVALIAÇÃO DO PMAQ - AB**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem-MAENF, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Emilia Soares Chaves Rouberte

Co-Orientadora: Profa. Dra. Flávia Paula Magalhães Monteiro

**REDENÇÃO
2018**

Todos os direitos reservados. De acordo com a lei n.º 9.610, de 19/02/01998, nenhuma parte deste livro pode ser fotocopiada, gravada, reproduzida ou armazenada num sistema de recuperação de informação ou transmitida sob qualquer forma ou por meio eletrônico ou mecânico sem o prévio consentimento dos autores e dos editores.

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira - Unilab
Sistema de Bibliotecas da Unilab - (Sibiuni)
Catalogação na fonte

Bibliotecária: **Elineuza dos Santos Ferreira** – CRB-3 / 1132

Lima, Hevyla Sandy Costa.

L732s

Saúde da criança na atenção primária: uma análise da avaliação do PMAQ- AB/ Hevyla Sandy Costa Lima. – Redenção, 2018.

75f: il.

Dissertação – Mestrado Acadêmico em Enfermagem-MAENF.

Programa de Pós graduação em Enfermagem. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2018.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Emilia Soares Chaves Rouberte

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Flávia Paula Magalhães Monteiro

1. Avaliação em saúde. 2. Atenção primária 3. Saúde da Criança I. Título.

CDD 613

CE/UF/BSCA

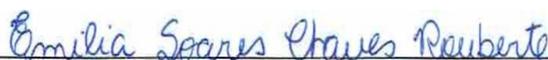
HEVYLA SANDY COSTA LIMA

**SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA ANÁLISE DA
AVALIAÇÃO DO PMAQ - AB**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Enfermagem (MAENF) da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 27 / 02 / 2018.

BANCA EXAMINADORA



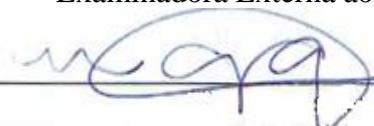
Emilia Soares Chaves Rouberte
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB
Presidente



Emanuella Silva Joventino
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB
Examinadora Interna



Vanessa Emille Carvalho de Sousa Freire
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB
Examinadora Externa ao Programa



Nirla Gomes Guedes
Universidade Federal do Ceará – UFC
Examinadora Externa à Instituição

AGRADECIMENTO

À Profa. Emilia Rouberte, por sua dedicação e perseverança em todos os momentos necessários para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus familiares e amigos que contribuíram direta ou indiretamente neste trabalho.

RESUMO

Ao longo dos anos, diversas evidências científicas apontavam uma associação entre morbimortalidade infantil e as condições socioeconômicas. A evolução histórica da saúde da criança foi marcada por mudanças nas políticas públicas de assistência, tais como, o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC). Estas mudanças contribuíram para redução da mortalidade infantil, da morbimortalidade por agravos perinatais e causas evitáveis. Todavia, apesar dos muitos avanços alcançados no país, algumas regiões permanecem com coeficientes de mortalidade infantil elevados. Considerando que na Atenção Básica os profissionais realizam ações voltadas para assistência à saúde da criança, estas ações geram dados importantes sobre a saúde infantil, e sua análise é necessária para a obtenção de um diagnóstico situacional da saúde infantil. Diante do exposto, o presente estudo teve como propósito avaliar a assistência à saúde da criança no âmbito da Atenção Básica nas Regiões de Saúde de Maracanaú e Baturité, a partir dos dados revelados pela Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Tratou-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa. Os resultados são analisados pela Matriz Strengths Weaknesses Opportunities Threats. A análise dos dados evidenciou ou registrou a vacinação em dia da criança (100%), do crescimento e desenvolvimento (98,3%) e do teste do pezinho (96%). Os registros foram os mais reportados pelos profissionais entrevistados. Houve diferença estatística entre as regiões de Maracanaú e Baturité na proporção de profissionais que reportaram os registros de violência familiar. Foi evidenciado ainda, que 61,6% dos usuários informaram ter realizado a 1ª consulta até sete dias de vida da criança. A partir dos dados levantados foi possível concluir que grande parte das ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família atendem as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde, porém, faz-se necessário intensificar ações voltadas para o fortalecimento do aleitamento materno, e vigilância em saúde da criança, com vistas à garantia da qualidade da assistência prestada.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação em saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança.

ABSTRACT

Over the years, several scientific evidences pointed to an association between infant morbimortality and socioeconomic conditions. The historical evolution of child health has been marked by changes in public assistance policies, such as the National Maternal and Child Health Program and the Integrated Program for the Health of Women and Children (PAISMC). These changes contributed to the reduction of infant mortality, morbidity and mortality due to perinatal injuries and preventable causes. However, despite the many advances made in the country, some regions remain with high infant mortality rates. Considering that in Primary Care professionals perform actions aimed at child health care, these actions generate important data on child health, and their analysis is necessary to obtain a situational diagnosis of child health. In view of the above, the purpose of this study was to evaluate the health care of the child in the Primary Care in the Health Regions of Maracanaú and Baturité, based on the data revealed by the External Evaluation of the National Program for Improving Access and Quality of Basic Attention. It was an exploratory-descriptive study with a quantitative approach. The results are analyzed by the Matrix Strengths Weaknesses Opportunities Threats. The analysis of the data showed or records of the vaccination in day of the child (100%), growth and development (98.3%) and the test of the foot (96%). The records were the most reported by professionals interviewed. There was a statistical difference between the regions of Maracanaú and Baturité in the proportion of professionals who reported the records of family violence. It was also evidenced that 61.6% of the users reported having performed the first consultation up to seven days of the child's life. From the data collected, it was possible to conclude that most of the actions developed by the Family Health Teams comply with the recommendations recommended by the Ministry of Health, but it is necessary to intensify actions aimed at strengthening breastfeeding and health surveillance in with a view to ensuring the quality of care provided.

KEYWORDS: Health evaluation; Primary Health Care; Child Health.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Tabela 1.	Distribuição de equipes de ESF avaliadas por Município e Região de Saúde.....	28
Tabela 2.	Distribuição da amostra de acordo com o município e as Regiões de Saúde. PMAQ-AB, 2014	36
Tabela 3.	Características de Equipes de Saúde da Família avaliadas, de acordo com a Região de Saúde. PMAQ-AB, 2014	37
Tabela 4.	Descrição das ações e procedimentos realizados pelas Equipes de Saúde da Família na Atenção à Saúde da criança de acordo com a Região de Saúde. PMAQ-AB, 2014	38
Tabela 5.	Características do contexto dos usuários das Unidade Básicas de Saúde entrevistados, de acordo com a Região de Saúde. PMAQ-AB, 2014	39
Tabela 6.	Descrição dos procedimentos de acompanhamento na Atenção à Saúde da criança, reportado pelos usuários. PMAQ-AB, 2014	41
Tabela 7.	Descrição dos indicadores de amamentação/alimentação da criança, reportado pelos usuários. PMAQ-AB, 2014	42
Tabela 8.	Descrição dos indicadores de problema de saúde da criança reportados pelos usuários. PMAQ-AB, 2014	43
Tabela 9.	<i>Matriz Strengths Weaknesses Oportunities Threats (SWOT)</i>	44
Gráfico 1.	Associação entre a quantidade de consultas de pré-natal e a ocorrência de problemas de saúde na criança. PMAQ-AB 2014	44

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
AMAQ	Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
CSS	Cooperação Sul-Sul
DAB	Departamento de Atenção Básica
DDA	Doença Diarreica Aguda
EqAB	Equipe de Atenção Básica
EqSB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEO Health	Global Environmental Outlook Heath
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OR	<i>odds ratio</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PABF	Piso de Atenção Básica Fixo
PABV	Piso de Atenção Básica Variável
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família

RAS	Rede de Atenção à Saúde
RN	Recém-nascido
SGDAB	Sistema de Gestão da Atenção Básica
SWOT	<i>Matriz, Strengths Weaknesses Oportunities Threats</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TC 41	Termo de Cooperação nº 41
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUL	União das Nações Sul-Americanas
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVO	09
2.1	Objetivo Geral.....	14
2.2	Objetivos Específicos.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1	Saúde da Criança na África e Países Lusófonos.....	15
3.2	Saúde da Criança no Cenário Brasileiro.....	18
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
4.1	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).....	21
5	MÉTODO.....	27
5.1	Tipo de Estudo.....	27
5.2	Local do Estudo.....	27
5.3	População e Amostra.....	28
5.4	Coleta de Dados.....	29
5.5	Análise e Apresentação dos Dados.....	30
5.6	Matriz Strengths Weaknesses Oportunities Threats (SWOT).....	31
5.6.1	Análise do Ambiente Interno.....	32
5.6.2	Análise do Ambiente Externo.....	33
5.7	Aspectos Éticos.....	35
6	RESULTADOS.....	36
7	DISCUSSÃO.....	45
8	CONCLUSÃO.....	58
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	
	APÊNDICE.....	

1 INTRODUÇÃO

A população infantil constitui um grande contingente que demanda cuidados específicos, tendo em vista sua suscetibilidade ao adoecimento e agravamento das enfermidades em função da fragilidade própria da idade (PEDRAZA; ARAUJO, 2017).

Para entender a problemática que envolve o processo de adoecimento infantil é necessário compreender a relação entre os fatores que favorecerem a ocorrência do adoecimento, considerando ainda, que estes fatores assumem caráter variável e o enfrentamento dos problemas de saúde exige a adoção de medidas que levem em consideração as características intrínsecas ao processo de saúde-doença no território-alvo de intervenção.

No cenário internacional, deve-se destacar a Cooperação Sul-Sul (CSS), que se apresenta como uma forma de apoio ao desenvolvimento em vários setores, dentre estes, a atuação brasileira na CSS no setor de saúde é de fundamental relevância (MUNOZ, 2016).

Considerando que o Brasil acumulou experiências que deram importantes resultados no âmbito da saúde, entre as mais recentes, encontra-se o Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), implantado em 2011, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (POCAS; FREITAS; DUARTE, 2017).

Partindo da premissa que a saúde da criança continua sendo uma preocupação nacional, o Ministério da Saúde passou a desenvolver ações que visam à melhoria da assistência à saúde da criança, assim como, a análise do impacto da implementação dessas ações.

Com o objetivo de superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico e da reorientação da organização dos serviços, foi criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), hoje com o *status* de Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo apontada, por sua extensão e cobertura, como uma modalidade de oferta de serviços de saúde a ser seguida por apresentar enfoque nas ações multiprofissionais da equipe de saúde, responsabilidade pela saúde de uma população adstrita a uma determinada área de abrangência e sistematização da demanda espontânea e programada (LEITE *et al.*, 2016).

Cabe ressaltar aqui um breve esclarecimento quanto a utilização dos termos Atenção Básica e Atenção Primária. A Atenção Primária à Saúde, por ter sido implementada

num contexto no qual a expansão da cobertura veio acompanhada das propostas de contenção do financiamento, teve seus pressupostos estruturantes de um modelo universal, equânime, inclusivo, integral, obscurecidos pelo ideário neoliberal. Quanto ao conceito de Atenção Básica que, assim como a Atenção Primária à Saúde, sofreu influência do Banco Mundial na organização das ações de saúde. Contudo, há experiências que fazem referência à organização do PSF na perspectiva da Atenção Primária, outros o fazem na da Atenção Básica, sendo que estes termos são utilizados ora como sinônimos, ora como contraposição (GIL, 2006).

Em artigo publicado por Mello, Fontanella e Demarzo (2009) afirmam que os termos AB, AP e APS têm sido utilizados como sinônimos no Brasil, muitas vezes sem perceber o contexto conceitual e ideológico a que estão submetidos, cujos referenciais variam desde correntes francamente funcionalistas e racionais até aquelas mais progressistas, particularmente opondo os conceitos de AB/APS ao de AP.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) destaca-se por possibilitar uma visão ampliada do processo saúde/doença e pelo desenvolvimento de intervenções que vão além de práticas curativas, pois, contribui para a realização de ações que fomentam a prevenção de enfermidades e a promoção da saúde a partir da adoção de práticas saudáveis.

Visando o alcance de uma assistência resolutiva a Estratégia Saúde da Família (ESF), esta passou por diversas mudanças que possibilitaram o aumento da cobertura populacional, assim como, a melhoria na qualidade da assistência prestada na perspectiva de garantia do acesso e da qualidade na prestação do cuidado. Contudo, é necessário ressaltar que a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) no sistema de saúde implica na necessidade de avaliações contínuas de seu desempenho (PEDRAZA; ARAUJO, 2017).

Silva e Fracolli (2016) afirmam em seu estudo, a Estratégia Saúde Família possibilita a resolução da maioria dos problemas de saúde, sendo responsável pela saúde dos indivíduos.

A Atenção Primária à Saúde (APS) aumentou sua cobertura populacional ao longo dos últimos 20 anos (MEDRADO; CASANOVA; OLIVEIRA, 2015), isso resultou em um maior acesso da população aos serviços prestados neste dispositivo de saúde.

No tocante às ações desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), ressaltamos a assistência prestada à criança. Visando oferecer atendimento de qualidade ao

público infantil, o Ministério da Saúde (MS) definiu a ESF como um dos principais eixos integrador e essencial para a atenção integral à criança por meio da sistematização do acompanhamento infantil nas Unidades de Saúde da Família.

Considerando o fato de que os municípios do Ceará apresentam cobertura de Estratégia de Saúde da Família em conformidade com o preconizado pelo Ministério da Saúde, sendo composta por, no mínimo: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal, pode-se questionar quais os fatores associados a manutenção destes indicadores evidenciados pela literatura.

Estes fatores podem guardar relação com a qualidade do cuidado prestado à criança ou a outros fatores, tais como, condição socioeconômica, saneamento básico, dentre outros. Nesse sentido, a vigilância e a avaliação são de suma importância para mensurar a capacidade de respostas de políticas, programas e serviços às necessidades de saúde da população.

Diante da importância da Atenção Primária à Saúde (APS) na prestação do cuidado e continuidade da assistência, a APS passou a ser alvo de vários esforços no sentido de qualificar os serviços prestados com a perspectiva de garantir o acesso e a qualidade do cuidado.

Para isto, faz-se imprescindível à avaliação em saúde, entendida como base para os demais componentes da gestão (planejamento, execução, financiamento e regulação), pois possibilita o desenvolvimento e implementação de intervenções efetivas no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MEDRADO; CASANOVA; OLIVEIRA, 2015). Assim, a avaliação em saúde pode subsidiar o processo decisório e dessa forma melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

A justificativa para a realização desta pesquisa baseia-se na sua relevância acadêmica e social, pois possibilita a avaliação acerca da capacidade de resolutividade e efetividade no que se refere às ações voltadas para a saúde da criança a partir das práticas de saúde desenvolvidas.

Desse modo, constitui um estudo que possibilita a produção de conhecimentos sobre a qualidade da atenção voltada para a criança, nos serviços de APS. Assim, o presente estudo visa contribuir no âmbito do SUS na perspectiva de se pensar estratégias que possibilitem mudanças nas práticas dos profissionais de saúde.

Logo, avaliar a atenção e a forma de organização dos serviços da ESF na saúde da criança possibilita apontar caminhos para as mudanças possíveis e capazes de promover melhorias das ações e das práticas direcionadas a esta população, no cenário local com possíveis repercussões a nível regional e estadual.

Diante do exposto, o presente estudo tem como propósito trazer a luz a reflexão acerca da avaliação na organização do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família, a partir da análise dos resultados do segundo ciclo da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ-AB, correlacionando dimensões nele utilizadas para avaliação do planejamento e organização do processo de trabalho com aquelas previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB-2012).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a assistência à saúde da criança no âmbito da Atenção Primária nas Regiões de Saúde de Maracanaú e Baturité, a partir dos dados revelados pela Avaliação Externa do PMAQ-AB.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar as equipes participantes do PMAQ das regiões de saúde de Maracanaú e Baturité.

Identificar as ações de saúde da criança realizadas pelas Equipes de Saúde da Família junto às crianças.

Comparar a assistência à saúde da criança entre os municípios que compõem as Regiões de Saúde de Maracanaú e Baturité a partir dos dados obtidos no PMAQ e das recomendações do Ministério da Saúde.

Apontar as potencialidades e fragilidades da assistência à saúde da criança nos municípios que compõem as Regiões de Saúde de Maracanaú e Baturité.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Saúde da Criança na África e Países Lusófonos

Conforme a literatura, os países africanos apresentam dificuldades para se desenvolver, representando uma região do mundo com sérios problemas de saúde pública, em especial os países situados na África Subsaariana (MITANO; VENTURA; PALHA, 2016).

Estes países, continuam a apresentar elevados índices de mortalidade infantil e materna e de doenças infecciosas, que demonstram e contribuem para o baixo índice de desenvolvimento humano (MITANO; VENTURA; PALHA, 2016).

Estudo desenvolvido em 2012 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre os sistemas de saúde na África, revela que os serviços de saúde são frágeis e apresentam déficit da força de trabalho, prestando precários serviços, informações e produtos médicos (MITANO; VENTURA; PALHA, 2016). A Região Africana tem alcançado melhorias significativas no fardo da doença e nos resultados da saúde na última década. Evidências apontam um decréscimo substancial no fardo das doenças transmissíveis e progressos impressionantes na redução da mortalidade infantil abaixo dos cinco anos, de 176 para 90 por cada 1000 nados-vivos entre 1990 e 2013 (OMS, 2016).

Evidências apontam que mais de 50% de seus habitantes sofrem de doenças evitáveis provenientes da má qualidade da água, como a cólera e diarreia infantil e como consequência, a cada 30 segundos, um óbito infantil é registrado devido à malária (MITANO; VENTURA; PALHA, 2016).

É relatado ainda, a existência de desigualdades no acesso e atendimento entre os ricos, geralmente detentores do poder, e os considerados pobres (MITANO; VENTURA; PALHA, 2016).

Apesar dos indicadores de saúde revelarem elevados índices de morbimortalidade, há carência de dados atualizados que possam revelar a situação de saúde dos países africanos.

É necessário ressaltar o Termo de Cooperação nº 41 (TC 41), um compromisso estabelecido entre OPAS/OMS e o Brasil em dez./2005, com o objetivo de fortalecer um programa de cooperação internacional em saúde mediante intercâmbio de experiências, conhecimento e tecnologias disponíveis em instituições do campo da saúde pública, entre o

Brasil e os países integrantes da OPAS/OMS, no marco da cooperação Sul-Sul e com prioridade para a América do Sul (UNASUL) e para os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). Nesse sentido a cooperação técnica apoiada pelo TC 41 com a África prioriza os países lusófonos no contexto mais amplo da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) (OPAS, 2014).

Nos últimos anos, tem sido crescente a importância dada pelo governo brasileiro, pelo menos retoricamente, ao relacionamento com os Estados do hemisfério Sul, e, dentro deste, aos membros que compõem a denominada Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, composta por Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal e São Tomé e Príncipe (MIYAMOTO, 2009).

De acordo com dados da Open Data for Africa, Cabo Verde apresenta uma população total de 552,850 habitantes e expectativa de vida ao nascer de 74,77 (anos). A taxa de mortalidade infantil corresponde a 18,2 (por 1.000 nascidos vivos) em 2016. A taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos corresponde a 21,4 (por 1.000) em 2016.

No tocante a características nutricionais da população infantil em Cabo Verde, em 2015 cerca de 13,7(% da população) da população encontrava-se abaixo do nível mínimo de consumo de energia na dieta (também referida como prevalência de desnutrição). Este índice mostra a percentagem da população cuja ingestão de alimentos é insuficiente para satisfazer continuamente as necessidades de energia na dieta.

Quanto a cobertura de imunização cabo verde apresenta cobertura de vacinação de BCG 96% de crianças em 2016, DTP 96 % de crianças em 2016 (AFRICAN DEVELOPMENT BANK GROUP, 2018).

O envolvimento brasileiro na cooperação internacional para o desenvolvimento teve início no final da década de 1940, porém, a articulação com países do Sul ganhou força no Brasil entre 2003 e 2010, e passa por constantes transformações desde então. Contudo, nos últimos anos passou a desempenhar papel-chave no estabelecimento de parcerias na cooperação Sul-Sul (CSS) (FONSECA; GOMES; ESTEVES, 2016).

Em Moçambique, não é tão difícil descobrir que saúde e desenvolvimento estão desconectados: basta verificar que 43% das crianças menores de 5 anos sofrem de subnutrição

crônica e 6% sofrem de subnutrição aguda. Portanto, aproximadamente 50% das crianças moçambicanas são malnutridas, como resultado direto da falta de alimentação e do subdesenvolvimento (MITANO; VENTURA; PALHA, 2016).

Moçambique, após a independência do domínio português, em 1975, entrou em guerra civil até o ano de 1992. Durante os 16 anos de guerra civil, o Serviço Nacional de Saúde ficou fortemente fragilizado, com pouca cobertura populacional tanto das pessoas que viviam nos espaços urbanos quanto das que residiam nos distritos (MITANO; VENTURA; PALHA, 2016).

Moçambique, um dos principais parceiros da cooperação brasileira. É um dos pontos focais das ações brasileiras de cooperação na área da saúde pública. A cooperação brasileira com Angola também é significativa (FONSECA; GOMES; ESTEVES, 2016). Tanto Moçambique como Angola são parceiros do Brasil na Rede de Bancos de Leite Humano (FONSECA; GOMES; ESTEVES, 2016).

O sistema de saúde de Angola reflete uma estrutura organizacional essencialmente curativa, ainda precária, sem adequado desenvolvimento do processo de descentralização e do sistema de referência entre os distritos e/ou municípios. Essa situação explica a escassez de estruturas intermediárias, como hospitais provinciais e municipais, e periféricas, tais como, centros e postos de saúde. Assim, a inexistência de um sistema de referência e contra-referência operacional é uma das dificuldades do sistema de saúde (OLIVEIRA; ARTMANN, 2009).

Para avaliar as condições de saúde infantil, é necessário o acompanhamento da situação nutricional da criança, uma vez que oferece medidas objetivas, assim como de condições de vida dessa população (HUMBWAVALI, 2016).

Humbwavali (2016) trás em seu estudo uma discussão acerca da condição nutricional infantil e a relação desta com a situação infantil em países africanos. Segundo o autor a desnutrição infantil é de causa multifatorial, que inclui ingestão inadequada de alimentos, tornando o sistema imunológico débil e contribuindo para a aquisição de comorbidades. Por tanto, exigem abordagens diferentes para melhorar com êxito esse importante elemento, que condiciona o estado nutricional e as condições de saúde da população.

Este trabalho tem como ponto de partida uma análise das ações de voltadas para a assistência a saúde da criança desenvolvidas no território brasileiro que possam ser tomadas como espelho para os países da África lusófona de maneira a fortalecer a cooperação Sul-Sul (CSS).

3.2 Saúde da Criança no Cenário Brasileiro

Ao longo dos anos, diversas evidências científicas apontavam uma associação entre morbimortalidade infantil com fatores relacionados ao saneamento, nutrição, renda, assistência médica entre outros. Na Região Nordeste, esta relação se torna mais perceptível, tendo em vista que, apesar dos evidentes avanços nos indicadores de saúde, os coeficientes de mortalidade infantil são mais elevados que no restante do país. Essa realidade é determinada por problemas nas condições socioeconômicas, incluindo deficiência na oferta de serviços de saúde (CUNHA *et al.*, 2013).

Devido a identificação destes fatores houve aumento do incremento tecnológico que repercutiu na mudança das principais causas de adoecimento e morte na infância, passando das doenças diarreicas para as afecções perinatais que compreendem morbidades infantis associadas a anomalias congênitas e septicemia, ao lado das doenças comuns na infância, como a pneumonia e a diarreia.

Estudo realizado por Costa, Pinto Junior e Silva (2017) buscou avaliar as principais causas de internação de crianças menores de cinco anos no Ceará no período compreendido entre 2000 e 2012. Este estudo aponta a redução na ocorrência de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) em menores de cinco anos de idade e em seus subcomponentes etários no Estado do Ceará. Destacaram-se a diminuição das taxas de internações por deficiências nutricionais, gastroenterites infecciosas, asma e pneumonias bacterianas, nos diversos recortes por idade.

No entanto, apesar da relevância dos cuidados direcionados a população infantil, é possível evidenciar, com base em dados epidemiológicos, que a saúde da criança continua sendo uma preocupação nacional em decorrência da persistência de problemas que contribuem para a morbimortalidade.

O estudo realizado por Pinheiro *et al.* (2015) em um estado da Região Nordeste evidenciou redução nas taxas de mortalidade infantil e neonatal, atingindo a meta firmada no

pacto já em 2011 com uma taxa de 13 mortes/1000 nascidos vivos, enquanto a do período neonatal precoce e tardio foram respectivamente de 7 e 2/1000 nascidos vivo. Isto é preocupante quando comparado aos países mais desenvolvidos, nos quais a taxa é duas a seis vezes menor.

No Nordeste do Brasil houve melhoria nos indicadores epidemiológicos referentes à saúde da criança após a implantação da Estratégia de Saúde da Família, porém estes indicadores ainda não são considerados ideais. Todavia, é importante salientar que evidências científicas apontam uma relação entre a qualidade dos serviços de atenção primária à saúde da criança e os diferentes contextos locais regionais. Esta realidade pode ser exemplificada a partir da avaliação da ocorrência de doenças diarreicas agudas (DDA) no Estado do Ceará (CEARÁ, 2017).

A vigilância das doenças diarreicas agudas (DDA), preconizada pelo Ministério da Saúde, é realizada em unidades de saúde sentinelas e é denominada de Sistema de Monitorização das DDA (MDDA). No período compreendido entre 03/01/2016 a 26/03/2016, foram notificados 120.113 casos de doença diarreica aguda no Estado. Se comparado ao ano de 2015, houve um incremento de 57,4% no número de casos, sendo ainda, uma ocorrência maior que a média de casos dos últimos 10 anos (CEARÁ, 2017). No que se refere à ocorrência de doenças diarreicas agudas (DDA) em menores de 1 ano foram notificados no mesmo período, 8.863 casos (CEARÁ, 2017).

As práticas executadas pelos enfermeiros na atenção primária compreendem ações educativas dirigidas à grupos populacionais específicos e ações desenvolvidas fora da unidade de saúde, tais como, visita domiciliar, dentre outras.

Além de fomentar a vigilância da saúde infantil, a Política Nacional da Atenção Básica PNAB em consonância com o Caderno de Atenção Básica nº 33 definem como atribuições do enfermeiro: a aferição da pressão arterial dos escolares e encaminhamento do resultado ao médico da equipe quando o exame estiver alterado; monitoramento, notificação e orientação à escolares, pais e professores diante de efeitos vacinais adversos; aferição dos dados antropométricos de peso e altura e avaliação do IMC das crianças; e a realização de consultas de puericultura (MEDEIROS, 2014; BRASIL, 2012).

A consulta de enfermagem no âmbito da atenção primária constitui uma prática de grande destaque, tendo em vista que, os enfermeiros baseiam sua atividade na identificação

das necessidades do usuário. No que se refere à prática de assistência à criança a consulta de enfermagem em puericultura, corresponde ao acompanhamento da criança saudável na expectativa de reduzir a incidência de enfermidades, elevando as oportunidades para alcançar todo o potencial por meio do crescimento e desenvolvimento. Logo, são preconizadas sete consultas durante o primeiro ano de vida, duas consultas dos 12 aos 24 meses e uma consulta anual dos 36 aos 72 meses (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

Nesse contexto, apesar das atribuições do profissional enfermeiro, dentro da equipe de ESF constituírem atividades de grande relevância no que se refere à saúde da criança, vale ressaltar que a produção científica nacional carece de referências atuais acerca da utilização de serviços de saúde para a população infantil, em especial, aos serviços de puericultura (CUNHA *et al.*, 2013).

Pinheiro *et al.*, (2016) afirma em seu estudo que a avaliação dos serviços de saúde, que deve ser sistemática e contínua, torna-se importante para identificar e modificar a situação existente, além de promover um planejamento adequado, priorizando os principais problemas e as ações necessárias para melhorar a assistência e a qualidade de vida da criança. Logo, novos estudos são necessários para avaliar algumas ações, como a orientação para a mãe sobre a importância do aleitamento materno, bem como a necessidade de uma nova pesquisa diante de novos programas e ações criados recentemente, e do novo perfil socioeconômico da população.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Diante das várias estratégias desenvolvidas com o intuito de qualificar a assistência à saúde e, conseqüentemente, melhorar os indicadores de saúde infantil, pode-se questionar a forma de analisar a efetividade dessas ações.

Este programa foi criado em janeiro de 2011, após reuniões de gestores na esfera Federal que identificaram a necessidade de dar prioridade à Atenção Básica (AB) e determinaram a criação de um conjunto de programas para esse fim (BRASIL, 2012). Do desdobramento dessas reuniões foram elencadas pelo Ministério da Saúde um quadro dos desafios que condicionavam o desenvolvimento da AB e que deveriam ser considerados na definição das ações e dos programas que o novo governo proporia para a PNAB no país. Assim foram identificados os seguintes desafios:

- Financiamento insuficiente da Atenção Básica;
- Infraestrutura das UBS inadequada;
- Baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e a atenção à saúde;
- Necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, para grupos mais vulneráveis;
- Necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado;
- Pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão;
- Inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores;
- Necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica;

- Importância de ampliar a legitimidade da Atenção Básica junto aos usuários e de estimular a participação da sociedade.

Face a essas necessidades o Ministério da Saúde lançou o PMAQ-AB, criado mediante Portaria GM/MS 1.654 de 19 de julho de 2011 com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de padrões de qualidade nacional, regional e locais comparáveis, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012).

O PMAQ-AB também foi estabelecido visando à análise do nível de acesso e qualidade das ações de saúde da Atenção Básica (CRUZ *et al.*, 2014). Nesse contexto o Programa, realiza Avaliação Externa em todo o território nacional. Para tanto, estas avaliações contam com a participação de instituições de ensino e pesquisa na organização e execução do trabalho de campo, dentre elas a Fundação Osvaldo Cruz seção Ceará e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte e a Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

Um primeiro modo de perceber o PMAQ-AB, no contexto da PNAB, está relacionado ao seu papel no redesenho do financiamento da Atenção Básica (AB). Até 2007, o financiamento Federal da AB era composto apenas pelo componente per capita, o Piso de Atenção Básica Fixo (PABF), e pelo componente de indução da expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), o PAB Variável (PABV) (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014). Em 2011, foi criado o componente de qualidade que inaugurou um novo modo de financiar na AB, pela primeira vez, associado a um processo de adesão voluntária, contratualização de compromissos e repasse de recursos aos municípios em função dos resultados que estes alcançam no processo de avaliação e certificação do PMAQ-AB. Com o PMAQ-AB, o 'o que faz', o 'como faz' e 'que resultados alcança', do município e da equipe, passaram a ser decisivos no financiamento (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Conforme as regras do programa, o município receberia, por cada equipe de Atenção Básica (EqAB), incluída a equipe de saúde bucal (EqSB), no mínimo, R\$ 2.200,00 a mais ao mês se a mesma fosse certificada como “na média ou abaixo da média”; R\$ 6.600,00 se essa certificação fosse “acima da média”; e até R\$ 11.000,00 se alcançasse a certificação “muito acima da média” (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

O PMAQ instituiu recursos financeiros adicionais para os municípios participantes, os quais estão condicionados ao alcance de padrões de acesso e qualidade, e se operacionaliza em ciclos de adesão/contratualização, desenvolvimento e avaliação externa (BARRETO, 2015).

O Programa está organizado em quatro fases que conformam um ciclo contínuo: fase 1 - adesão e contratualização; fase 2 - desenvolvimento; fase 3 - avaliação externa; e fase 4 – recontratualização (BRASIL, 2011).

A primeira fase consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica com os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social. O processo de adesão ao PMAQ é permanente e não há data limite para as equipes da atenção básica e os gestores municipais ingressarem no programa, excetuando os sete meses que antecedem as eleições municipais.

A segunda fase do PMAQ consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações empreendidas pelas equipes de atenção básica municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2012). Essa fase está organizada nas seguintes dimensões: Autoavaliação, Monitoramento, Educação permanente, e Apoio institucional.

A Autoavaliação constitui ponto de partida da fase de desenvolvimento, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade devem iniciar-se pela identificação e reconhecimento, pelas próprias equipes, das dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho, produzindo sentidos e significados potencialmente facilitadores/mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento (BRASIL, 2012).

A Autoavaliação consiste em um instrumento construído a partir da revisão e adaptação de diversificadas ferramentas utilizadas e validadas nacional e internacionalmente configurando-se, assim, como ferramenta de potencial pedagógico de caráter reflexivo e problematizador que abre possibilidades de construção de soluções a partir da identificação de problemas e devem ser constituídos não apenas pela identificação de problemas, mas também pela realização de intervenções no sentido de superá-los (BRASIL, 2012).

O Monitoramento de indicadores contratualizados constitui um dos elementos essenciais para a implementação do programa. É realizado a partir de ferramenta composta por um conjunto de padrões de qualidade, ou seja, por um conjunto de declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações da atenção básica.

A Educação permanente é um elemento indispensável para o desenvolvimento das ações voltadas para a melhoria da atenção básica, sendo constitutiva da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular.

Além da educação permanente a Atenção Primária deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho. Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como importante estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano do serviço.

Contudo, a vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na atenção básica. Logo, o Apoio Institucional assume papel de grande relevância nesse processo, sendo pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer supervisão em saúde. O apoio institucional na saúde deve buscar, portanto, a democracia institucional, a ampliação dos graus de autonomia dos sujeitos, a defesa da vida e dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2012).

A terceira fase do PMAQ consiste na Avaliação Externa, fase em que será realizado um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da atenção básica participantes do programa (BRASIL, 2012). Esta fase é subdividida nas seguintes dimensões:

O Certificação de desempenho das equipes de atenção básica e gestões municipais é obtido a partir da avaliação do acesso e da qualidade das EAB participantes do PMAQ, por meio do monitoramento dos indicadores contratualizados e pela verificação de um conjunto de padrões de qualidade no próprio local de atuação das equipes (BRASIL, 2012);

Constituída por um processo avaliativo que contempla a avaliação da rede local de saúde pelas equipes de atenção básica e processos complementares de avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços (BRASIL, 2012).

O instrumento utilizado para a realização da avaliação externa é organizado em quatro módulos: I, II, III e IV com a seguinte especificidade (NEVES; MONTENEGRO; BITTENCOURT, 2014):

MÓDULO I - Observação na Unidade Básica de Saúde (UBS): infra-estrutura, materiais, insumos e medicamentos da UBS. Esta parte representa o censo de todas as UBS no território nacional.

MÓDULO II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Análise de Documentos na Unidade de Saúde - Entrevista com o profissional de nível superior, integrante de equipe de AB, que aderiu de forma voluntária a avaliação externa. Além da verificação de documentos na UBS que comprovem informações sobre o processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário. Neste módulo há itens de verificação acerca da assistência prestada à população em todas as fases do ciclo de vida.

MÓDULO III – Entrevista na Unidade Básica de Saúde com o usuário - Entrevista com o usuário na UBS sobre satisfação e percepção destes quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização. Neste módulo há itens de verificação acerca da assistência prestada à população em todas as fases do ciclo de vida, porém, a tabela 2 apresenta os itens de verificação acerca da assistência à saúde da criança.

MÓDULO ELETRÔNICO – Este módulo compreende um conjunto de informações fornecidas pelos gestores no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB) e complementam os módulos I, II e III.

A Reconstrução, quarta e última fase, deve ocorrer após a certificação da Equipe de Atenção Básica. Com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova contratualização de indicadores e compromissos deverá ser realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo Programa. Nessa fase está prevista a pactuação singular das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a

institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ (BRASIL, 2013).

Apesar das avaliações realizadas pelo PMAQ se constituírem instrumento de grande relevância para a identificação de pontos os quais necessitam de intervenções, não foram encontrados estudos publicados que avaliassem a qualidade da atenção à saúde da criança na atenção básica utilizando os dados do PMAQ-AB.

A partir dos resultados alcançados pelas equipes, será possível identificar tendências que nortearão a construção de novas estratificações que levem em consideração a realidade das regiões, a área de localização das UBS e outras questões que aumentarão a possibilidade de comparações mais equitativas. Ao mesmo tempo, o desempenho das equipes poderá ser comparado não somente com as demais equipes, mas também com a sua evolução, assegurando que o esforço empreendido pelos gestores e trabalhadores possa ser considerado no processo de certificação (BRASIL, 2013).

Logo, considerando que a Atenção Básica realiza a obtenção de dados importantes sobre a saúde infantil nos diferentes tipos de atendimento desenvolvidos nesse serviço e que o PMAQ possibilita uma oportunidade para consolidar esses dados e transformá-los em informações, há a necessidade de realizar análises dessas informações visando a obtenção de um diagnóstico situacional da situação de saúde infantil mais próximo da realidade.

5 MÉTODO

5.1 Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo do tipo analítico com abordagem quantitativa. A investigação detém ainda um caráter transversal, pelo fato de que as medições foram feitas num único momento, não existindo, portanto, período de seguimento.

5.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado com informações referentes à avaliação externa dos municípios que compõem a Região de Saúde de Maracanaú (Figura 1) e à Região de Saúde de Baturité (Figura 2). A escolha pela avaliação destas duas regiões de saúde se deve ao fato de que estes municípios compartilham o desenvolvimento de metas voltadas para a melhoria da assistência à criança no tocante aos indicadores referentes a Rede Cegonha.

Figura 1. Região de Saúde de Maracanaú



Figura 2. Região de Saúde de Baturité.



Fonte: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>.

5.3 População e Amostra

Neste estudo a população e amostra foram equivalentes e compostas por todas as equipes de estratégia saúde da família que realizaram a adesão ao PMAQ nos municípios de análise. No tocante à quantidade de equipes avaliadas, a tabela 3 apresenta a distribuição absoluta por município de equipes da ESF participantes.

Tabela 1. Distribuição de equipes de ESF avaliadas por município e Região de Saúde.

3ª REGIÃO DE SAÚDE MARACANAÚ		4ª REGIÃO DE SAÚDE BATURITÉ	
Município	Quantidade de Equipes Avaliadas	Município	Quantidade de Equipes Avaliadas
Acarape	05	Aracoiaba	10
Barreira	08	Aratuba	06
Guaiuba	09	Baturité	09
Maracanaú	51	Capistrano	06
Maranguape	24	Guaramiranga	03
Pacatuba	17	Itapiúna	05
Palmácia	03	Pacoti	05
Redenção	11	Mulungu	04
Total	128		48

Fonte: Fiocruz-CE, 2016.

Para a caracterização das equipes participantes, estas foram classificadas de acordo com as seguintes variáveis:

a) Porte populacional: para esta classificação foi utilizada a classificação dada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (IBGE, 2017), que classifica os municípios em pontos de corte, a saber:

- Pequeno Porte 1: população menor ou igual a 20 mil habitantes;
- Pequeno Porte 2: população entre 20-50 mil habitantes;
- Médio Porte: população entre 50-100 mil habitantes;
- Grande Porte: população maior ou igual a 100 mil habitantes.

b) Proporção de cobertura populacional estimada pela ESF: foram utilizados dados disponíveis no website do Departamento de Atenção Básica (DAB/MS), e classifica-los da seguinte forma:

0-50% de cobertura;

50-70% de cobertura;

70-100% de cobertura.

c) Estrato de certificação PMAQ: classificação atribuída pelo Ministério da Saúde aos municípios, utilizada na certificação de equipes com o intuito de assegurar maior equidade na comparação destes.

Este índice leva em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos, conforme pontuação em cinco indicadores: PIB, percentual de população com plano de saúde; percentual de população com Bolsa Família, percentual de população em extrema pobreza e densidade demográfica (BRASIL, 2013). Assim, os municípios foram classificados nos seguintes estratos:

1: Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes.

2: Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes.

3: Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes.

4: Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes.

5: Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes.

6: Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

Estas variáveis foram utilizadas para a definição dos estratos de análise municipal.

5.4 Coleta de Dados

Os resultados foram obtidos a partir da análise de dados secundários provenientes do 2º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ realizada com equipes de saúde da família vinculadas ao PMAQ. Estes dados foram obtidos a partir a aplicação de um instrumento de coleta de dados à 176 equipes de Atenção Básica distribuídos entre os municípios que

compõem as Regiões de Saúde de Maracanaú e Baturité (Tabela 1) no período de maio a agosto de 2014.

5.5 Análise e Apresentação dos Dados

Para tanto, foram analisados os itens de verificação referentes a assistência à saúde da criança contidas nos Módulos II e III que correspondem respectivamente a Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde.

Para a análise foi realizada um recorte de subdimensões, sendo avaliados os seguintes indicadores por Módulo de análise:

Módulos II: Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Análise de Documentos na Unidade de Saúde.

Nesta seção, serão avaliadas todas as subdimensões contidas na dimensão:

II - Atenção à Criança desde o nascimento até os dois (02) anos de vida

Módulo III: Entrevista na Unidade Básica de Saúde com o usuário

Nesta seção, foram avaliadas todas as subdimensões contidas na dimensão:

III - Identificação da criança (até 24 meses)

Nesta etapa, foram avaliados os itens de verificação III.16.1; III.17.11 e III.19.01 buscando identificar a associação existente entre a realização o número de consultas conforme o preconizado para crianças até 24 meses e a ocorrência de problemas de saúde da criança. Para realizar essa análise foi utilizado a medida de associação *odds ratio* (OR). Esta medida em conjunto com o coeficiente de Yule, o risco relativo e o risco atribuível são as medidas de associação mais usadas em pesquisas etiológicas, sendo calculada da seguinte forma (RUMEL, 1986):

$$OR\ Prev = \frac{Ad}{BC}$$

As diferenças de acompanhamento e desenvolvimento da criança foram verificadas com o teste qui-quadrado, o nível de significância foi fixado em 5% ($p < 0,05$) para testes bicaudais. As análises foram realizadas utilizando o programa estatístico IBM SPSS v.21.0 (SPSS IBM Inc., Chicago, Estados Unidos).

Este teste foi aplicado para verificar a relação entre as consultas, considerando como padrão desejável o cronograma de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde e o perfil de adoecimento infantil. Para as análises foram utilizados os softwares *Epiinfo* e Excel 2010.

A análise da assistência à saúde da criança foi realizada por meio da avaliação comparativa entre os municípios, a partir dos dados obtidos. Para a análise comparativa, foram definidas as seguintes categorias: Atenção à Saúde da Criança desde o Nascimento até os dois anos de vida; Crescimento e Desenvolvimento da criança; e Problemas de Saúde da Criança. A comparação dos indicadores de Saúde da Criança entre as regiões de Maracanaú e Baturité foi realizada por meio do teste de Qui-quadrado.

O MS desenvolveu, e continua aprimorando, um modelo de acompanhamento para os resultados pactuados no Planejamento Estratégico (PE), o qual compreende uma sistemática de monitoramento e um sistema de acompanhamento de resultados (BRASI, 2015a).

O planejamento estratégico trata-se de um enfoque que, a partir dos problemas e da análise situacional, é capaz de proporcionar uma apreensão totalizante e situada das questões e de suas possíveis soluções. Esta ferramenta de análise situacional, vem sendo consolidado pelo Ministério da Saúde ao longo dos anos, visando a obtenção da garantia e a ampliação do acesso com qualidade aos serviços de saúde (BRASI, 2015a).

Finalmente, os resultados da análise foram apresentados no formato da Matriz SWOT “FOFA” (Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças). Este método de análise, é muito utilizado no planejamento estratégico e por apresentar uma metodologia bastante versátil e fácil de ser aplicada, favorece a construção de um diagnóstico situacional, para embasar a tomada de decisões.

Assim visando o planejamento de meios para solucionar os problemas na atenção à saúde da criança no âmbito da Atenção Primária mercado, traçando novas metas e utilizando suas forças como vantagem para promover ações mais efetivas, segue a descrição de como construir corretamente um diagnóstico elencando os fatores da SWOT.

5.6 Matriz Strengths Weaknesses Oportunities Threats (SWOT)

A Matriz SWOT criada por Kenneth Andrews e Roland Cristensen, professores da Harvard Business School, consiste em uma ferramenta usada para a realização da análise de ambientes institucionais e serve de base para o planejamento estratégico e de gestão, sendo útil para verificar a situação e a posição estratégica no ambiente em que atua (SILVA *et al.*, 2017)

A análise SWOT estuda a competitividade de uma organização segundo quatro variáveis: Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças). Através destas quatro variáveis, pode-se fazer a identificação das forças e fraquezas, assim como as oportunidades e ameaças do meio em que a instituição atua (SILVA *et al.*, 2017).

Trata-se de relacionar as oportunidades e ameaças presentes no ambiente externo com as forças e fraquezas mapeadas no ambiente interno da organização. As quatro zonas servem como indicadores da situação da organização.

Segundo Chiavenato e Sapiro (2003), sua função é cruzar as oportunidades e as ameaças externas à organização com seus pontos fortes e fracos. Quando os pontos fortes de uma organização estão alinhados com os fatores críticos de sucesso para satisfazer as oportunidades de mercado, a instituição será por certo, competitiva no longo prazo.

5.6.1 Análise do Ambiente Interno

A análise do ambiente interno é importante, pois é por meio dessa análise que a instituição consegue verificar quais são suas forças e fraquezas, assim podendo obter vantagem competitiva utilizando e potencializando suas forças, elaborando estratégias para minimizar ou até mesmo eliminar suas fraquezas.

Forças - As forças ou pontos fortes são fatores internos positivos que a instituição tem total controle, e devem ser explorados ao máximo para que a instituição diminua suas fraquezas. Assim, os pontos fortes são variáveis internas e controláveis que propiciam condições favoráveis para a organização em relação ao seu ambiente e podem influenciar positivamente o desempenho da instituição, devendo ser amplamente explorados pela instituição (SILVA *et al.*, 2017).

Fraquezas - A instituição deve evitar a troca de diretoria constante, para que os processos e projetos da empresa não sofram com a mudança de perfil de gestão. A definição de funções

precisa ser elaborada e seguida à risca, para que nenhum funcionário seja sobrecarregado e outros deixem de executar tarefas necessárias, desta forma propiciando maior produtividade e rendimento de todos os departamentos, e assim elaborar um plano de carreira de acordo com as competências de cada colaborador (SILVA *et al.*, 2017).

Figura. 3 Matriz SWOT



Fonte: Adaptado SILVA, 2009.

Assim, esta metodologia torna-se uma ferramenta ideal no processo de gestão e monitoramento de uma determinada localidade.

5.6.2 Análise do Ambiente Externo

Para a análise do ambiente externo deve-se avaliar por exemplo, a mudança de hábitos do usuário (CHIAVENATO e SAPIRO, 2003). O ambiente externo envolve uma análise das forças macro ambientais (demográficas, econômicas, tecnológicas, políticas, legais, sociais e culturais) e dos fatores micro ambientais (consumidores, concorrentes, canais de distribuição, fornecedores).

Assim, a análise do ambiente externo procura identificar as oportunidades e ameaças existentes fora da instituição, independente das forças e fraquezas. Para Daychouw (2010) o ambiente externo pode representar oportunidades ou ameaças ao desenvolvimento do plano estratégico de qualquer organização. A instituição deve estar atenta ao ambiente externo, pois ele influi diretamente nos fatores internos da organização.

O ambiente Externo é de extrema importância porque através desta análise o gerente pode identificar oportunidades e ameaças e poderá desenvolver estratégias para tirar proveito das oportunidades e minimizar ou superar as ameaças da empresa (DANTAS; MELO, 2008).

Oportunidades - As oportunidades são chances para atender seus clientes, suprindo uma ou mais necessidades não satisfeitas, no entanto, é necessária a verificação das condições e viabilidade da organização para utilizar tais oportunidades como estratégia competitiva. As oportunidades refletem a realidade externa da instituição e devem ser observadas, pois elas influem tanto no ambiente externo quanto interno da organização (SILVA *et al.*, 2017).

Ameaças - As ameaças são situações ou fenômenos externos, atuais ou potenciais, que podem prejudicar a execução de objetivos estratégicos. Assim, são considerados aspectos mais negativos do produto/serviço em relação ao mercado onde está ou irá se inserir. São fatores que não podem ser controlados e são relevantes para o planejamento estratégico.

A instituição deve estar sempre informada em relação à política, e as relações exteriores. A tomada de decisão deve ser feita sempre com base em uma boa pesquisa, é através do resultado da pesquisa, deve-se verificar se a atual localização das unidades está de acordo com o perfil de seus usuários.

O ambiente externo está totalmente fora do controle da organização. Mas, apesar de não poder controlá-lo, a instituição deve conhecê-lo e monitorá-lo, de forma a aproveitar as oportunidades e evitar as ameaças. Por conveniência, costuma-se esquematizar esses componentes através do diagrama a seguir:

Figura. 4 Ambiente Externo

		Ambiente interno	
		Predominância de	
		Pontos fracos	Pontos fortes
Ambiente externo	Predominância de Ameaças	Sobrevivência	Manutenção
	Oportunidades	Crescimento	Desenvolvimento

Fonte: (DANTAS; MELO, 2008).

Esse instrumento é muito utilizado no campo do planejamento e gestão, facilita a sistematização e a visualização dos pontos fortes (Fortalezas e Oportunidades) e das fragilidades (Fraquezas e Ameaças) de um coletivo social, permitindo a avaliação de sua estrutura, desempenhos e/ou contextos, uma vez que distingue o que é próprio (Fortalezas e Fraquezas), sobre o qual se tem governabilidade, do que é externo (Oportunidades e Ameaças), cujas características e particularidades precisam ser reconhecidas.

Em outras palavras, os pontos fortes do grupo em estudo distinguem-se em Fortalezas próprias e Oportunidades externas, e as fragilidades, em Fraquezas próprias e Ameaças externas.

A aplicação da Matriz FOFA em estudos cuja temática pertence à interface entre a saúde e o ambiente foi contemplada na metodologia do projeto *Global Environmental Outlook Health (GEO Health)* (GOMIDE *et al.*, 2015).

No contexto da Atenção Básica, a utilização da análise SWOT possibilita a identificação de elementos positivos no que se refere à execução das ações de assistência à saúde da criança preconizadas pela Política Nacional da Atenção Básica.

5.7 Aspectos Éticos

Este estudo consiste na representação de uma região do Estado do Ceará, adquirido mediante solicitação oficial da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) ao Ministério da Saúde (MS/DAB).

Por se tratar de estudo com dados secundários, este estudo não precisou ser submetido à apreciação de um Comitê de Ética para análise dos dados específicos de uma região (recorte), já que o estudo maior obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS com o parecer nº 21904.

Apesar do relatado, ainda nos detemos a respeitar demais aspectos das normas éticas da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

6 RESULTADOS

Esse estudo de investigação das ações de saúde da criança no âmbito da APS revelou informações referentes ao perfil dos profissionais em saúde e suas ações. Tais informações possibilitam uma análise dos serviços executados a partir de informações fornecidas por profissionais e usuários.

No tocante à distribuição de participantes da avaliação do PMAQ nos municípios avaliados, a Tabela 2 apresenta a frequência absoluta e relativa de equipes de EqSF (módulo II) e de usuários (módulo III) avaliados, de acordo com o município e as regiões de saúde de Maracanaú e Baturité. Nos oito municípios da região de saúde de Maracanaú, foram avaliadas 128 EqSF (módulo II) e 509 usuários (módulo III).

As amostras foram obtidas, principalmente, dos municípios de Maracanaú e Maranguape, com 39,8% e 18,8% do total de EqSF, e 40,1% e 18,5% dos usuários entrevistados, respectivamente. Nos oito municípios da região de saúde de Baturité, foram avaliadas 48 EqSF (módulo II) e 197 usuários (módulo III). Destacam-se os municípios de Aracoiaba e Baturité, com maiores porcentagens de EqSF (20,8% e 18,8%, respectivamente) e usuários (20,8% e 17,8%, respectivamente).

Tabela 2. Distribuição da amostra de acordo com o município e as Regiões de Saúde. PMAQ-AB, Ceará, 2014.

Município	3ª Região de Saúde Maracanaú		Município	4ª Região de Saúde Baturité	
	Nº de Equipes Avaliadas (n%)	Nº de usuários avaliados (n%)		Nº de Equipes Avaliadas (n%)	Nº de usuários avaliados (n%)
Acarape	5 (3,9)	20 (3,9)	Aracoiaba	10 (20,8)	41 (20,8)
Barreira	8 (6,3)	32 (6,3)	Aratuba	6 (12,5)	26 (13,2)
Guaiuba	9 (7,1)	36 (7,1)	Baturité	9 (18,8)	35 (17,8)
Maracanaú	51 (39,8)	204 (40,1)	Capistrano	6 (12,5)	25 (12,7)
Maranguape	24 (18,8)	94 (18,5)	Guaramiranga	3 (6,3)	12 (6,1)
Pacatuba	17 (13,3)	67 (13,2)	Itapiúna	5 (10,4)	22 (11,2)
Palmácia	3 (2,3)	12 (2,4)	Mulungu	4 (8,3)	16 (8,1)
Redenção	11 (8,6)	44 (8,6)	Pacoti	5 (10,4)	20 (10,2)
TOTAL	128 (100,0)	509 (100,0)	TOTAL	48 (100,0)	197 (100,0)

A Tabela 4 apresenta as características da amostra de profissionais das EqSF avaliadas de acordo com as regiões de saúde de Maracanaú e Baturité. A maioria dos profissionais incluídas na amostra foi de enfermeiros (100% na região de Maracanaú e 97,9% na de Baturité) e eram de EqSF com saúde bucal (82,0% na região de Maracanaú e 93,8% na de Baturité). Em ambas as regiões de estudo, todas as EqSF (100%) avaliadas eram de municípios com uma cobertura populacional da EqSF de 70% a 100%.

Tabela 3. Características de Equipes de Saúde da Família avaliadas, de acordo com a Região de Saúde. PMAQ-AB, Ceará, 2014.

Variável do contexto	Regiões de Saúde, n (%)	
	Maracanaú	Baturité
Profissão do Entrevistado		
Enfermeiro	128 (100,0)	47 (97,9)
Outro profissional	0 (0,0)	1 (2,1)
Tipo de EqSF		
EqSF com Saúde Bucal	105 (82,0)	45 (93,8)
EqSF	23 (18,0)	3 (6,3)
Proporção de cobertura populacional estimada pela EqSF		
0-50%	0 (0,0)	0 (0,0)
50-70%	0 (0,0)	0 (0,0)
70-100%	128 (100,0)	48 (100,0)
Estrato do PMAQ		
1	0 (0,0)	3 (6,3)
2	16 (12,5)	26 (54,2)
3	20 (15,6)	19 (36,9)
4	17 (13,3)	0 (0,0)
5	75 (58,6)	0 (0,0)
Porte Populacional		
Pequeno Porte 1*	16 (12,5)	29 (60,4)
Pequeno Porte 2**	20 (15,6)	19 (39,6)
Médio Porte***	17 (13,3)	0 (0,0)
Grande Porte****:	75 (58,6)	0 (0,0)

* População menor ou igual a 20 mil habitantes; ** População entre 20-50 mil habitantes; *** População entre 50-100 mil habitantes; ****população maior ou igual a 100 mil habitantes.

A Tabela 4 apresenta a descrição das ações de acompanhamento e procedimentos realizados pelas EqSF na atenção à saúde da criança na amostra total e por região de saúde.

Considerando a amostra total para as ações de acompanhamento das crianças no território, os registros da vacinação em dia da criança (100,0%), do crescimento e desenvolvimento (98,9%), do estado nutricional (98,3%) e do teste do pezinho (96,0%) foram os mais reportados pelos profissionais entrevistados. Houve diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as regiões de Maracanaú e Baturité na proporção de profissionais

que reportaram os registros de violência familiar (73,4% vs. 50,0%), de acidentes (77,3% vs. 37,5%) e outros registros (34,4% vs. 14,6%), com maiores proporções de ações realizadas pelas EqSF da região de Maracanaú. Nas demais variáveis, não houve diferenças entre as regiões de saúde ($p>0,05$).

Quando analisados os procedimentos adotados pela EqSF na atenção à saúde da criança, observou-se que as principais ações reportadas foram: i) avaliação e monitoramento dos índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável (99,4%), realização de consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (98,9%), possui registro no espelho das cadernetas de saúde da criança (98,3%). Os demais procedimentos também tiveram porcentagens superiores a 90%, com a exceção do item sobre conhecer a “Norma Brasileira de Comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras”, com 71,6%.

Na comparação entre as regiões de saúde, diferenças estatisticamente significativas foram observadas somente para a utilização da caderneta de saúde da criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, com maiores proporções de desse procedimento pelos profissionais das EqSF da região de Maracanaú em comparação aos de Baturité (99,2% vs. 93,8%, respectivamente; $p=0,030$).

Tabela 4. Descrição das ações e procedimentos realizados pelas Equipes de Saúde da Família na atenção à saúde da criança de acordo com a Região de Saúde. PMAQ-AB, Ceará, 2014.

Ações e procedimentos da EqSF sobre Saúde da Criança	n (%)			Valor de p
	Total	Região Maracanaú	Região Baturité	
No acompanhamento das crianças do território, há registros sobre:				
Vacinação em dia da criança	176 (100,0)	128 (100,0)	48 (100,0)	1,000
Crescimento e desenvolvimento	174 (98,9)	127 (99,2)	47 (97,9)	0,468
Estado nutricional	173 (98,3)	127 (99,2)	46 (95,8)	0,122
Teste do pezinho	169 (96,0)	125 (97,7)	44 (91,7)	0,070
Violência familiar	118 (67,0)	94 (73,4)	24 (50,0)	0,003
Acidentes	117 (66,5)	99 (77,3)	18 (37,5)	0,001
Outro(s)	51 (29,0)	44 (34,4)	7 (14,6)	0,010
Procedimentos adotados pela EqSF na Atenção à Saúde da Criança				

Realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos	174 (98,9)	127 (99,2)	47 (97,9)	0,468
Utiliza a caderneta de saúde da criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	172 (97,7)	127 (99,2)	45 (93,8)	0,030
Possui espelho das cadernetas de saúde da criança	173 (98,3)	127 (99,2)	46 (95,8)	0,122
Realiza de ações de Vigilância Alimentar e Nutricional	163 (92,6)	118 (92,2)	45 (93,8)	0,724
Avalia e monitora índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável	175 (99,4)	128 (100,0)	47 (97,9)	0,101
Conhece a “Norma Brasileira de Comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras”	126 (71,6)	94 (73,4)	32 (66,7)	0,375

EqSF: Equipe de saúde da família;

A Tabela 5 apresenta a quantidade usuários entrevistados das unidades básicas de saúde de acordo com características do contexto (cobertura populacional da EqSF, estrato do PMAQ e porte populacional) das regiões de saúde. Todos os usuários das unidades básicas de saúde com EqSF que tinham uma proporção de cobertura populacional de 70% a 100%.

Analisando a distribuição quanto ao porte populacional, observou-se que grande parte da amostra da região Maracanaú era de municípios de grande porte (100 mil ou mais habitantes), com 298 (58,5%) usuários. Na região de Baturité, 121 usuários (61,4%) eram de municípios de pequeno porte 1 (até 20 mil habitantes).

Tabela 5. Características do contexto dos usuários das Unidades Básicas de Saúde entrevistados, de acordo com a Região de Saúde. PMAQ-AB, Ceará, 2014.

Variável	n (%)		
	Total	Região Maracanaú	Região Baturité
TOTAL	706 (100,0)	509 (100,0)	197 (100,0)
Proporção de cobertura populacional estimada pela EqSF			
0-50%	-	-	-
50-70%	-	-	-
70-100%	706 (100,0)	509 (100,0)	197 (100,0)
Estrato do PMAQ			
1	12 (1,7)	0 (0,0)	12 (6,1)
2	173 (24,5)	64 (12,6)	109 (55,3)
3	156 (22,1)	80 (15,7)	76 (38,6)
4	67 (9,5)	67 (13,2)	0 (0,0)
5	298 (42,2)	298 (58,5)	0 (0,0)

Porte Populacional

Pequeno Porte 1*	185 (26,2)	64 (12,6)	121 (61,4)
Pequeno Porte 2**	156 (22,1)	80 (15,7)	76 (38,6)
Médio Porte***	67 (9,5)	67 (13,2)	0 (0,0)
Grande Porte****	298 (42,2)	298 (58,5)	0 (0,0)

EqSF: Equipe de saúde da família; PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade;

* População menor ou igual a 20 mil habitantes; ** População entre 20-50 mil habitantes; *** População entre 50-100 mil habitantes; ****população maior ou igual a 100 mil habitantes.

A Tabela 6 apresenta a frequência absoluta e relativa dos usuários que reportaram as informações sobre acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, considerando a amostra total e por região de saúde. De modo geral, os dados dos indicadores de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança foram semelhantes entre as regiões de Maracanaú e Baturité ($p \geq 0,05$).

Considerando a amostra total, observou-se que 61,6% dos usuários informaram a ter realizado consultas até sete dias de vida da criança. Os usuários também informaram que 100,0% das crianças já tomaram alguma vacina e que 94,6% das mães já receberam a caderneta de saúde da criança. Grande parte dos usuários entrevistados referiu que, na consulta da 1ª semana, a criança foi pesada (95,6%), medida (95,6%), colocada para mamar (88,9%), teve o umbigo examinado (95,6%). A realização do teste do pezinho foi confirmada por 95,9% dos usuários e 84,5% deles afirmaram ter realizado o teste até os sete dias de vida da criança. A explicação do desenvolvimento da criança de acordo com a idade durante a consulta foi reportada por 84,9% dos usuários entrevistados. Por fim, destaca-se que o acompanhamento da criança referente a ter certidão de nascimento (71,1%) e conversar sobre a melhor posição para a criança dormir (56,2%) foram os procedimentos menos reportados pelos usuários avaliados.

Quando analisadas as informações sobre as consultas, 3,4% dos usuários informam não ter realizado nenhuma consulta; 11,9%, 6,8%, 15,3%, 10,2% e 3,4% afirmaram ter realizado duas, três, quatro e cinco consultas, respectivamente. A proporção de usuários que afirmaram ter realizado seis, sete e oito ou mais consultas foi de 8,5%, 1,7% e 39,1%, respectivamente. A maior parte dos entrevistados (85,0%) respondeu que a criança foi atendida sempre pelos mesmos profissionais da EqSF, e 47,8% dos usuários reportaram que a criança saía da consulta com a próxima visita marcada. Nestas variáveis, também não houve diferenças estatisticamente significativas entre as regiões de Maracanaú e Baturité ($p > 0,05$).

Tabela 6: Descrição dos procedimentos de acompanhamento na Atenção à Saúde da criança, reportados pelos usuários. PMAQ-AB, Ceará, 2014.

Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança	n (%)*			Valor de p
	Total	Região		
		Maracanaú	Baturité	
Realização de consultas até sete dias de vida	45 (61,6)	29 (56,9)	16 (72,7)	0,201
Na consulta da 1ª semana, a criança foi pesada	43 (95,6)	28 (96,6)	15 (93,8)	0,662
Na consulta da 1ª semana, a criança foi medida	43 (95,6)	27 (93,1)	16 (100,0)	0,283
Na consulta da 1ª semana, a criança foi colocada para mamar	40 (88,9)	25 (86,2)	15 (93,8)	0,441
Na consulta da 1ª semana, a criança teve o umbigo examinado	43 (95,6)	27 (93,1)	16 (100,0)	0,283
Na consulta da 1ª semana, foi perguntado se a criança tinha certidão de nascimento	32 (71,1)	23 (79,3)	9 (56,3)	0,102
Foi conversado sobre a melhor posição para a criança dormir	41 (56,2)	30 (58,8)	11 (50,0)	0,486
Foi realizado teste do pezinho na criança	71 (95,9)	49 (94,2)	22 (100,0)	0,250
O teste do pezinho foi realizado até os sete dias de vida	60 (84,5)	42 (85,7)	18 (81,8)	0,675
A mãe recebeu a caderneta de saúde da criança	70 (94,6)	49 (94,2)	21 (95,5)	0,831
A criança fez alguma vacina	74 (100,0)	52 (100,0)	22 (100,0)	
Foi explicado na consulta sobre o desenvolvimento da criança de acordo com a idade?	62 (84,9)	43 (84,3)	19 (86,4)	0,822
Numero de consultas realizadas com a criança				0,114
0	2 (3,4)	0 (0,0)	2 (13,3)	
1	7 (11,9)	5 (11,4)	2 (13,3)	
2	4 (6,8)	3 (6,8)	1 (6,7)	
3	9 (15,3)	8 (18,2)	1 (6,7)	
4	6 (10,2)	6 (13,6)	0 (0,0)	
5	2 (3,4)	1 (2,3)	1 (6,7)	
6	5 (8,5)	3 (6,8)	2 (13,3)	
7	1 (1,7)	1 (2,3)	0 (0,0)	
8 ou mais	23 (39,1)	17 (39,1)	6 (10,2)	
Consulta da criança pelos mesmos profissionais da EqSF	17 (85,0)	9 (100,0)	8 (72,7)	0,089
Após a consulta de acompanhamento, a criança saía com a próxima marcada.	11 (47,8)	4 (36,4)	7 (58,3)	0,543

PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade;

* O número de usuários respondentes variou de acordo com as taxas de resposta observadas em cada questão, devido à ausência de resposta dos usuários para os itens avaliados.

A Tabela 7 apresenta a descrição dos dois indicadores de amamentação/alimentação da criança informado pelos usuários da amostra total e por região de saúde. Destaca-se que não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$) entre as regiões de Maracanaú e Baturité para esses indicadores.

Na amostra total, observou-se que a maioria (83,9%) dos usuários afirmaram que a criança já tinha parado de mamar. Uma baixa proporção de usuários (6,5%) reportou que as crianças ainda mamavam (6,5%) ou nunca mamou (9,7%). Boa parte das entrevistadas também relatou que receberam orientações sobre a alimentação da criança até os dois anos de idade (78,1%).

Tabela 7: Descrição dos indicadores de amamentação/alimentação da criança, reportados pelos usuários. PMAQ-AB, Ceará, 2014.

Amamentação/alimentação da criança	n (%)*			Valor de p
	TOTAL	Região Maracanaú	Região Baturité	
Amamentação da criança				
Mamou no peito	26 (83,9)	19 (82,6)	7 (87,5)	0,433
Ainda mama no peito	2 (6,5)	1 (4,3)	1 (12,5)	
Nunca mamou no peito	3 (9,7)	3 (13,0)	0 (0,0)	
A mãe recebeu orientação sobre alimentação da criança até 2 anos	57 (78,1)	39 (76,5)	18 (81,8)	0,612

PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade;

* O número de usuários respondentes variou de acordo com as taxas de resposta observadas em cada questão, devido à ausência de resposta dos usuários para alguns itens avaliados.

A Tabela 8 apresenta os quatro indicadores relacionados aos problemas de saúde da criança, reportados pelos usuários na amostra total e por região de saúde. Ressalta-se que, para todos os indicadores dessa dimensão, foi observado que não houve diferença estatisticamente significativa entre os usuários das regiões de Maracanaú e Baturité ($p \geq 0,05$).

Considerando a amostra total, observou-se que 30,1% dos usuários reportaram que a criança teve algum problema ou urgência que precisou de atendimento. Ainda, 45% dos usuários procuraram a unidade de saúde na qual eles estavam cadastrados; os outros locais de atendimento procurados pelos usuários foram hospitais públicos (45,5%), outra unidade de saúde (4,5%) e pronto-atendimento 24 horas (4,5%).

Ao analisar os motivos que justificaram a não procura da unidade de saúde onde o usuário estava cadastrado para o atendimento da criança, os mais reportados pelos usuários foram porque não atende à urgência (28,6%) ou outros motivos (52,4%). Por fim, grande parte dos usuários que alegaram a procura pela unidade de saúde alegou que sempre conseguiu atendimento sem consulta marcada (71,4%).

Tabela 8: Descrição dos indicadores de problema de saúde da criança, reportados pelos usuários. PMAQ-AB, Ceará, 2014.

Problemas de saúde da criança	n (%)*			Valor de p
	TOTAL	Região Maracanaú	Região Baturité	
A criança teve algum problema ou urgência que precisou de atendimento (sim)	22 (30,1)	15 (29,4)	7 (31,8)	0,837
Local de atendimento da criança				0,313
Nesta unidade de saúde	10 (45,5)	6 (40,0)	4 (57,1)	
Em outra unidade de saúde	1 (4,5)	1 (6,7)	0 (0,0)	
Hospital público	10 (45,5)	8 (53,3)	2 (28,6)	
Pronto-atendimento 24 horas	1 (4,5)	0 (0,0)	1 (14,3)	
Motivo para a não procura da unidade de saúde da EqSF para o atendimento da criança				0,146
Porque precisa chegar cedo	1 (4,8)	1 (5,9)	0 (0,0)	
Porque não atende à urgência	6 (28,6)	5 (29,4)	1 (25,0)	
Porque a unidade estava fechada no momento da urgência	3 (14,3)	1 (5,9)	1 (50,0)	
Outro(s)	11 (52,4)	10 (58,8)	1 (25,0)	
Conseguiu atendimento nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada?				0,147
Sempre	5 (71,4)	2 (50,0)	3 (100,0)	
Na maioria das vezes	2 (28,6)	2 (50,0)	0 (0,0)	

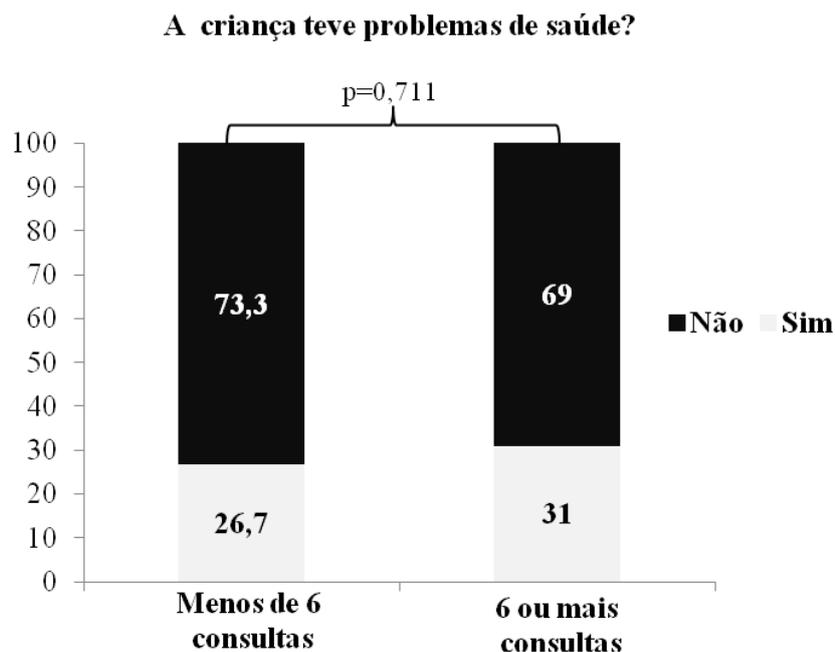
PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade;

* O número de usuários respondentes variou de acordo com as taxas de resposta observadas em cada questão, devido à ausência de resposta dos usuários para os itens avaliados.

O Gráfico 1 apresenta a associação entre a quantidade de consultas de pré-natal recomendadas pelo Ministério da Saúde e a ocorrência de problemas de saúde na criança, reportadas pelos usuários entrevistados. A ocorrência de problemas de saúde nas crianças foi

estatisticamente semelhante entre as que realizaram menos de seis visitas de pré-natal e que realizar seis ou mais visitas (26,7% vs. 31,0%; $p=0,711$).

Gráfico 1. Associação entre a quantidade de consultas de pré-natal e a ocorrência de problemas de saúde na criança. PMAQ-AB, Ceará, 2014.



A tabela 9 apresenta a distribuição na Matriz Swot de itens identificados a partir dos dados revelados.

Tabela 9: Matriz Strengths Weaknesses Oportunities Threats (SWOT).

FORÇAS INTERNAS POTENCIAIS	FRAQUEZAS INTERNAS POTENCIAIS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cobertura vacinal ✓ Consulta de Puericultura 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivo ao Aleitamento Materno e orientações quanto a alimentação complementar; ✓ Não utilização da caderneta de Saúde da Criança em 100% com casos ✓ Notificação insuficiente
OPORTUNIDADES EXTERNAS POTENCIAIS	AMEAÇAS EXTERNAS POTENCIAIS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Articulação com demais pontos de atenção à saúde para o atendimento a criança em casos de urgência 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pontos de atenção à saúde desarticulados

7 DISCUSSÃO

O presente estudo possibilitou a avaliação das ações desenvolvidas com enfoque na assistência à saúde da criança.

No tocante a caracterização das equipes participantes do PMAQ, a maior parte foi composta por enfermeiros. Estudo realizado por Galavote *et al.* (2017) aponta uma posição de destaque do profissional enfermeiro na equipe da APS.

De acordo com o estudo, a atuação do enfermeiro se consolida na prática pela ampliação dos limites de atuação profissional e agrega atividades administrativas às práticas da assistência direta ao usuário. Logo, o resultado apresentado pelas equipes avaliadas, corrobora com evidências da literatura, como por exemplo o trabalho de Ney, Pierantoni e Lapão (2015), que atribuem ao enfermeiro o papel de líder, sendo o principal responsável pela gerência das ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família.

A literatura evidencia o esforço do profissional enfermeiro para o desempenho das ações relacionadas à assistência no âmbito da atenção primária, não se limitando apenas às atribuições restritas ao exercício da profissão, mas a identificação de elementos intrínsecos à prática do cuidado, sendo os principais responsáveis na maioria das vezes pela gerência do cuidado na própria instituição ou pelo seguimento do usuário na Rede de Atenção à Saúde.

Em 2006, a Organização Mundial da Saúde divulgou um relatório intitulado “Trabalhando juntos pela saúde”, no qual foram levantadas questões sobre avaliação dos trabalhadores no âmbito da gestão de desempenho dos serviços de saúde. Neste relatório, o desempenho da força de trabalho é destacado como elemento fundamental, pois repercute na prestação de serviços e, em última instância, na saúde da população. Assim, força de trabalho com bom desempenho é aquela com boa capacidade de respostas, eficiente e que atinge os melhores resultados na saúde em face dos recursos disponíveis e das circunstâncias encontradas (NEY; PIERANTONI; LAPÃO, 2015).

Portanto, a função de gerenciar as equipes quando destinada apenas a um profissional, como o enfermeiro conforme resultado apresentado, remete a uma reflexão acerca do trabalho destas equipes, visto que, em muitos casos, o trabalho em equipe multiprofissional ainda se mantém fragmentado, o que prejudica a assistência integral, além de contribuir para a desarticulação no que diz respeito à referência e contra-referência.

O trabalho em equipe multiprofissional possibilita a construção de um trabalho cooperativo a partir de múltiplas intervenções técnicas e interação e compartilhamento de saberes entre sujeitos com diferentes profissões, permitindo um 'fazer' de forma integrada e articulada (COSTA *et al.*, 2014). Para tanto, a avaliação do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária se faz elemento imprescindível, considerando que a assistência qualificada resulta do cuidado articulado entre os diferentes saberes. No que se refere a outra vertente relacionada ao processo avaliativo, referente às políticas de avaliação de recursos humanos, de avaliação de desempenho profissional e de contratualização de metas voltadas para a melhoria da qualidade, Ney, Pierantoni e Lapão, (2015) afirmam em seu estudo a existência de uma trajetória um tanto 'sombria', com poucos investimentos direcionados para a área e sem experiência ao longo dos últimos anos.

No que se refere ao PMAQ foram selecionados 47 indicadores, subdivididos em sete áreas estratégicas e classificados segundo a natureza de seu uso (MENDES JUNIOR; BANDEIRA; TAJRA, 2015):

- Indicadores de desempenho: vinculados ao processo de avaliação externa e que são utilizados para a classificação das equipes da Atenção Básica (AB);
- Indicadores de monitoramento: a serem acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por equipe.

É imprescindível ressaltar os itens de verificação do PMAQ no que se refere ao conhecimento do profissional acerca de normas e direitos da criança, dentre eles, pode-se citar o direito a alimentação saudável. No tocante a alimentação saudável, é imprescindível destacar a importância do aleitamento materno, visto que, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) há muito reconhecem que o leite materno exclusivo é o alimento ideal para o crescimento e o desenvolvimento infantis, especialmente nos primeiros seis meses de vida.

Foi verificado que 71,6% dos profissionais avaliados não tinham conhecimento sobre a Norma Brasileira de Comercialização de alimentos e produtos para lactentes e crianças. No que concerne ao conhecimento sobre a NBCAL estudos indicaram melhores resultados no apoio à amamentação provenientes do suporte e da orientação adequada. Portanto, para que a orientação alimentar seja realizada de forma adequada, é necessário que

os profissionais tenham conhecimento sobre as normas vigentes e sua prática seja baseada no que é preconizado nos estudos e protocolos de assistência à criança, sendo imprescindível que os profissionais estejam aptos a fornecer informações adequadas.

Outro item avaliado pelo PMAQ no que se refere aos direitos da criança, foi a verificação quanto ao registro de nascimento da criança. Neste item apenas 71,1% da amostra realiza essa verificação na primeira consulta.

A certidão de nascimento é uma das fontes usadas para a elaboração de estatísticas de dados vitais, que auxiliam na avaliação de saúde da população, no desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas, na elaboração de indicadores e na avaliação de programas e planejamento em saúde. A inexistência desse documento torna o indivíduo inexistente perante o Estado (NASCIMENTO *et al.*, 2015).

Logo, a verificação pelos profissionais das equipes de ESF da realização do registro de nascimento possibilita identificar e motivar os pais a registrarem o nascimento de seus bebês em cartórios de registro civil e obter, o mais precoce possível, a certidão de nascimento. Considerando a importância desse documento é imprescindível fortalecer as práticas de verificação quanto ao registro de nascimento na primeira semana de vida, pois este, é o primeiro direito de um indivíduo.

Contudo, a partir da análise das estruturas de relevância referentes à assistência à saúde da criança foram reveladas evidências discutidas pelas seguintes categorias temáticas:

Atenção à Saúde da Criança Desde o Nascimento Até os Dois Anos de Vida

No contexto da Atenção Primária existem diversas ações inseridas no processo de cuidado prestado a população em diferentes momentos da vida que carecem de avaliação contínua. Quanto a assistência à criança, pode-se afirmar que o cuidado a saúde da criança se inicia desde o período gestacional.

Entre os estudos brasileiros sobre avaliação da qualidade da atenção pré-natal, poucos abordaram a dimensão estrutura e outras questões importantes como formação e capacitação dos recursos humanos e disponibilidade de imunobiológicos (JANSSEN; FONSECA; ALEXANDRE, 2016).

Tais estudos revelam a necessidade de avaliação pré-natal visando a obtenção de uma assistência qualificada ao binômio mãe-bebê em todos os momentos. Estas evidências tornam ainda mais consistentes os resultados encontrados, tendo em vista que, foi verificado a ocorrência de mais casos de problemas de saúde em crianças cujas mães realizaram maior número de consultas de pré-natal (Gráfico 1).

A princípio este resultado pode ser interpretado como controverso, tendo em vista que, estudos que abordam a morbimortalidade infantil, tais como, o de Sanders *et al.* (2017), apontam uma associação desproporcional entre o número de consultas pré-natal com o risco de crianças morrerem no primeiro ano de vida. Todavia, este resultado pode guardar relação com o fato de que as mães que realizaram maior número de consultas tiveram mais possibilidade de acesso a informação, o que implicou em melhor preparo para identificar de forma mais precoce fatores de risco para o adoecimento, resultando em maior busca por serviços de saúde.

Logo, a avaliação da Atenção Primária constitui uma ferramenta de mudança, tendo em vista que, possibilita a avaliação e o monitoramento contínuo das ações desenvolvidas, objetivando a obtenção do aprimoramento destas ações.

Quanto a assistência à saúde da criança, a consulta de enfermagem à criança tem como objetivo prestar assistência sistematizada de enfermagem, identificando problemas de saúde-doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação de sua saúde. Esta prática assistencial foi legalizada pela Lei nº 7.498/86 que regulamentou o Exercício da Enfermagem e estabeleceu essa atividade como privativa do enfermeiro (CAMPOS *et al.*, 2011).

Diversas evidências científicas fundamentam a relevância das consultas de Puericultura para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de forma integral, sendo considerada uma atividade inerente à Estratégia de Saúde da Família, e que além dos inegáveis benefícios para o acompanhamento infantil, possibilita ao profissional mais contato com o trinômio mãe-filho-família (COSTA *et al.*, 2015).

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida, sendo a primeira na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês, além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário.

Nesse contexto, é imprescindível destacar a visita domiciliar puerperal, recomendado na primeira semana após a alta do bebê, e nos primeiros três dias caso o recém-nascido (RN) tenha sido classificado como de risco, é uma das atividades inerentes à Estratégia de Saúde da Família, que possibilita ao profissional mais contato com o trinômio mãe-filho-família, o que o aproxima da realidade vivenciada e permite identificar as principais necessidades em saúde (CARVALHO *et al.*, 2018).

Quanto ao acompanhamento em Puericultura 98,9% da amostra realizou este acompanhamento até os dois anos da criança. Todavia, apesar da relevância das consultas de puericultura a amostra selecionada apresentou um total de 61,6% de visitas realizadas na primeira semana de vida do recém-nascido (RN).

Conforme estudo realizado por Reichert *et al.* (2016) a realização da visita domiciliar fora do período preconizado pelo MS associado a obtenção de informações limitadas, ou ausência de sistematização das ações a serem realizadas constitui-se uma importante fragilidade que pode comprometer a qualidade do cuidado à criança na Atenção Primária à Saúde (APS) e aumentar os riscos de morbimortalidade nesse período. Logo, considerando a importância da realização da visita domiciliar, é imprescindível ressaltar a necessidade de fortalecimento desta ação nas regiões avaliadas.

Outro aspecto de fundamental importância avaliado pelo PMAQ refere-se ao monitoramento dos índices de aleitamento materno e alimentação complementar. Considerando que cada contato entre a criança e o serviço de saúde, deve ser tratado como uma oportunidade para a análise integrada de sua saúde e para uma ação resolutiva de promoção da saúde com forte caráter resolutivo, nesta categoria, foi dado ênfase a avaliação das ações referentes ao acompanhamento do aleitamento materno.

Cunha, Leite e Almeida (2015) abordam em seu trabalho uma série sobre desnutrição materna e infantil publicada pela revista *The Lancet* em 2008. Nesta publicação foi identificado a necessidade de se focar no período que vai desde a concepção até o fim do segundo ano de vida da criança – os primeiros mil dias –, no qual a boa nutrição e o crescimento saudável teriam benefícios que se prolongariam por toda a vida (CUNHA; LEITE; ALMEIDA, 2015).

Os resultados evidenciam que a avaliação e monitoramento dos índices de aleitamento materno e alimentação complementar 99,4% do total de crianças que

compuseram a amostra. No entanto, apesar do elevado índice de monitoramento apenas 78,1% das mães receberam orientações quanto a alimentação da criança até os dois anos de vida e 83,9% da amostra afirmou que a criança mama.

Estes resultados evidenciam a necessidade de apropriação das informações do monitoramento para o desenvolvimento de intervenções que possam fortalecer a prática do aleitamento materno a partir da sensibilização e educação em saúde.

Diante das evidências acerca da nutrição e sua influência sobre o crescimento e desenvolvimento infantil um resultado que chama a atenção refere-se ao indicador referente a amamentação e alimentação complementar (Tabela 7). Considerando que, o Ministério da saúde preconiza a amamentação exclusiva durante os seis primeiros meses de vida, sendo complementada por outros alimentos após este período, os dados obtidos não permitem avaliar informações complementares referentes ao ato de amamentar, no que se refere, a duração da amamentação e a inclusão de outros alimentos além do leite materno.

Há de se considerar também que, as ações de alimentação e nutrição na APS são indispensáveis ao enfrentamento das demandas atuais de saúde (PEDRAZA; SANTOS, 2017). Portanto, é fundamental ressaltar que os itens de verificação referentes a amamentação necessitam conter informações complementares que possibilitem avaliar a qualidade da amamentação.

Crescimento e Desenvolvimento da Criança

A vigilância do desenvolvimento é um eixo integrador da atenção à saúde da criança. Na Atenção Básica, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança não se baseia apenas na anotação de dados das habilidades pertencentes a um determinado sistema, mas na complexa teia que envolve todo o desenvolvimento da criança, bem como a relação dela com seu ambiente (PIZOLATO *et al.*, 2016).

Assim, a avaliação do desenvolvimento e crescimento da criança deve ser realizada pelos profissionais da saúde da Atenção Básica de forma global e compartilhada.

Dentre as ações de maior relevância usadas pelo enfermeiro na consulta à criança avaliadas pelo PMAQ-AB, destaca-se a proteção e o incentivo ao aleitamento materno (AM), registro antropométrico, cuidados com o coto umbilical e o posicionamento durante o sono.

No tocante as ações desenvolvidas pelas equipes analisadas, foi evidenciado a não utilização da Caderneta de Saúde da Criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança em 100% da amostra analisada.

Considerando que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, tem início no pré-natal e continua após o nascimento através das consultas de puericultura, sendo imprescindível a utilização da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) para fins de acompanhamento integral da criança. Esse instrumento contém o histórico de saúde da criança e subsidia a implementação da integralidade do cuidado à criança, visto que fornece orientações sobre os sinais de perigo, crescimento e desenvolvimento, diarreia, desidratação, alimentação saudável, imunização, prevenção de acidentes, suplementações de ferro e vitamina (VIEIRA *et al.*, 2016).

Este instrumento, possibilita ainda, reunir informações sobre o parto, puerpério, e dados de identificação da criança e da sua família, sendo fundamental para a vigilância e promoção da saúde infantil, é essencial sua utilização adequada, o que inclui o registro correto e completo das informações, além do diálogo com a família sobre as anotações ali realizadas (COSTA *et al.*, 2014). Portanto, constitui um recurso de fácil interpretação e compreensão que permite, aos pais e profissionais de saúde, identificar precocemente problemas de saúde da criança (VIEIRA *et al.*, 2017), e sua não utilização nos atendimentos pode guardar relação com diversas causas, assim como, pode comprometer a avaliação realizada pelo profissional responsável pelo atendimento acerca das necessidades de cuidado da criança.

É imprescindível ressaltar a repercussão da alimentação sobre o crescimento infantil. A literatura trás evidências controversas quanto ao padrão de crescimento infantil.

Enquanto algumas pesquisas verificaram que os lactentes amamentados crescem mais rapidamente no começo da vida do que os lactentes alimentados com fórmulas, outros estudos evidenciaram que a velocidade de crescimento dos lactentes alimentados com fórmulas ultrapassa a dos lactentes amamentados em algum momento durante os primeiros meses de crescimento (SPYRIDES *et al.*, 2008).

Quanto ao registro de dados antropométricos na primeira semana foi evidenciado que da 95,6% da amostra total realizaram o registro do peso e medida da criança. Estudos apontam que estas medidas, quando realizadas repetidamente no mesmo indivíduo durante um

período de tempo, possibilitam a obtenção de uma análise do processo de crescimento com maior consistência.

Destacam-se ainda a necessidade de trabalho compartilhado pela equipe de ESF, considerando o papel desempenhado pelo profissional Enfermeiro, que por desempenhar ações de gerência está sujeito a ocorrência de fragilidades relacionadas à inter-relação entre os demais profissionais, foco exagerado em questões burocráticas e operacionais de atendimento à demanda, deficiências na qualificação da equipe e ausência de política trabalhista e de capacitação adequada. Estes fatores, sobretudo os referidos à capacitação profissional e ao trabalho em equipe, podem influenciar o desenvolvimento das ações de vigilância do crescimento infantil (PEDRAZA; SANTOS, 2017).

Problemas de Saúde da Criança

Quanto ao desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção da morbimortalidade infantil, é indiscutível o relevante papel de prevenção e promoção que as imunizações desempenham na Atenção Básica à Saúde.

De acordo com os dados revelados, as duas regiões de saúde apresentam 100% das vacinas em dia. Comparando com outras pesquisas realizadas previamente, verificou-se que os municípios avaliados obtiveram resultados satisfatórios no tocante as ações de imunização da população infantil, considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda pelo menos 95% de cobertura vacinal para manutenção da erradicação, eliminação ou controle de doenças imunopreveníveis (BRAZ *et al.*, 2016).

Conforme estudos, tais como o de Yokokura *et al.* (2013) evidenciam a importância da cobertura vacinal e sua influência sobre o declínio significativo das doenças imunopreveníveis, no entanto, a literatura evidencia a ocorrência de uma heterogeneidade acentuada na cobertura vacinal e um número considerável de crianças menores de um ano não vacinadas. Logo, a manutenção de 100% dos registros da vacinação em dia representa uma grande conquista no que se refere as ações de cuidado à população infantil, sendo imprescindível o trabalho das equipes de saúde da família para a identificação das crianças suscetíveis à não vacinação e o levantamento de informações sobre as barreiras que dificultam a vacinação.

Ao discutir as questões referentes às principais morbidades que acometem a população infantil é fundamental destacar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Tais condições correspondem a problemas de saúde em estreita relação com os cuidados primários, e podem resultar em hospitalizações evitáveis. Logo, a avaliação das ICSAP constitui uma ferramenta importante para verificar, de maneira indireta, a efetividade e a resolubilidade da assistência prestada.

Em 2008, o Ministério da Saúde brasileiro lançou a Lista Brasileira de ISCAP, incluindo às causas de ICSAP em crianças menores de cinco anos de idade e respectivos subcomponentes etários. Apesar do crescente número de estudos dedicados à temática das ICSAP em crianças, ainda são escassas as pesquisas sobre as causas específicas dessas internações nos períodos neonatal, pós-neonatal, entre crianças menores de um ano, de um a quatro anos e menores de cinco anos (COSTA; PINTO JUNIOR; SILVA, 2017).

De acordo com estudo realizado por Costa, Pinto Junior e Silva, (2017), foram registradas 388.973 ICSAP em menores de cinco anos de idade no Ceará de 2000 a 2012. Nas crianças de 28 dias a 11 meses, houve redução das taxas de internação por deficiências nutricionais (92,3%), gastroenterites infecciosas (78,0%), asma (68,2%) e pneumonias bacterianas (27,6%). Na contramão dessas reduções, esteve o aumento nas taxas de internação por infecções renais (170,0%) e doenças pulmonares (94,0%).

No que se refere a busca pelo serviço de saúde, dentre os usuários que necessitaram buscar atendimento para crianças mais da metade dos entrevistados, (55%) reportaram busca de atendimento em outros serviços de saúde, que não, a Atenção Primária. Estudos apontam que a busca por atendimentos em outros dispositivos de saúde pode estar associada a dificuldade de acesso no que se refere a indisponibilidade de serviços e/ou profissionais insuficientes (REIS, *et al*, 2013).

No Brasil, o tema Redes de Atenção à Saúde tem apresentado uma evolução crescente, sendo fundamental para a integralidade da atenção, eixo prioritário da investigação e avaliação dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde, estruturados como redes assistenciais interorganizacionais e articulados (MENDES, 2011).

Partindo do princípio de que a ESF se define por um conjunto de ações e serviços estruturadas com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde em

contato permanente com o território (FEITOSA *et al.*, 2016). Para que a ESF possa se concretizar como "porta de entrada" e ordenadora do cuidado é necessário que seus serviços sejam acessíveis e utilizados a cada nova necessidade ou problema de saúde. Ou seja, este é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato (REIS *et al.*, 2013).

Perante essa situação, considera-se que a satisfação do usuário é uma das formas de avaliar a qualidade dos serviços ofertados, uma vez que a partir da percepção do usuário é possível obter informações relacionadas ao atendimento recebido que, potencialmente, podem direcionar as ações de saúde futuras (MODES; GAIVA, 2013).

Convém discorrer ainda, que existem também situações de saúde que não geram internamento, todavia estão presentes no cotidiano da APS. Dentre estas, destaca-se a vigilância no que se refere a ocorrência de problemas de saúde da criança.

Logo, é imprescindível destacar as ações que necessitam ser intensificadas, dentre estas, podemos destacar as notificações em saúde, tais como, a notificação de violência familiar, sendo definido pela Organização Mundial como a utilização intencional de força física ou poder, por meio de ameaças ou de forma concreta, infligida a si mesma, a outra pessoa, grupo ou comunidade, provocando ou possibilitando o aparecimento de lesão, morte, dano psicológico, deficiência no desenvolvimento ou privações (COSTA *et al.*, 2015).

Ao considerar que a Unidade de Saúde da Família (USF) está inserida no mesmo território, os profissionais que atuam nesse serviço ocupam posição estratégica na prevenção, identificação de indivíduos e grupos de risco para maus-tratos e no desenvolvimento de intervenções adequadas à situação de violência (COSTA *et al.*, 2015).

Apesar da importância da notificação de violência e a relevância atribuída ao papel do profissional foram identificadas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as regiões de Maracanaú e Baturité na proporção de profissionais que reportaram os registros de violência familiar, de acidentes e outros registros. Estes resultados podem estar associados com o despreparo dos profissionais ao lidar com a violência, contribuindo para subnotificações e ocorrência de casos.

Diante do resultado obtido é imprescindível destacar a necessidade de fortalecer as ações que necessitam ser intensificadas, dentre estas as notificações em saúde.

No que se refere ao diagnóstico precoce de morbidades, cabe discorrer sobre a Triagem Neonatal ou "Teste do Pezinho". Este é um exame gratuito, realizado em qualquer unidade de saúde, que pode trazer muitos benefícios para a criança.

Desde a década de 60, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a importância dos programas populacionais de Triagem Neonatal. Dentre os exames de triagem, destacam-se o Teste do Pezinho, incorporado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1992 (Portaria GM/MS n.º 22, de 15 de janeiro de 1992), visando a ampliação da gama de patologias triadas, assim como, a busca da cobertura de 100% dos nascidos vivos e a definição de uma abordagem mais ampla (BRASIL, 2002).

Diante da relevância da realização do teste do pezinho é necessário ressaltar que dentre as 169 crianças avaliadas, distribuídas entre as duas regiões de saúde avaliadas, não foi possível realizar este exame de triagem em 100% dos casos.

Considerando que os dados avaliados representam apenas uma amostra do total de usuários acompanhados pelas Equipes de Estratégia Saúde da Família, é imprescindível destacar a necessidade desenvolver estratégias que possam favorecer o alcance de 100% de cobertura, visando à prevenção à redução da morbimortalidade provocada pelas patologias triadas.

A seguir, para aferir a qualidade da atenção à saúde ofertada foram identificadas as forças e potencialidades, assim como as ameaças e fraquezas no atendimento das demandas, conforme referencial adotado no presente estudo.

O uso da ferramenta SWOT permite uma análise sistemática por meio da identificação das forças (S) e fraquezas (W), bem como das oportunidades (O) e ameaças (T), que quando interconectadas fornecem uma base sólida na tomada de uma decisão (GONCALVES *et al.*, 2010).

Um dos produtos esperados da etapa Diagnóstico Estratégico, é a relação de fatores do ambiente interno que espelha como a organização se percebe, com as suas forças (*Strengths*) e suas fraquezas (*Weaknesses*), sendo indispensável o levantamento dos problemas existentes, bem como as questões que emperram o bom andamento da instituição (FERNANDES, 2012).

Nesse contexto, podemos destacar como Potencialidades a articulação entre os diferentes pontos de atenção à saúde. Contudo, o Ministério da Saúde, deve estabelecer articulação com os diferentes níveis de atenção à saúde que assistam à criança, proporcionando o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD), continuidade da assistência em saúde, garantia da referência e contrarreferência e a participação da família no cuidado.

No entanto, pode-se considerar a disponibilidade de outros pontos de atenção como um uma Força, tendo em vista que, a existência de outros serviços que garantam a assistência é imprescindível para o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, considerando que o sistema de atenção à saúde constitui uma resposta social às necessidades, demandas e preferências das sociedades.

Dentre as práticas desenvolvidas pelo enfermeiro pode-se afirmar que a consulta de puericultura constitui uma Força, sendo um momento no qual o profissional pode avaliar o cuidado de forma holística, não se limitando apenas ao preenchimento de documentos e cumprimento de protocolos. Na consulta de puericultura é possível compreender o contexto em que a criança está inserida e identificar as situações de risco passíveis de intervenção.

Considerando que as Equipes de Estratégia Saúde da Família estão inseridas no contexto das Redes de Atenção à Saúde é imprescindível que as equipes de ESF trabalhem de forma articulada dentro do próprio serviço assim como, com os diferentes pontos de atenção.

No que concerne as atividades desenvolvidas pelos profissionais, o monitoramento do Aleitamento materno, tendo em vista que, é um elemento que permite o diagnóstico acerca dessa prática no território de atuação, assim como, possibilita a obtenção de um *feedback* das ações e atuação da própria equipe junto as famílias acompanhadas. Logo, as ações de monitoramento desenvolvidas podem ser consideradas oportunidades, tendo em vista que podem subsidiar a elaboração e o direcionamento estratégico da organização.

Dentre as Fraquezas potenciais identificadas, podemos apontar a quantidade de equipes participantes da avaliação, tendo em vista que nos municípios de Maracanaú e Maranguape, o total de equipes de EqSF correspondeu à 39,8% e 18,8% e em Aracoiaba e Baturité, com porcentagens de EqSF 20,8% e 18,8%, respectivamente. Considerando que a avaliação externa é precedida pela adesão e contratualização de compromissos e indicadores,

é fundamental ressaltar a necessidade de ampliar a participação de mais equipes, visando a implementação de ações e o monitoramento das mesmas em todas as equipes de EqSF.

Faz-se necessária destacar a necessidade de melhorar elementos que favorecem o vínculo das famílias com os serviços de saúde. Neste quesito é de grande valia intensificar a realização da visita domiciliar na primeira semana de vida da criança, e fortalecer a prática do agendamento de retorno, pois estas ações carecem de intervenção, visando a garantia da assistência a criança.

Outro aspecto relevante se refere a necessidade de intensificar as ações de vigilância, tendo em vista que, este elemento é imprescindível para a identificação de situações de risco que possam resultar em prejuízo tardio que comprometam a qualidade de vida e saúde da criança.

É imprescindível ressaltar alguns fatores que podem ser considerados pontos de fraqueza e envolvem a escolha dos indicadores de análise. Ney, Pierantoni e Lapão (2015) em seu estudo afirmaram que os indicadores selecionados podem não privilegiar as necessidades locais de saúde da população e não englobar as competências técnicas dos profissionais, podendo não ser um representativo de melhoria de qualidade.

Outro aspecto referido pelos autores refere-se ao processo de seleção e adesão das equipes, podendo ocorrer um viés pelos gestores, que passam a privilegiar as equipes com melhores condições de bons resultados para recebimento de incentivos, em detrimento de outras, para certificação, não condizendo com uma realidade global.

Esta afirmativa também se aplica no presente trabalho, tendo em vista que as diferentes regiões avaliadas apresentam características distintas.

8 CONCLUSÃO

Este trabalho buscou apresentar a realidade da assistência à saúde da criança. Assim, na Atenção Básica, mediante avaliação dos dados obtidos permitiu concluir que, o PMAQ-AB contribui para a discussão e de reflexão sobre o planejamento em saúde com enfoque na assistência à saúde da criança, em nível local, a partir dos indicadores de monitoramento e desempenho.

A partir dos dados revelados, foi possível concluir que as ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família atendem às recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde no que se refere à saúde da criança, sendo fundamental ressaltar a necessidade do desenvolvimento de ações que possam ser implementadas visando o aprimoramento contínuo das atividades desenvolvidas.

Neste estudo, foi evidenciado a necessidade de fortalecer ações que fomentem o aleitamento materno. Tais ações podem compreender desde atividades desenvolvidas pelas equipes junto à comunidade quanto o compartilhamento por toda a equipe de informações quanto aos indicadores nutricionais. Foi evidenciado ainda, a necessidade de sensibilizar as equipes atuantes quanto a importância de monitoramento junto a população assistida dos direitos da criança no que se refere ao direito de registro civil, realização de exames de triagem e normatização quanto a comercialização de alimentos para lactentes e primeira infância.

É imprescindível ressaltar ainda, a necessidade de fortalecer as ações voltadas para a vigilância em saúde no que se refere a saúde da criança, tendo em vista, que o trabalho das equipes deve buscar atender as necessidades apresentadas pela população assistida.

Quanto às limitações do presente estudo, é necessário ressaltar a restrição metodológica imposta pelo uso de fontes secundárias, no que se refere a confiabilidade das informações, visto que, os dados foram obtidos sem o acompanhamento durante a realização das ações informadas. Considerando que o PMAQ foi desenvolvido para realizar avaliação da AB como um todo, é compreensível que não contemple todos os detalhes considerados importantes.

Outra limitação da presente pesquisa se deve à impossibilidade de avaliar a qualidade das ações voltadas para a assistência à saúde da criança. Apesar das limitações

apontadas para este trabalho, seus achados representam um sinal de alerta no sentido de acionar mecanismos de análise e busca por estratégias de avaliação da qualidade dos serviços prestados à população.

Na atualidade, não basta, apenas, disponibilizar o mínimo necessário para um serviço de saúde funcionar; são inúmeras as exigências que rodeiam os serviços, sejam essas exigências advindas dos gestores, dos profissionais, ou dos próprios usuários. Por meio de avaliações constantes e de forte apoio aos centros de saúde, é possível visualizar possibilidades de mudança e fazer com as metas, cada vez mais cobradas, possam ser atingidas.

Logo, é fundamental a avaliação da qualidade dos serviços prestados na área da saúde da criança. Todavia, fica a sugestão de trabalhos que desenvolvam índices de avaliação de estrutura das unidades de saúde, uma vez que esse índice ainda não existe.

Contudo, o incentivo financeiro advindo do PMAQ-AB além de ser um estímulo para a gestão local, também pode ser considerado um incentivo para a obtenção de um melhor desempenho pelas equipes, na medida em que o próprio PMAQ-AB estimula a adoção de lógicas de premiação e remuneração baseadas em resultados e desempenho.

É imprescindível também o acompanhamento e a apropriação por parte das equipes dos dados do território de abrangência, como ferramenta para melhoria da assistência, pelo monitoramento do território e da população, tendo em vista que, as equipes constituem atores indispensáveis para o desenvolvimento e implementação de mudanças que venham a qualificar a assistência prestada à criança, repercutindo em melhores resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFRICAN DEVELOPMENT BANK GROUP. Disponível em: <http://dataportal.opendataforafrica.org/>. Acessado em: 23/03/2018.

ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 182-194, out. 2014.

ARAUJO, M. F. M. et al. Avanços na norma brasileira de comercialização de alimentos para idade infantil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 513-520, jun. 2006.

BARBIANI R; DALLA NORA C.R.; SCHAEFER R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v.24. e2721. 2016.

BARRETO, J. O. M. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1497-1514, maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação-Geral de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil/MS - Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.654 de 19 de julho de 2011 - institui o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo (versão preliminar). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____a. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde: 2011-2015: resultados e perspectivas / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde/Ceará. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamennto de Ações Programáticas. Coordenação de Saúde das Mulheres. Apoio Institucional – Rede Cegonha, 2015. Disponível em: http://www.cosemsce.org.br/v2/wp-content/uploads/downloads/2015/01/Informa%C3%A7%C3%B5es-sobre-Rede-Cegonha-no-estado-do-CE_jan_2015.pdf . Acessado em: 27/11/2016.

BRAZ, R. M. et al. Classificação de risco de transmissão de doenças imunopreveníveis a partir de indicadores de coberturas vacinais nos municípios brasileiros. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 25, n. 4, p. 745-754, dez. 2016.

CAMPOS, R. M. C. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 566-574, jun. 2011.

CARVALHO, M. J. L. N. et al. PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR PUERPERAL: UMA ESTRATÉGIA PROTETORA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO. Rev. paul. pediatr., São Paulo, 2018.

CAVALCANTI, P. C. S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. Physis, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p. 1297-1316, dez. 2013.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde 2012-2013. 2014.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Disponível em: file:///C:/Users/User/Desktop/boletim_epidemiologico_dda_14_04_2016.pdf. Acessado em 25/01/2017.

CHIAVENATO, I.; SAPIRO, A. Planejamento Estratégico. 7 reimpr - Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

COSTA, G. D. et al. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeiras, Minas Gerais (MG, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3229-3240, jul. 2011.

COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, dez. 2014.

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

COSTA, J. S. D. et al. Características das crianças menores de cinco anos atendidas em serviços de atenção básica em dois municípios do nordeste brasileiro. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 15, n. 1, p. 33-46, mar. 2015.

COSTA, D. K. G. et al. Concepções e práticas dos profissionais de saúde acerca da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 79-95, 2015.

COSTA, L. Q.; PINTO JUNIOR, E. P.; SILVA, M. G. C. Tendência temporal das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em crianças menores de cinco anos de idade no Ceará, 2000 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 26, n. 1, p. 51-60, mar. 2017.

CRUZ, M. M. et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 124-139, out. 2014.

CUNHA, C. L. F. et al. O uso de serviços de atenção primária à saúde pela população infantil em um estado do nordeste brasileiro. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 115-120, jun. 2013.

CUNHA, A. J. L. A.; LEITE, Á. J. M.; ALMEIDA, I. S. Atuação do pediatra nos primeiros mil dias da criança: a busca pela nutrição e desenvolvimento saudáveis. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 91, n. 6, supl. 1, p. S44-S51, dez. 2015.

DANTAS, N. G. S.; MELO, R. S. M. O método de análise SWOT como ferramenta para promover o diagnóstico turístico de um local: o caso do município de Itabaiana / PB. *Caderno Virtual de Turismo*; ISSN: 1677-6976, Vol. 8, n° 1, 2008.

DAMASCENO, S. S. et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2961-2973, set. 2016.

FEITOSA, R. M. M. et al. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 821-829, set. 2016.

FERNADES, D. R. Uma Visão Sobre a Análise da Matriz SWOT como Ferramenta para Elaboração da Estratégia. *UNOPAR Cient., Ciênc. Juríd. Empres.*, Londrina, v. 13, n. 2, p. 57-68, Set. 2012.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - 2º Ciclo. Fiocruz-Ceará, 2014.

FONSECA, J. M.; GOMES, G. Z.; ESTEVES, P. A rede de políticas de saúde pública e a cooperação sul-sul: os casos de Moçambique e Angola. *Lua Nova*, São Paulo, 98: 199-230, 2016.

GALAVOTE, H. S. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.90-98, mar.2016. Acessos em 04 dez. 2017.

GAUTERIO, D. P.; IRALA, D. A.; CEZAR-VAZ, M. R. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, mai-jun; 65(3): 508-13, 2012.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GOMIDE, M. et al. Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças (Matriz FOFA) de uma Comunidade Ribeirinha Sul-Amazônica na perspectiva da Análise de Redes Sociais: aportes para a Atenção Básica à Saúde. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 222-230, set. 2015.

GONCALVES, L. R. G. et al. Aplicação da ferramenta SWOT para avaliação das técnicas de dano ao choque térmico em materiais refratários. *Cerâmica*, São Paulo, v. 56, n. 340, p. 320-324, Dec. 2010.

HUMBWAVALI, J. B. Situação nutricional e suas tendências em mulheres e crianças da África Subsaariana e fatores associados à desnutrição em uma população infantil de Luanda, Angola. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acessado em 2017.

KETSELA, T. et al. Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI). Cap. 05. Disponível em: <https://redededireitos.org/wp-content/uploads/2015/08/CRIANC%CC%A7A-Atenc%CC%A7ao-Integrada-a%CC%80s-Doenc%CC%A7as.pdf>. Acessado em: 30/07/2016.

LEITE, R. S. et al. Estratégia Saúde da Família versus centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 323-329, set. 2016.

LOSSO, L. N.; FREITAS, S. F. T. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe3, p. 171-187, set. 2017.

MACHADO, M. M. T. et al. Características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3125-3133, nov. 2012.

MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v.36, n. 2, p. 56-64, fev. 2014.

MEDEIROS, J. M. O. M. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da atenção primária à saúde do município de Mossoró-RN. / Jocasta Maria Oliveira Morais de Medeiros. – Mossoró, RN, 2014.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à saúde – origens e diferenças conceituais. Rev. APS, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MENDES JUNIOR, F. I. R.; BANDEIRA, M. A. M.; TAJRA, F. S. Percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 147-158, mar. 2015.

MENDONCA JUNIOR, W.; FARIA, C. A. P. A cooperação técnica do Brasil com a África: comparando os governos Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e Lula da Silva (2003-2010). Rev. bras. polít. int., Brasília, v. 58, n. 1, p. 5-22, jun. 2015.

MEDRADO, J. R. S.; CASANOVA, A. O.; OLIVEIRA, C. C. M. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1033-1043, dez. 2015.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MITANO, F.; VENTURA, C. A. A.; PALHA, P. F. Saúde e desenvolvimento na África Subsaariana: uma reflexão com enfoque em Moçambique. Physis, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 901-915, set. 2016.

MIYAMOTO, S. O Brasil e a comunidade dos países de língua portuguesa (CPLP). Rev. bras. polít. int., Brasília, v. 52, n. 2, p. 22-42, dez. 2009.

MODES, P. S. S. A.; GAIVA, M. A. M. Satisfação das usuárias quanto à atenção prestada à criança pela rede básica de saúde. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 455-465, ago. 2013.

MORAIS, A. M.; NEVES, I. P. Fazer investigação usando uma abordagem metodológica mista. *Rev. Port. de Educação*, Braga, v. 20, n. 2, p. 75-104, 2007.

MUNOZ, E. E. A COOPERAÇÃO SUL-SUL DO BRASIL COM A ÁFRICA. *Cad. CRH*, Salvador, v. 29, n. 76, p. 9-12, Apr. 2016.

NASCIMENTO, M. I. et al. Fatores associados à ausência de registro de nascimento em cartório localizado em maternidade do Sistema Único de Saúde, Nova Iguaçu-RJ, 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 431-440, Sept. 2015.

NEY, M. S.; PIERANTONI, C. R.; LAPAO, L. V. Sistemas de avaliação profissional e contratualização da gestão na Atenção Primária à Saúde em Portugal. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 43-55, mar. 2015.

NEVES, T. C. C. L.; MONTENEGRO, L. A. A.; BITTENCOURT, S. D. A. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 756-770, dez. 2014.

OLIVEIRA, M. S.; ARTMANN, E. Regionalização dos serviços de saúde: desafios para o caso de Angola. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 751-760, abr. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organização Mundial da Saúde. O Programa Africano de Transformação da Saúde para 2015-2020: Uma Visão para a Cobertura Universal de Saúde. Escritório Regional da OMS para a África, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde-OMS. Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação-2013. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Unidade Técnica de Doenças Transmissíveis e Análise de Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde. Brasília, 2014.

PEDRAZA, D. F.; ARAUJO, E. M. N. Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 26, n. 1, p. 169-182, mar. 2017.

PINHEIRO, J. M. F. et al. Atenção à criança no período neonatal: avaliação do pacto de redução da mortalidade neonatal no Rio Grande do Norte, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 243-252, jan. 2016.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.N.A.; FERLA, A.A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 358-372, out. 2014.

PIZOLATO, R. A. et al. Vigilância do desenvolvimento da linguagem da criança: conhecimentos e práticas de profissionais da atenção básica à saúde. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v. 18, n. 5, p. 1109-1120, out. 2016.

POCAS, K. C.; FREITAS, L. R. S.; DUARTE, E. C. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 275-284, jun. 2017.

REIS, R. S. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, nov. 2013.

REIS, T. R. et al. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 94-101, 2015.

REICHERT A. P. S. et al. Primeira Semana Saúde Integral: ações dos profissionais de saúde na visita domiciliar ao binômio mãe-bebê. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2016.

RIBEIRO, C. O. A política africana do governo Lula: (2003-2006). *Tempo soc.*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 185-209, 2009.

RUMEL, D. "Odds ratio": algumas considerações. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 253-258, jun. 1986.

SANDERS, L. S. C. et al. Mortalidade infantil: análise de fatores associados em uma capital do Nordeste brasileiro. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 83-89, mar. 2017.

SILVA, S. A.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 69, n. 1, p. 54-61, fev. 2016.

SILVA, A. A. et al. A Utilização da Matriz Swot como Ferramenta Estratégica – um Estudo de Caso em uma Escola de Idioma de São Paulo. *Simpósio de Excelência em Gestão e*

Tecnologia. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos11/26714255.pdf>. Acessado em: 25/01/2017.

SILVA, L. L. Análise SWOT. Disponível em: <http://agenda-digital.blogspot.com.br/2009/07/matriz-de-analise-de-swot.html> Acessado em 16 de jan. 2017.

SOBRINHO, J. E. L. et al. Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 136-146, mar. 2015.

SPYRIDES, M. H. C. et al. Efeito da duração da amamentação predominante no crescimento infantil: um estudo prospectivo com modelos não lineares de efeitos mistos. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 84, n. 3, p. 237-243, jun. 2008.

THE LANCET. Maternal and Child Nutrition. Executive Summary of The Lancet Maternal and Child Nutrition Series. Disponível em: http://thousanddays.org/wp-content/uploads/2013/06/Nutrition_exec_summ_final.pdf.

VASCONCELOS, V. M. et al. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 326-331, jun. 2012.

VIEIRA, G. O. et al. Fatores associados ao uso da Caderneta de Saúde da Criança em uma cidade de grande porte do nordeste brasileiro, 2009. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1943-1954, jun. 2017.

VIEIRA, D. S. et al. Registro de ações para prevenção de morbidade infantil na caderneta de saúde da criança. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2305-2313, jul. 2016.

WESTPHAL, M. F. et al. Monitoring Millennium Development Goals in Brazilian municipalities: challenges to be met in facing up to iniquities. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, supl. 2, p. s155-s163, 2011.

YOKOKURA, A. V. C. P. et al. Cobertura vacinal e fatores associados ao esquema vacinal básico incompleto aos 12 meses de idade, São Luís, Maranhão, Brasil, 2006. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 522-534, mar. 2013.

APÊNDICE

MÓDULO II - Itens de verificação do cuidado em saúde da criança

Atenção à Saúde da Criança desde o Nascimento até os dois anos de vida		
II.19.1	A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?	() SIM
		() NÃO
II.19.2	Utiliza a caderneta de saúde da criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	() SIM
		() NÃO
II.19.3	Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	() SIM
		() NÃO
II.19.4	No acompanhamento das crianças no território, há registro sobre:	Vacinação em dia da criança
		Crescimento e desenvolvimento
		Estado nutricional
		Teste do pezinho
		Violência familiar
		Acidentes
		Outros
II.19.5	A equipe realiza ações de vigilância alimentar e nutricional	() SIM
		() NÃO
II.19.6	A equipe avalia e monitora índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável?	() SIM
		() NÃO
II.19.7	A equipe conhece a “Norma Brasileira de Comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras”	() SIM
		() NÃO

(*) perguntar ao (aos) profissional (ais)

(#) perguntar ao (aos) profissional (ais) e comprovar com documento

MÓDULO III - Itens de verificação do cuidado em saúde da criança.

Gravidez e Pré-natal			
III.13.2	A criança tem até dois anos de idade (24 meses)	()	SIM
		()	NÃO
Saúde da Criança			
III.16.1	Qual a idade da criança?	Não sabe/não respondeu	
Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da Criança			
III.17.1	Depois que a criança nasceu, a equipe fez uma consulta até sete dias de vida (primeira semana)?	()	SIM
		()	NÃO
III.17.2	Na consulta feita na primeira semana a senhora lembra se:	()	A criança foi pesada
		()	A criança foi medida
		()	Foi colocada para mamar
		()	Teve o umbigo examinado
		()	Foi perguntado se a criança tinha certidão de nascimento
III.17.3	Foi conversado com a senhora sobre a melhor posição para a criança dormir?	()	SIM
		()	NÃO
		()	Não sabe/Não respondeu/Não lembra
III.17.4	Foi realizado teste do pezinho na criança?	()	SIM
		()	NÃO
		()	Não sabe/Não respondeu/Não lembra
III.17.5	O teste do pezinho foi realizado até os sete dias de	()	SIM

	vida (na primeira semana depois de a criança nascer)?	<input type="checkbox"/>	NÃO
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/Não respondeu/Não lembra
III.17.6	A senhora recebeu a caderneta de saúde da criança?	<input type="checkbox"/>	SIM
		<input type="checkbox"/>	NÃO
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/Não respondeu/Não lembra
III.17.7	A criança já fez alguma vacina?	<input type="checkbox"/>	SIM
		<input type="checkbox"/>	NÃO
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/Não respondeu/Não lembra
III.17.10	Nas consultas, foi explicado sobre o desenvolvimento da criança de acordo com a idade?	<input type="checkbox"/>	SIM
		<input type="checkbox"/>	NÃO
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/Não respondeu/Não lembra
III.17.11	Quantas consultas a criança fez até agora?	—	Nº de consultas
		<input type="checkbox"/>	Nenhuma
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/Não respondeu/Não lembra
III.18.1	A criança mama ou mamou no peito?	<input type="checkbox"/>	Ainda mama
		<input type="checkbox"/>	Nunca mamou
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/Não respondeu/Não lembra
III.18.2	A senhora recebeu orientação sobre a alimentação da criança até dois anos?	<input type="checkbox"/>	SIM
		<input type="checkbox"/>	NÃO
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/Não respondeu/Não

			lembra
Problemas de Saúde da Criança			
III.19.1	A criança teve algum problema ou urgência nos últimos seis meses que precisou de atendimento (ex.: sentiu-se mal, dor)	()	SIM
		()	NÃO
		()	Não sabe/Não respondeu/Não lembra
III.18.2	Na maioria das vezes onde a senhora procurava atendimento para seu filho?	()	Nesta Unidade de Saúde
		()	Em outra Unidade de Saúde
		()	Hospital Público
		()	Hospital Particular
		()	Clínica/ Consultório particular
		()	Pronto atendimento particular
		()	Pronto-socorro 24 horas
		()	Policlínica
		()	Outros
()	Não sabe/Não respondeu/Não lembra		
III.18.3	Porque não procurava esta unidade de saúde para o atendimento do seu filho?	()	Porque precisa chegar cedo
		()	Porque precisa pegar ficha
		()	Porque não atende sem

			consulta marcada
		()	Porque não tem profissional na unidade
		()	Porque não atende urgência
		()	Porque a unidade estava fechada no momento da urgência
		()	Outros
		()	Não sabe/Não respondeu/Não lembra