



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - RENASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

VANIELY OLIVEIRA FERREIRA

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL

NATAL/RN
OUTUBRO/2019



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - RENASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

VANIELY OLIVEIRA FERREIRA

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, como requisito para conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSF.

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

Orientador: Tatyana Maria Silva de Souza Rosendo

NATAL/RN
OUTUBRO/2019

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

Ferreira, Vaniely Oliveira.

Qualidade da assistência à saúde da criança no Brasil /
Vaniely Oliveira Ferreira. - 2019.

57f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) -

1. Saúde da criança - Dissertação. 2. Avaliação da qualidade
dos cuidados de saúde - Dissertação. 3. Atenção Primária à Saúde

- Dissertação. I. Rosendo, Tatyana Maria Silva de Souza. II.

RN/UF/BS-CCS

CDU 616-053.2

VANIELY OLIVEIRA FERREIRA

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, como requisito para conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSF.

Aprovado em tinta de novembro de 2019

Profa. Dra. Maisa Paulino Rodrigues

Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste-UFRN

BANCA EXAMINADORA

Doutor (a) Tatyana Maria Silva de Souza Rosendo - UFRN

Doutor (a) Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha - UFRN

Doutor (a) Ana Larissa Fernandes de Holanda - UNP

NATAL/RN

OUTUBRO/2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus, por ser o alicerce que me sustenta quando as adversidades da vida insistiram e insistem em aparecer, por me ouvir e me dar discernimento para entender que existe tempo certo para todas as coisas. Obrigada Senhor, por todos os ensinamentos e pelas bênçãos alcançadas.

Aos meus pais, por toda dedicação a mim ao longo da minha vida. Obrigada meus amados, pelo amor, cuidado e proteção, por me guiarem pelos caminhos do bem, eu sei o quanto eu devo por tudo que sou, serei eternamente grata.

Aos meus irmãos, por serem meus exemplos, pessoas honestas, estudiosas, determinadas e dedicadas a tudo que se propõem a fazer. Meu obrigado especial a minha irmã, Vanina, por ser minha inspiração e por me incentivar nessa caminhada. Saibam que levo vocês sempre comigo!

Aos meus filhos, Igor e Isabela, por sempre muito amorosos e compreensivos, e principalmente por serem a minha fonte de força e determinação, é por vocês que enfrento todas as batalhas da minha vida. Vocês são a razão do meu viver!

Ao meu esposo, Rodrigo, que sempre me apoiou nessa jornada, me incentivando, torcendo pelo meu sucesso, e me dando a mão e caminhando junto comigo sempre. Obrigada por estar presente nos melhores, e principalmente, nos piores momentos. Te amo!

As meus colegas de sala, em especial, Daniela, Anne, Thiago e Amanda, por terem tornado a caminhada menos dura, e por terem sempre me apoiado de todas as formas possíveis. Sou grata por ter conhecido cada um de vocês!

A minha orientadora Tatyana Rosendo, por todo o ensinamento, suporte e principalmente por suas contribuições nesse trabalho, pois sem elas, esta pesquisa não teria sido possível.

A todos que contribuíram para a realização do Mestrado Profissional em Saúde da Família, em especial ao corpo docente, por todos os ensinamentos construídos.

As professoras Nadja, Ana Larrisa e Karla por terem aceito o convite para a banca avaliadora e assim contribuírem com a realização desse estudo.

RESUMO

A atenção à saúde da criança se configura como alvo de preocupação pelos políticos, gestores e profissionais da saúde. Objetivo: Analisar a qualidade da assistência à saúde da criança no Brasil, a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade – Atenção Básica (PMAQ-AB). Método: Trata-se de um estudo seccional que teve como unidade de análise todas as equipes de saúde no Brasil avaliadas no segundo ciclo do PMAQ-AB. A qualidade foi medida em três dimensões, cada uma gerando um indicador de qualidade: acesso e acolhimento, resolutividade, processo de trabalho, coordenação do cuidado e infraestrutura. Foram escolhidos critérios de qualidade da avaliação externa para dimensões citadas que foram ponderados pela técnica de Teoria de Resposta ao Item (TRI), que considera o seu poder discriminatório. Foi criado o indicador de qualidade da Saúde da Criança através do agrupamento das dimensões avaliadas, tanto o indicador quanto as dimensões foram classificadas como boa, regular ou ruim. A qualidade da assistência à saúde da criança foi analisada em relação à sua associação com um indicador contextual, o IDH, a partir regressão de Poisson multinível, com significância de 5%. Resultados: Evidenciou-se que a qualidade na assistência à saúde da criança no Brasil encontra-se baixa e também mostrou-se um déficit no desenvolvimento do processo de trabalho voltado a assistência à saúde da criança, entretanto observa-se que tanto em relação a resolutividade quanto a infraestrutura ocorre a prevalência de boa qualidade a nível nacional e por regiões brasileiras. Conclusões: O estudo demonstrou que a assistência à saúde da criança no Brasil ainda se encontra aquém do esperado e que o desempenho dos serviços de APS avaliados devem ser aprimorados com o fortalecimento do componente processo de trabalho.

Descritores: Saúde da Criança; Avaliação da qualidade dos cuidados de saúde; Atenção Primária à Saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMQ	Avaliação para a Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
BIRD	Banco Mundial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DPI	Desenvolvimento na Primeira Infância
ELB	Estudos de Linha de Base
EqAB	Equipes de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano
MES	Ministério da Educação e Saúde
MoniQuOr	Instrumento de Avaliação e Monitoramento da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde do Instituto da Qualidade em Saúde de Portugal
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
PAB	Piso de Atenção Básica Variável
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PCATool	Ferramenta de Avaliação de Cuidados Primários
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção em Saúde

RN Recém-Nascido

SUS Sistema Único de Saúde

TRI Teoria de Resposta ao Item

UFRN Universidade Federal do Rio Grande do Norte

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
2.1 O CUIDADO À SAÚDE DA CRIANÇA.....	13
2.2 A AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	17
2.3 PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ –AB).....	21
3 OBJETIVOS	26
3.1 OBJETIVO GERAL.....	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4 MÉTODO	27
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	27
4.2 UNIVERSO E AMOSTRA	27
4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	27
4.4 INDICADORES DE QUALIDADE	27
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	32
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	32
5 RESULTADOS	33
6 DISCUSSÃO	38
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da criança se configura como alvo de preocupação pelos políticos, gestores e profissionais da saúde. Isso porque, conforme Sanders *et al* (2017) a mortalidade infantil ainda é considerada um grave problema de saúde pública mundial, uma vez que, embora tenha ocorrido à redução global de seus índices, ainda constitui-se como uma realidade presente em vários países em desenvolvimento.

Ainda, segundo Batista e Cruz (2015), no mundo e no Brasil, pode verificar-se que as diferenças estatísticas em relação às taxas de mortalidade nas crianças são manifestações das desigualdades socioeconômicas e ambientais que ainda dificultam o acesso e uso dos meios de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A mortalidade infantil, no Brasil, foi reduzida em 73% na última década, contudo, existem desigualdades nessa redução entre as diversas regiões brasileiras. (BATISTA E CRUZ, 2015). Corroborando Sanders *et al* (2017) destaca que no Nordeste apesar da diminuição, principalmente no Ceará, alguns municípios do estado ainda apresentam taxa de mortalidade infantil com índices acima dos recomendados por órgãos internacionais. Ainda, Lima et al (2017) ressalta que mesmo que tenha diminuído na última década as disparidades sociais, econômicas e de indicadores de saúde, as diferenças intra e inter-regionais das taxas de mortalidade infantil permanecem.

No Brasil, ações e estratégias vêm sendo exploradas pelo Ministério da Saúde (MS), a fim de garantir uma assistência integral à saúde da criança e manter a qualidade de vida dessa população. O MS ressalta que é na infância que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas, e ainda que os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para indivíduos e comunidades (BRASIL, 2016).

Ainda, para Reichert *et al* (2016) os primeiros meses de vida constituem uma das fases mais importantes para a saúde da criança, pois neste período ocorrem processos vitais no crescimento e desenvolvimento, necessitando ser acompanhado de perto visando prevenir ou atenuar possíveis agravos à saúde.

Nesse intuito, o MS instituiu, em 2015, e em 2018 revisa e acrescenta orientações para implementação, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), através da Portaria nº 1.130, a qual sintetiza os eixos de ações que compõem a atenção integral à saúde da criança, se organizando a partir das redes de atenção à saúde e de sete eixos estratégicos: atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do

crescimento e desenvolvimento integral; atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz, atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2018).

Vale ressaltar que a Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se como a porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde, acolhendo usuários e promovendo a vinculação e responsabilização pela atenção a suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011a). Corroborando, Mendes (2015) entende que APS desempenha papel singular com potencial de reordenar recursos do sistema de saúde para satisfazer as demandas da população, condição que implica em considerá-la como parte coordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ademais, segundo Damasceno (2016), APS é a coordenadora do cuidado à criança e ponto central dessa rede de atenção.

Na área da Atenção Primária a Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), desde a sua criação no ano de 1994, vem se consolidando como um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2016). Em 2006, o PSF foi transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF) para reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. (PINTO, 2018).

Na ESF a assistência à criança deve acontecer mensalmente, com consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, intercaladas entre médico e enfermeiro, sendo preconizado pelo Ministério da Saúde o mínimo de sete consultas de rotina no primeiro ano de vida da criança, além de duas consultas no segundo ano e, a partir do mesmo, consultas anuais. (BRASIL, 2012a).

O processo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é complexo e precisa de uma assistência baseada em aspectos biopsicossociais e da criação de elos entre a população usuária e os serviços. Requerendo, então, ser fundamentado por orientações que promovam o bem-estar físico, biológico e psicológico da criança em função das condições de vida de sua família e sociedade onde está inserida, através de uma assistência preventiva, integral e individualizada, onde serão repassadas às mães as informações necessárias para uma assistência continuada. (FIGUEIREDO; MELO, 2001).

Para Low *et al* (2009) a consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é de fundamental importância, uma vez que é realizada a avaliação global, em que consegue detectar precocemente as alterações das áreas do crescimento estatural, da nutrição e do desenvolvimento neuropsicomotor.

Na ESF essa assistência, de acordo com VIEIRA *et al* (2012) consiste em realizar o exame físico na criança, identificando riscos em seu crescimento e desenvolvimento; agendar a primeira consulta com o pediatra e demais quando forem identificados riscos de agravos à saúde; preencher o gráfico de peso e estatura nos cartões da criança, verificar e administrar as vacinas conforme o calendário básico de vacinação; incentivar o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até o seis meses; orientar a alimentação complementar após os seis meses; orientar sobre prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária; avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor; identificar dúvidas e dificuldades da mãe e de outros membros da família que participam das consultas procurando esclarecê-las, fornecer a relação dos nascidos vivos para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e solicitar a busca ativa para identificação dos faltosos.

Logo então, APS é o cenário privilegiado para a realização dessa vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, pois oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, coordenando ou integrando a atenção ofertada em algum outro nível de atenção à saúde (REICHERT, 2016).

Entretanto, a APS como coordenadora do cuidado tem sido tema de discussão em diversos países, sendo também muito discutida em estudos brasileiros (FAUSTO *et al*, 2014; CARNEIRO *et al*, 2014; ALELUIA *et al*, 2015; ALMEIDA *et al*, 2011; CECÍLIO *et al*, 2012; LAVRAS C, 2011; SOUZA *et al*, 2017). Desafios são apontados para a APS coordenar o cuidado, refletindo a necessidade de revisão dos padrões de alocação dos recursos na APS; a gestão da rede, centrada no indivíduo e voltada para as condições crônicas; a disponibilização e transferência das informações por meio de tecnologias de informação integradas; e a credibilidade da APS, que precisa de apoio e confiança da sociedade (SOUZA *et al*, 2017).

Dessa forma, no Brasil com o intuito de avaliar e melhorar o acesso e a qualidade da APS foi instituído, em 2011, pela Portaria GM/MS nº 1.654, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que é uma estratégia que busca estabelecer uma cultura de análise, avaliação e intervenção, dotando as equipes de atenção básica (EqAB) de capacidade institucional para promover mudanças nas práticas dos serviços e, assim, ampliar o impacto da atenção básica sobre as condições de saúde da população (MS, 2012c; PINTO *et al*, 2014).

Desde sua criação, já ocorreram três (3) ciclos avaliativos (2011/2012; 2013/2014; 2017/2018). Assim, o Ministério da Saúde (MS) reforça a APS e pretende estabelecer a Estratégia Saúde da Família (ESF) como centro das Redes de Atenção em Saúde (RAS) na ordenação e coordenação do cuidado. Ainda, as informações advindas da análise das ações de

equipes de atenção básica atuando em diferentes cenários podem contribuir para melhoria assistencial ao indicar potencialidades, fragilidades e desafios encontrados para efetividade das ações de cuidado. (SOUZA *et al*, 2017).

A avaliação em saúde tem como pressuposto mensurar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos usuários em relação aos serviços públicos de saúde, na busca da resolutividade e da qualidade, sendo a avaliação parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2004).

Donabedian desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade (DONABEDIAN, 1980).

O modelo construído por Donabedian está entre os mais utilizados para avaliação em saúde, tendo boa aceitabilidade, pois facilita e permite a melhor sistematização do processo de avaliação, entretanto apresenta dificuldades para a sua aplicação em algumas especificidades de programas alicerçados em outros modelos de intervenção, como é o caso da Estratégia de Saúde da Família que tem como foco os indivíduos inseridos num contexto familiar e não na doença. Para tanto, Starfield ainda baseada nas ideias de Donabedian propôs um modelo para avaliar os serviços de atenção primária à saúde, considerando que a qualidade da atenção pode ser observada tanto de uma perspectiva clínica quanto populacional (SAMICO *et al*, 2010).

A avaliação da APS é um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão, que envolve: medir, comparar, emitir juízo de valor e assim a tomada de decisão (TANAKA, 2011). A avaliação é um instrumento político em busca de poder para modificar/influenciar a direcionalidade e velocidade da atenção à saúde (TANAKA; MELO, 2008).

O PMAQ-AB é mais do que uma iniciativa governamental que produz ações de monitoramento e avaliação vinculadas a um conjunto de necessidades de diferentes atores, pois ele funcionou como dispositivo ao provocar diálogos sobre avaliação: modelos, teorias, métodos, práticas, interesses, pontos de vista, relações com as políticas. Assim, a avaliação deixa de ser um fato da ordem disciplinar, que se teoriza e que se transmite, e se constitui em objeto de diálogo e de aprendizagem. Pensar numa cultura de avaliação, como convite permanente ao diálogo, é uma boa disposição política para o desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde. (AKERMAN; FURTADO, 2016).

Nesse sentido, conhecer e analisar os dados gerados pelo PMAQ-AB é de suma importância, uma vez que possibilitará as transformações e melhorias na saúde pública. Ainda,

considerando a notória significância da redução da mortalidade infantil e a preocupação dos gestores, políticos e profissionais da saúde acerca da atenção a criança em todas as suas fases, configura-se essencial a análise dos dados do PAMQ-AB relacionados com a oferta dessa assistência.

Nesse contexto, essas observações me motivaram a avaliar a assistência à saúde da criança no Brasil a partir da avaliação externa do PMAQ-AB, analisando dados das condições de acesso e acolhimento, resolutividade, processo de trabalho, coordenação do cuidado e infraestrutura.

Assim, o presente estudo traz como pergunta norteadora a seguinte questão: Qual a qualidade da assistência à saúde da criança no Brasil, segundo os indicadores da avaliação externa do Programa de Melhoria e Acesso da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)?

Diante disso, esse trabalho mostra sua relevância para o contexto da avaliação à atenção a saúde da criança nos serviços da APS do Brasil, além da tentativa de contribuir para o olhar dos profissionais da saúde acerca dessas informações e assim possibilitar mudanças nesses serviços, visando à implementação de medidas complementares e/ou corretivas, e ainda para que seja reconhecida à devida importância e o cumprimento do papel da ESF frente à saúde da criança, na busca da melhor efetividade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.

Logo, essa pesquisa poderá contribuir para melhoria da assistência às crianças no atendimento primário, poderá ainda colaborar para o ensino e também gerar novas pesquisas. Dessa forma, acredito que estudos que contribuem para uma melhor assistência aos infantis são sempre relevantes socialmente e cientificamente.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O CUIDADO À SAÚDE DA CRIANÇA

A atenção à saúde da criança, no Brasil, vem sofrendo transformações, tendo influências de cada período histórico, dos avanços do conhecimento técnico-científico, das diretrizes das políticas sociais e do envolvimento de vários agentes e segmentos da sociedade (MELO *et al*, 2007).

Macedo (2016) traz que a saúde da criança está na agenda política do Brasil há várias décadas, citando que em 1937, durante o Estado Novo, foi instituído o primeiro programa nessa área, com ações para proteção da maternidade, infância e adolescência sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES); em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, com ações voltadas para a redução da morbidade e mortalidade da criança e da mulher; em 1983, foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), com o objetivo de desenvolver ações para melhorar as condições de saúde, a cobertura e a rede pública de serviços; e em 1984, o PAISMC foi desmembrado em: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC).

Segundo Melo *et al* (2007), os programas de saúde dos anos 70 e 80 encontraram dificuldades operacionais e um modelo de atenção à saúde que nem sempre correspondia às condições de vida da população, então, nos anos 90, trouxeram para o setor saúde a revalorização do tema família, culminando, em 1994, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), na tentativa de reorganizar a atenção básica em saúde, assumindo o desafio da estratégia de saúde da família, embasada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência.

Dentro deste contexto, o Ministério da Saúde adotou a AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) em 1995, como política de atenção à saúde da criança menor de cinco anos. A estratégia AIDPI incorporou as ações do PAISC (Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança), introduzindo o conceito de integralidade e propondo um novo modelo de abordagem à saúde da criança no primeiro nível de atenção (atenção básica) (COSTA, 2009).

Em 2000, o MS lançou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido (RN) de Baixo Peso por meio do Método Canguru, que incentiva o contato pele a pele entre mãe e filho, permite a participação dos pais no cuidado do seu filho, além de estimular o Aleitamento

Materno (BRASIL, 2011b). No ano de 2001, o MS empenhou-se na reavaliação do SUS, com a implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal, com o objetivo de detectar precocemente as seguintes patologias, Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme, Fibrose Cística e outras Hemoglobinopatias (ABREU, 2011).

Destaca-se o Projeto Nascer, que surgiu em 2003, o qual tem como prioridades reduzir a transmissão vertical do HIV na gestação e a prevenção da morbimortalidade pela sífilis congênita (BRASIL, 2003).

No âmbito da APS, o Ministério da Saúde estabeleceu, em 2002, o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. O documento expressa a adoção de medidas para o crescimento e desenvolvimento saudáveis, essas medidas não anulam e sim integram aquelas recomendadas pela estratégia AIDPI. As diretrizes políticas reafirmam que o crescimento e o desenvolvimento infantis são referenciais para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente nos aspectos biológico, afetivo, psíquico e social (MELO *et al*, 2007).

Ainda nesse contexto, é lançada pelo MS em 2004 a agenda de compromissos com a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil, que é um programa voltado à atenção à saúde da criança e tem como ênfase o cuidado integral da equipe multidisciplinar (BRASIL, 2005).

Em 2007, criou-se o Programa Saúde na Escola (PSE), que resulta do trabalho integrado entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde dos alunos da rede pública de ensino (BRASIL, 2009).

A seguir, em 2011, foi instituída a Rede Cegonha, que consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher e à criança o direito à atenção humanizada no pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013b).

Recentemente, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde (PNAISC), que foi instituída por meio da Portaria nº 1.130, em 05 de agosto de 2015 e em 2018 foi revisada e acrescentada orientações para implementação, considerada um marco para a atenção integral à criança, que articula as ações em todos os níveis de atenção (MACEDO, 2016; BRASIL, 2018).

A PNAISC tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas

de existência e pleno desenvolvimento. Para fins da PNAISC, considera-se criança a pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 9 (nove) anos, ou seja, de 0 (zero) a 120 (cento e vinte) meses; e a primeira infância acontece na faixa etária de 0 (zero) a 5 (cinco) anos, ou seja, de 0 (zero) a 72 (setenta e dois) meses (BRASIL, 2018).

A PNAISC é orientada pelos seguintes princípios: direito à vida e à saúde; prioridade absoluta da criança; acesso universal à saúde; integralidade do cuidado; equidade em saúde; ambiente facilitador à vida; humanização da atenção e gestão participativa e controle social (BRASIL, 2018).

A PNAISC está estruturada em 7 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde (BRASIL, 2018).

O eixo I, atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido, consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção. Revisões sistemáticas demonstram a efetividade de diversas práticas realizadas rotineiramente na assistência pré-natal para prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (MACEDO, 2016; BRASIL, 2018; LEAL *et al*, 2015).

O eixo II, aleitamento materno e alimentação complementar saudável, é uma estratégia ancorada na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, considerando-se as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, assim como a importância de estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2018). O MS (2016) ressalta que o aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o MS recomendam a amamentação exclusiva até os seis meses de idade, e após essa idade, as crianças devem receber alimentos complementares, além de leite materno até a idade de dois anos (BRASIL, 2016). Ainda Marques *et al* (2011) enfatizam que a amamentação, além de exercer um efeito protetor contra doenças no início da vida do lactente, parece reduzir também o risco de doenças crônicas, como as autoimunes, celíaca, de Crohn, colite ulcerativa, linfoma, diabetes mellitus e alergia alimentar, entre outras.

O eixo III, promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral, consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do "Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)", pela atenção básica à saúde,

conforme as orientações da "Caderneta de Saúde da Criança", incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares (BRASIL, 2018). O MS recomenda o número mínimo de consultas na ESF, intercaladas entre médico e enfermeiro, assim distribuídas: uma consulta até 05 dias de vida, consultas: com um mês, dois, quatro, seis, doze e dezoito meses, totalizando assim, sete consultas no primeiro ano e meio de vida, período de maior importância devido à alta velocidade, intensidade e vulnerabilidade do processo de crescimento e desenvolvimento (VIEIRA *et al* 2012).

Na ESF, essa assistência, de acordo com Vieira *et al* (2012), consiste em realizar o exame físico na criança, identificando riscos em seu crescimento e desenvolvimento; agendar a primeira consulta com o pediatra e demais quando forem identificados riscos de agravos à saúde; preencher o gráfico de peso e estatura nos cartões da criança, verificar e administrar as vacinas conforme o calendário básico de vacinação; incentivar o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até o seis meses; orientar a alimentação complementar após os seis meses; orientar sobre prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária; avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor; identificar dúvidas e dificuldades da mãe e de outros membros da família que participam das consultas procurando esclarecê-las, fornecer a relação dos nascidos vivos para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e solicitar a busca ativa para identificação dos faltosos.

O eixo IV, atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas, consiste em estratégia para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar, sempre que possível. Dessa forma, sua aplicação nos serviços de saúde e na comunidade pode produzir importante impacto na redução do número de mortes na infância, na diminuição da ocorrência e na gravidade das doenças que podem acometer esse grupo etário, assim como nas condições nutricionais e de desenvolvimento dos menores de cinco anos de idade (BRASIL, 2018; BRASIL, 2012b).

O eixo V, atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz, consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território (BRASIL, 2018).

O eixo VI, atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade, consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrasetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades desse público para uma atenção resolutiva (BRASIL, 2018).

O eixo VII, vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno, consiste na contribuição para o monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal e possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis. Sendo oportuno evidenciar que a redução das iniquidades em saúde, e em especial a sobrevivência infantil, é alvo da atenção de organizações internacionais e do governo brasileiro, uma dessas iniciativas é o pacto pela redução da mortalidade infantil na região Nordeste, e esse faz parte de um compromisso mais amplo, proposto pelo governo federal para acelerar a redução das desigualdades regionais (GARCIA; SANTANA, 2011; BRASIL, 2018).

A PNAISC se organiza a partir da Rede de Atenção à Saúde e desses eixos estratégicos, na qual a APS configura-se como coordenadora do cuidado à criança e ponto central desse processo, mediante a articulação das ações e serviços de saúde disponíveis nas redes temáticas, em especial aquelas desenvolvidas na rede de saúde materna neonatal e infantil e na atenção básica, essa como coordenadora do cuidado no território (DAMASCENO, 2016; BRASIL, 2018).

Entretanto, segundo Macedo (2016), o cotidiano de trabalho em uma unidade básica de saúde possui baixa densidade tecnológica, mas com altíssima complexidade, podendo-se perceber o desafio de trabalhar em equipe e realizar o planejamento das ações da PNAISC. Ainda, deve-se ressaltar que só haverá APS de qualidade, capaz de atender aos eixos estratégicos da PNAISC, quando seus sete atributos – o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, as orientações familiar e comunitária e a competência cultural - estiverem sendo operacionalizados em sua totalidade (MENDES, 2015; STARFIELD, 2002).

Nesse contexto, segundo Silva et al (2017), a avaliação dos resultados e qualidade dos serviços oferecidos é essencial, pois fundamenta a tomada de decisão pelos gestores, o aprimoramento do sistema e o atendimento das necessidades da população. No entanto, a complexidade de realizar avaliação e melhoria acompanha as dimensões e desafios do SUS.

2.2 A AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A avaliação é uma atividade tão antiga quanto o mundo e inerente ao próprio processo de aprendizagem. Estudiosos consideram a existência de quatro gerações dentro da história da avaliação. A primeira geração foi marcada pelo predomínio da medição ou verificação de acertos e erros; a segunda centrou-se no ato de descrever; na terceira foi dada relevância à capacidade de julgamento; e a quarta geração apresentou-se como uma nova possibilidade ética, política e técnica, tendo caráter participativo e uma dimensão formativa (GUBA; LINCOLN, 1989; HARTZ, 2009; CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997).

A avaliação é definida como, fundamentalmente, a emissão de um julgamento de valor referente a uma intervenção, aplicando um dispositivo que possibilite gerar informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou qualquer um de seus componentes, tendo em vista os diferentes atores envolvidos e que esses possam ter julgamentos por vezes diferentes, mas que estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente com um julgamento que possa se traduzir em ação (BROUSSELLE *et al*, 2011).

Segundo Samico *et al* (2010), a avaliação possui inúmeros objetivos, ressaltando como oficiais: o objetivo estratégico, que consiste em ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção; o objetivo formativo, que tem como intuito fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer; o objetivo somativo, que busca determinar os efeitos de uma intervenção ao seu final; o objetivo transformador, que pretende utilizar os processos avaliativos como incentivo para transformar uma situação problemática, visando ao bem-estar coletivo; e o objetivo fundamental, que visa contribuir para o progresso dos conhecimentos e para elaboração teórica.

Nesse sentido, percebe-se que a avaliação pode acontecer em qualquer fase da intervenção, e ainda que existem distintos tipos de avaliações, modificando de acordo com sua finalidade. Ainda, Samico *et al* (2010) destacam que não só os objetivos e tipos de avaliações variam, mas também os avaliadores, podendo ser distintos e ter diferentes papéis na avaliação, uma vez que, a escolha do tipo de avaliador deve ser feita com o intuito de alcançar os objetivos pretendidos para a avaliação, podendo os avaliadores ser internos, externos ou os dois tipos.

Brousselle *et al* (2011) trazem que para avaliar uma intervenção podem ser utilizados dois tipos de avaliação: a avaliação normativa, que consiste em apreciar cada um dos componentes da intervenção em função de critérios e normas, inserindo-se em um processo de verificação da conformidade dos componentes da intervenção em relação a referências existentes; e a pesquisa avaliativa, que se trata de um julgamento a partir de procedimentos

científicos que permitam analisar e compreender as relações de causalidade entre diferentes componentes da intervenção.

Dessa forma, a avaliação vem progressivamente se destacando enquanto uma área temática que compõe o eixo de Política, Planejamento e Gestão e assim ampliando sua produção de conhecimento (SANCHO; DAIN, 2012). Então, segundo Silva *et al* (2017), a avaliação é um relevante instrumento de apoio à decisão, principalmente no campo da saúde pública, que é permeado por valores intrínsecos, fatores que determinam a saúde e a doença e processos políticos fortemente enraizados nesse sistema, sendo sua operacionalização complexa, requerendo tempo para implementação e instrumentos bem definidos e adequados à realidade do serviço.

Corroborando, Sancho e Dain (2012) trazem que a avaliação em saúde, nos últimos anos, configurou-se como um instrumento essencial para o planejamento e a gestão de sistemas e de serviços de saúde, ressaltando ainda que essa importância não é apenas no sentido de aferir a efetividade de intervenções e o uso eficiente dos recursos disponíveis, mas também no sentido de satisfazer o conjunto da população usuária do sistema e não apenas os agentes formuladores de políticas, isso a partir da decorrente distribuição equitativa dessas intervenções.

Ademais, Samico *et al* (2010) trazem também que vem crescendo ultimamente a preocupação em se avaliar a “qualidade” dos programas e serviços de saúde, e que a avaliação da qualidade tem se baseado, em grande parte dos estudos desenvolvidos nessa área, no quadro conceitual proposto por Donabedian, na década de oitenta, o qual apresenta duas vertentes principais: o modelo sistêmico, que propõe a avaliação de qualidade por meio da observação da tríade estrutura, processo e resultado, e a segunda vertente, a qual se baseia em dimensões ou atributos que definem a qualidade, conhecidos como os sete pilares da qualidade - efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade.

O modelo construído por Donabedian está entre os mais utilizados e a adoção dessa abordagem na área da saúde tem boa aceitabilidade, pois facilita e permite a melhor sistematização do processo de avaliação, entretanto, apresenta dificuldades para a sua aplicação em algumas especificidades de programas alicerçados em outros modelos de intervenção, como é o caso da Estratégia de Saúde da Família, que tem como foco os indivíduos inseridos num contexto familiar e não na doença. Para tanto, Starfield, ainda baseada nas ideias de Donabedian, propôs um modelo para avaliar os serviços de atenção primária à saúde, considerando que a qualidade da atenção pode ser observada tanto de uma perspectiva clínica quanto populacional (SAMICO *et al*, 2010).

Mundialmente, vêm sendo desenvolvidos métodos de avaliação da Atenção Primária à Saúde, com uma visão para sua diversidade de modelos em diversos locais e procurando construir ferramentas que auxiliem a gestão e o planejamento. Dessa feita, a avaliação ganha ainda mais ênfase, principalmente nos países que vivenciam reformas em seus modelos de assistência à saúde, como é o caso do Brasil, justamente porque distinguir os serviços ambulatoriais baseados na APS daqueles que somente realizam ações programáticas mínimas é essencial para implantação de políticas públicas efetivas e equitativas (BOSI; UCHIMURA, 2007; DASSOW, 2007; GENÉ-BADIA *et al*, 2007).

A avaliação da ABS é um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão, que envolve: medir, comparar, emitir juízo de valor e assim a tomada de decisão (TANAKA, 2011). A avaliação é um instrumento político em busca de poder para modificar/influenciar a direcionalidade e velocidade da atenção à saúde (TANAKA; MELO, 2008).

No Brasil, o processo avaliativo na área da saúde inicialmente parte de exigências contratuais da efetiva avaliação de alguns programas sociais previstos na Constituição de 1988 e parcialmente financiados pelo Banco Mundial (BIRD). As condicionalidades de avaliação funcionaram como espaço ocupado por gestores que resultou não apenas no atendimento a essas demandas do Banco Mundial, mas implicou também o início de um processo de institucionalização da avaliação, ocorrida anos mais tarde com a inserção de práticas avaliativas no interior do SUS, como o Reforsus, “Reforço e reorganização do SUS”, para os tomadores de empréstimo e “Reforma do Setor Saúde” para os financiadores (AKERMAN; FURTADO, 2016).

Segundo Rocha *et al* (2008), na Atenção Básica, buscando estruturar e fortalecer a saúde da família em municípios com mais de 100 mil habitantes, o Ministério da Saúde, apoiado pelo BIRD, propôs o PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família), que além do seu componente de implementação e melhoria da qualidade da assistência à saúde, desenvolvia os Estudos de Linha de Base (ELB) que realizou a avaliação dos contextos iniciais (2004) com vistas à avaliação posterior de impacto (2008) e à institucionalização dos processos avaliativos.

Preocupados com avaliação da Atenção Básica (AB) no Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM 676 de 03 de junho de 2003, estabeleceu uma Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica no nível central (BRASIL, 2003b). E em 2005, instituiu a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (SILVA *et al*, 2017)

O MS, com o compromisso de contribuir com a consolidação da Política e Avaliação da AB, propôs a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), uma importante ferramenta utilizada especificamente pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família para a qualificação das ações de saúde e do cuidado prestado à população, em que os gestores municipais aderiam ao programa de modo voluntário e participativo. Pois que, a AMQ propôs uma autoavaliação aos atores envolvidos no processo: gestor, coordenação, unidades de saúde e equipes, orientando a elaboração de estratégias de intervenção para a resolução dos problemas identificados, teve sua base no MoniQuOr (Instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade organizacional dos centros de saúde do Instituto da Qualidade em Saúde de Portugal) e utilizou a abordagem sistêmica de Donabedian (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2010; VASCONCELOS, 2011).

Para avaliação da APS, outra ferramenta utilizada foi o PCATool, a sua validação foi realizada nos EUA. No Brasil, a versão do PCATool-Infantil foi aplicada aos cuidadores da população menor de dois anos de idade, usuários dos serviços da rede de atenção básica da região sul de Porto Alegre-RS, foi validada em 2004 e resultou em um instrumento com 45 itens contemplando os atributos essenciais e derivados, que em 2010, depois de uma revisão, foi validada uma nova versão desse instrumento composta de 55 itens (BRASIL, 2010; OLIVEIRA, HARZHEIM *et al*, 2013).

Recentemente, foi lançado pelo Ministério da Saúde (MS) para avaliação da APS, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica PMAQ-AB, o qual será abordado mais detalhadamente a seguir.

2.3 PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ –AB)

No Brasil, segundo Silva *et al* (2017), diversas iniciativas de melhoria da qualidade na Atenção Básica foram abandonadas, tais como o Núcleo Coordenador de Avaliação de Desempenho do SUS, em 2004, e, em 2005, a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Secretaria de Gestão Participativa e a Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Familiar.

Por conseguinte, com a finalidade de desenvolver um programa estruturado e com critérios mais objetivos, foi instituído em 2011, pela Portaria GM/MS nº 1.654, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que tem

como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde, por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2012c).

Desde sua criação, já ocorreram três (3) ciclos avaliativos (2011/2012; 2013/2014; 2017/2018). Análises publicadas no âmbito internacional sobre o PMAQ-AB, como a de Macinko, Harris e Rocha (2017), ressaltam o grande potencial do programa para expandir a cobertura da ESF e melhorar a qualidade dos seus serviços.

O programa é parte da política Saúde Mais Perto de Você, lançada pelo Governo Federal, cujo objetivo é incentivar os gestores locais (secretarias municipais e estaduais de saúde) a melhorar o padrão de qualidade da assistência da Atenção Básica. Sendo o PMAQ a “principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das UBS”, almejando a permanente e progressiva ampliação do acesso e da qualidade “das práticas de gestão, cuidado e participação” na Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2011c).

O PMAQ-AB se insere em um contexto no qual, progressivamente, o Governo Federal se compromete e desenvolve ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS, a partir do Programa de Avaliação para Qualificação do Sistema Único de Saúde, o qual tem como principal objetivo avaliar o desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, pretendendo mensurar os possíveis efeitos das políticas de saúde, a fim de subsidiar a tomada de decisão nos serviços e dar visibilidade aos resultados alcançados, garantindo a transparência dos processos de gestão do SUS, e visando também fortalecer o controle social e o foco nos usuários (BRASIL, 2012c).

Dessa forma, o PMAQ se propõe a induzir e avaliar papéis e ações da AB como parte das redes prioritárias, ficando claro que ele pretende ser uma estratégia que sintetiza tanto o esforço de afirmação da AB como porta de entrada acolhedora e resolutiva para o conjunto das necessidades de saúde quanto a criação das condições concretas para que ela garanta e coordene a continuidade do cuidado nas linhas de cuidado priorizadas nas redes (BRASIL, 2012c).

O PMAQ eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento, promovendo assim uma mudança profunda no financiamento da AB, vinculando parte importante do repasse de recursos à implantação de “padrões” que indicariam a ampliação do acesso aos serviços, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção e o investimento no desenvolvimento dos trabalhadores. Com a criação do “Componente de Qualidade” do Piso de

Atenção Básica (PAB) Variável, os municípios passaram a ter a possibilidade de até dobrar o recurso recebido por equipe, caso alcancem um desempenho “ótimo” naquilo que o PMAQ toma como objeto de contratualização e avaliação, os “padrões” (BRASIL, 2012c).

O Programa, em 2015, iniciou seu 3º ciclo com a participação de todas as equipes de saúde da Atenção Básica (Saúde da Família e Parametrizada), incluindo as equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas que se encontrem em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica (MS, 2013a).

O Programa é organizado metodologicamente em três fases - (1) Adesão e Contratualização; (2) Certificação; (3) Recontratualização – e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento, que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB (SILVA *et al*, 2017).

Conforme a Portaria GM/MS nº 1.645, de 2 de outubro de 2015, na fase I, as equipes de unidades de saúde, incluindo as equipes de saúde bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, independente do modelo pelo qual se organizam, poderão aderir ao PMAQ-AB, desde que se encontrem em conformidade com os princípios da atenção básica e com os critérios a serem definidos no Manual Instrutivo do PMAQ-AB; A fase II, denominada Certificação, será composta pela avaliação externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica, que será coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa que selecionaram avaliadores através de Processo Seletivo para Avaliadores de Qualidade da Avaliação Externa do PMAQ, sendo então desenvolvida a avaliação por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados, também será realizada a avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados na etapa de adesão e contratualização, e a verificação da realização do momento autoavaliativo pelos profissionais das equipes de atenção básica; A fase III será realizada pelas equipes que participaram do PMAQ-AB em ciclo anterior; e O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-AB é composto pelos seguintes elementos: autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade (AMAQ); monitoramento, a partir dos indicadores de saúde contratualizados na Fase 1 do PMAQ-AB; educação permanente; apoio institucional; e cooperação horizontal presencial e/ou virtual, que deverá ocorrer entre equipes de atenção básica e entre gestores, com o intuito de permitir a troca de experiências e práticas promotoras de melhoria da qualidade da atenção básica.

Um dos objetivos do PMAQ-AB é institucionalizar a cultura da avaliação, mesmo que os resultados não levem diretamente a decisões imediatas, mas espera-se que contribuam para um julgamento que influencie mais efetivamente as futuras decisões. Sabe-se que é um processo

demorado e trabalhoso, mas devem ser destacados a pertinência, o mérito e a credibilidade da avaliação (BROUSSELLE ET 2011; BOUSQUAT, 2017).

O PMAQ-AB, ao ofertar várias situações a serem analisadas e transformadas em cada local, não propõe a neutralidade, como se qualquer sentido e direção da mudança fosse desejável, mas sim, sugere e valora certas diretrizes de ação e resultados desejáveis para as situações problematizadas, ainda que com amplo espaço para as singularidades de cada contexto e com prioridades definidas por cada coletivo (BRASIL, 2011c).

O PMAQ propõe uma nova cultura de atenção à saúde, com a valorização da gestão local e do controle social na busca pela qualificação do sistema de saúde, abrangendo diversos cenários e permitindo que os profissionais problematizem, definam suas prioridades, de acordo com a realidade local, e promovam ações de melhoria (BRASIL, 2012c).

Vale destacar que o Programa pretende constituir movimentos de implicação e dispositivos de gestão colegiada que possam gerir a mudança, apostando no fomento de uma dinâmica que propicie a constituição de espaços de negociação e implicação dos atores envolvidos, buscando claramente mobilizá-los por meio da possibilidade de terem seus interesses, necessidades e desejos contemplados (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2014).

O MS oferta a ferramenta “Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade” (AMAQ) propondo que o processo se inicie “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, 2011d).

O PMAQ-AB, de acordo com Akerman e Furtado (2016), funcionou como dispositivo ao provocar diálogos sobre avaliação e, assim, a avaliação deixa de ter caráter de ordem disciplinar e se constitui em objeto de diálogo e de aprendizagem. Aprendizagem por contato com a diferença, pois os registros, nesse caso, deixam de ser apenas para o conhecimento a ser prescrito e se tornam convites ao diálogo, ao conhecimento que se produz de forma compartilhada.

O PMAQ busca, então, estimular a reflexão crítica sobre o instituído e provocar o coletivo a agir ativamente pela mudança do cotidiano, mas não comete excesso de definir formas. Antes o contrário, induz a todo o tempo que as equipes “inovem”, “criem”, “experimentem” conforme sua realidade e possibilidade e que compartilhem (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2014).

Sendo importante ressaltar que ainda segundo Silva *et al* (2017), é incipiente a produção científica sobre o PMAQ, cabendo investigar sua implementação e produzir conhecimentos que

subsidiem processos sistematizados de avaliação e melhoria contínua da qualidade na AB. Corroborando Bousquat (2017) enfatizando que a análise mais aprofundada dos dados gerados pelo PMAQ-AB é essencial para se traçar o panorama da atenção primária à saúde brasileira identificando constrangimentos para sua execução e subsidiando as políticas de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a qualidade da assistência à saúde da criança no Brasil a partir da avaliação externa do PMAQ-AB.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a atenção à saúde da criança a partir das condições de acesso e acolhimento, resolutividade, processo de trabalho, coordenação do cuidado e infraestrutura.
- Verificar a existência de associação entre qualidade da assistência à saúde da criança e fatores contextuais socioeconômicos;

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Para análise da qualidade da assistência à criança a partir da avaliação externa do PMAQ, trata-se de um estudo seccional, com abordagem quantitativa, no qual foram utilizados dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ disponibilizados pelo Ministério da Saúde a partir da dimensão voltada para o cuidado à criança, nos dois módulos do instrumento de coleta, sendo: módulo I – Observação na unidade e módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde. A avaliação externa do PMAQ-AB faz parte de uma pesquisa multicêntrica, realizada em todos os municípios brasileiros pelo MS em parceria com seis instituições de pesquisa, que coletaram seus dados nos anos de 2012/2013, para o primeiro ciclo, 2013/2014 para o segundo ciclo e 2017/2018 para o terceiro ciclo.

4.2 UNIVERSO

O universo desta pesquisa para a abordagem quantitativa foi constituído por 30.298 Unidades de Saúde (Módulo I) e respectivas Equipes de Saúde (Módulo II) que participaram da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB.

4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados os dados secundários contidos nos bancos de avaliação externa do PMAQ-AB segundo ciclo, de livre acesso, disponibilizados pelo MS no site http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo. Foram coletados dados relativos à saúde da criança, presentes nos módulo I - Observação na unidade, módulo II - Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde.

Realizou-se um linkage dos bancos dos módulos I e II a partir da variável comum aos dois bancos: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

4.4 INDICADORES DE QUALIDADE

Para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde foram utilizados os seguintes indicadores de qualidade: Acesso e Acolhimento, Resolutividade, Coordenação do Cuidado, Processo de Trabalho e Infraestrutura. Além disso, foi construído um indicador síntese que agrupou todas as dimensões citadas em uma única medida, sendo o indicador da “Qualidade da assistência à saúde da criança”.

Para cada dimensão foram selecionados critérios da avaliação externa que tivessem relação com a assistência à saúde da criança, de acordo com as dimensões citadas acima e o referencial teórico sobre o tema. Os critérios selecionados para compor cada dimensão estão descritos nos Quadros 1. Os critérios foram ponderados *a posteriori* pela Teoria de Resposta ao Item (TRI), que avaliou o poder discriminatório de cada um deles. Critérios com baixo poder discriminatório foram excluídos do indicador de qualidade da dimensão, de modo que ao final, foram mantidos critérios com capacidade de discriminar as diferenças existentes entre as equipes analisadas. Foi obtida, para cada dimensão, uma variável latente ponderada a partir do seu poder discriminatório sintetizando todos os critérios em uma única medida. Em seguida essas variáveis latentes foram categorizadas em três categorias: Boa Qualidade (1), Moderada Qualidade (2) e Baixa Qualidade (3). O indicador síntese de Qualidade da Assistência à Saúde da Criança foi obtido a partir do agrupamento das variáveis latentes das dimensões e também foi agrupado nas três categorias de qualidade citadas acima.

Por fim, realizou-se mais um linkage com o banco de dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) a fim de utilizar a variável contextual do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) na análise de associação.

Quadro 01. Variáveis dos Módulos I (Observação na Unidade Básica de Saúde) e Módulo II (Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde) por dimensões. Brasil, 2019.

DIMENSÃO	CÓDIGO	VARIÁVEIS
Acesso	e II.12	Acolhimento à demanda espontânea
Acolhimento	II.12.1	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?
	II.14.7.5	A equipe realiza busca ativa das crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento)?
	II.14.7.6	A equipe realiza busca ativa das Prematuras?
	II.14.7.7	A equipe realiza busca ativa das com baixo peso?
	II.19.1	A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?
	I.10.1.1	Sanitário para os usuários
	I.10.1.3	Banheiro para funcionários
	I.10.1.5	Sala de recepção e espera
	I.10.1.6	Sala de acolhimento multiprofissional

Infraestrutura	I.10.1.7	Sala de vacina		
	I.10.1.8	Área de dispensação de medicamentos		
	I.10.1.14	Existe consultório para médico		
	I.10.1.15	Existe consultório para enfermeiro		
	I.10.1.18	Sala de inalação		
	I.10.1.27	Sala de atividades coletivas		
	I.12.2.1	Aparelho de pressão infantil		
	I.12.3	Aparelho de nebulização		
	I.12.5	Balança antropométrica de 150 kg		
	I.12.6	Balança antropométrica infantil		
	I.12.8	Régua antropométrica		
	I.12.9.1	Estetoscópio infantil		
	I.12.11	Geladeira exclusiva para vacina		
	I.12.15	Mesa para exame clínico		
	I.12.16	Oftalmoscópio		
	I.12.18	Termômetro clínico		
	I.12.20	Otoscópio		
	I.12.23	Lanterna clínica		
	I.12.24	Termômetro de cabo extensor		
	I.13.1	Cartão de vacinação		
	I.13.3	Caderneta de saúde da criança		
	I.14.1	Esta unidade oferta regularmente vacinação?		
	I.14.2	BCG-ID		
	I.14.3	Dupla tipo adulto – Dt		
	I.14.4	Febre amarela		
	I.14.5	Influenza sazonal		
	I.14.6	Hepatite B		
	I.14.7	Meningocócica C		
	I.14.8	Pneumocócica 23 valente		
	I.14.9	Pneumocócica (Salk e Sabin)		
	I.14.10	Pneumocócica 10		
	I.14.11	Tríplice viral		
	I.14.12	Tríplice bacteriana		
	I.14.13	Pentavalente		
	I.14.14	Vacina oral de rotavírus humano		
	I.16.3	Abaixador de língua		
	I.16.4	Agulhas descartáveis de diversos tamanhos		
	I.16.6	Caixas térmicas para vacinas		
	I.16.7	Fita métrica		
	I.16.18	Seringas descartáveis de diversos tamanhos		
	I.18.13	Sulfato ferroso		
	Processo Trabalho	de	II.8.1	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente?
			II.8.2	A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?
II.8.4			A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	

	II.9.1	Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados?
	II.9.4	A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?
	II.13.1.1	A agenda do profissional está organizada para a realização de visita domiciliar?
	II.13.1.2	A agenda do profissional está organizada para a realização de grupos de educação em saúde?
	II.13.1.3	A agenda do profissional está organizada para a realização de atividades comunitárias?
	II.13.1.4	A agenda do profissional está organizada para a realização de consultas para cuidado continuado?
	II.13.1.5	A agenda do profissional está organizada para atendimento à demanda espontânea?
	II.13.2	A equipe oferta ações para crianças na sua agenda? (está em organização da agenda)
	II.29.5	A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?
Coordenação do cuidado	II.14.4.1	Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, a consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora para o usuário?
	II.14.4.2	2 Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, a consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário?
	II.14.4.3	3 Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, a consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas?
	II.14.4.4	Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, o usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve dirigir-se a um serviço indicados pela sua equipe?
	II.14.4.5	Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, o usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência, mas não tem um serviço ou um profissional determinado?
	II.14.4.6	Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, não há um percurso definido?

	II.14.2.4	A equipe possui o registro do seu território das crianças até dois anos?
	II.16.1	A equipe de AB obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados?
Resolutividade	II.19.2	Utiliza a caderneta de saúde da criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?
	II.19.3	Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?
	II.19.4.1	No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre vacinação em dia da criança?
	II.19.4.2	No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre crescimento e desenvolvimento?
	II.19.4.3	No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre estado nutricional?
	II.19.4.4	No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre teste do pezinho?
	II.19.4.5	No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre violência familiar?
	II.19.4.6	No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre acidentes?
	II.19.5	A equipe realiza ações de Vigilância Alimentar e Nutricional?
	II.19.6	A equipe avalia e monitora índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável?
	II.19.7	A equipe conhece a “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”
	II.19.8. 1	De acordo com a “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”, a equipe evita tais práticas de recebimento e distribuição de doações de fórmulas infantis e/ou outros alimentos para lactentes e/ou crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras.
	II.19.8. 2	De acordo com a “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”, a equipe evita tais práticas de recebimento e utilização de materiais educativos sobre alimentação de lactentes, produzidos pela indústria de alimentos infantis bicos, chupetas e mamadeiras.
	II.19.8. 3	De acordo com a “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”, a equipe evita tais práticas de receber amostras, materiais promocionais ou patrocínio para eventos produzidos pela indústria de alimentos infantis, bicos, chupetas e mamadeiras.

II.30.5.1	A equipe realiza Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável (atividades educativas sobre promoção da alimentação e modos de vida saudáveis)
II.30.5.2	A equipe realiza Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas;

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Foram realizadas análises descritivas a partir de frequências absolutas e relativas por regiões e para o Brasil considerando cada dimensão e o indicador síntese de Qualidade da Assistência à Saúde da Criança.

A análise de associação escolhida foi a regressão de Poisson multinível com interceptos variáveis com significância de 5%. A variável dependente foi a Qualidade da Assistência à Saúde da Criança e a independente o IDH-M.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Ocorreu a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), de acordo com as disposições da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS que define as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos.

Mediante a aprovação do projeto pelo CEP, com parecer de nº 3.440.725, se procedeu a coleta de dados utilizando os dados secundários contidos nos bancos de avaliação externa do PMAQ-AB segundo ciclo, de livre acesso, disponibilizados pelo MS no site http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo.

5 RESULTADOS

Para análise da qualidade da assistência à criança a partir da avaliação externa do PMAQ utilizando os dados do segundo ciclo disponibilizados pelo Ministério da Saúde, sendo totalizado em 30.298 equipes de saúde, foram utilizadas as seguintes dimensões/indicadores de qualidade: Acesso e Acolhimento, Resolutividade, Coordenação do Cuidado, Processo de Trabalho e Infraestrutura.

Ao se calcular os valores de discriminação da dimensão “Acesso e Acolhimento”, foram feitas 3 rodadas, nas quais o poder discriminatório apresentou-se muito alto, então, não foi possível criar a variável latente ponderada a partir do seu poder discriminatório porque não foi possível o ajuste do modelo. Desta feita, a dimensão “Acesso e Acolhimento” foi excluída dos resultados.

Para a dimensão “Infraestrutura, ao se calcular os valores de discriminação, na primeira roda foram eliminadas 25 (vinte e cinco) critérios que não obtiveram poder discriminatório maior que um. Na segunda rodada, foram eliminados mais 3 critérios, que novamente ao ponderar pela TRI também obtiveram poder discriminatório menor que um. Ao realizar-se a terceira rodada todos os critérios obtiveram valor discriminatório maior que um e então, foi criada uma variável latente ponderada a partir do seu poder discriminatório, sintetizando todos os critérios em uma única medida. Para criação da variável “Processo de Trabalho”, na primeira rodada foram eliminadas cinco critérios também por possuírem baixo poder discriminatório, na segunda rodada todos os critérios obtiveram valor discriminatório maior que um.

Para criação da variável “Coordenação do Cuidado” ao ser rodada a dimensão, esta foi excluída porque todos os critérios selecionados possuíam baixo poder discriminatório (menor que 1).

Para calcular os valores de discriminação da dimensão “Resolutividade” na primeira rodada foram eliminados devido ao baixo poder discriminatório 05 critérios. A seguir na tabela 1, os critérios com poder discriminatórios para analisar a assistência à saúde da criança.

Tabela 1. Critérios de avaliação da qualidade da assistência à saúde da criança segundo as dimensões de análise e poder discriminatório com seus respectivos Intervalos de Confiança (95%) obtidos a partir da modelagem pela Teoria de Resposta ao Item. Natal, RN, 2019.

Dimensão	Código	Critério	Coeficiente discriminação	IC (95%)
Resolutividade	II_19_2	Utiliza a caderneta de saúde da criança para o	1.40	1.32 - 1.48

		acompanhamento do crescimento e desenvolvimento		
	II_19_4_1	No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre: 1 Vacinação em dia da criança	2.47	2.33 - 2.60
	II_19_4_2	No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre crescimento e desenvolvimento?	4.65	4.33 - 4.97
	II_19_4_3	No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre estado nutricional?	5.03	4.63 - 5.43
	II_19_4_4	No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre Teste do pezinho?	2.12	2.04 - 2.21
	II_19_4_5	No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre violência familiar?	1.94	1.85 - 2.03
	II_19_2	Utiliza a caderneta de saúde da criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	1.40	1.32 - 1.48
	II_19_4_1	No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre Vacinação em dia da criança?	2.47	2.33 - 2.60
Processo de trabalho	II.13.1.1	A agenda do profissional está organizada para a realização de visita domiciliar?	2.49	2.35 – 2.63
	II.13.1.2	A agenda do profissional está organizada para a realização de grupos de educação em saúde?	2.89	2.74 – 3.05
	II.13.1.3	A agenda do profissional está organizada para a realização de atividades comunitárias?	2.32	2.21 – 2.43
	II.13.1.4	A agenda do profissional está organizada para a realização de consultas para cuidado continuado?	1.66	1.58 – 1.73

	II.13.1.5	A agenda do profissional está organizada para atendimento à demanda espontânea?	1.48	1.41 – 1.54
	II.13.1.1	A agenda do profissional está organizada para a realização de visita domiciliar?	2.49	2.35 – 2.63
Infraestrutura	I.10.1.7	Sala de vacina	4.32	4.15 – 4.49
	I_12_11	Geladeira exclusiva para vacina	3.85	3.71 – 4.00
	I_13_1	Cartão de vacinação	1.86	1.79 - 1.93
	I_14_1	Esta unidade oferta regularmente vacinação?	7.12	6.72 - 7.51
	I_14_4	Vacina de Febre amarela	1.67	1.52 - 1.82
	_14_5	Vacina Influenza sazonal	1.54	1.31 - 1.77
	I_14_6	Vacina Hepatite B	7.20	6.63 - 7.77
	I_14_7	Vacina Meningocócica C	7.40	6.80 – 8.00
	I_14_10	Vacina Pneumocócica 10	3.36	3.11 – 3.61
	I_14_11	Vacina Tríplice viral	4.85	4.51 - 5.19
	I_14_12	Vacina Tríplice bacteriana	2.88	2.67 - 7.77
	I_14_13	Vacina Pentavalente	9.06	8.20 - 9.93
	I_14_14	Vacina oral de rotavírus humano	9.04	8.20 - 9.88
	I_16_6	Caixas térmicas para vacinas	3.06	2.95 - 3.17

Ao se observar a tabela 1, percebe-se que as dimensões Acesso e acolhimento e Coordenação do Cuidado foram excluídas conforme supracitado. Quanto à dimensão processo de trabalho, o critério de maior poder discriminatório foi a agenda do profissional está organizada para a realização de grupos de educação em saúde e o com menor poder discriminatório consiste na agenda do profissional está organizada para atendimento à demanda espontânea. Na dimensão resolutividade, o critério de maior poder discriminatório foi o registro do estado nutricional das crianças daquele território que fazem o acompanhamento e o com menor poder discriminatório é a Utilização da caderneta de saúde da criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Na dimensão Infraestrutura pode-se observar que os critérios com poder discriminatórios para a avaliação da assistência à saúde infantil são todos relacionados com a ofertar regular de imunização.

Em seguida, a partir da observação das dimensões a nível nacional e por regiões brasileiras, conforme visualiza-se na tabela 2, em relação a dimensão da qualidade da assistência à saúde da criança, identifica-se que no Brasil prevalece uma baixa qualidade na assistência à saúde da criança, apresentando 54,3% das equipes de saúde com qualidade ruim, 23,7% com qualidade regular e apenas 22% com boa qualidade, e da mesma forma ocorre

quando observado por regiões. Destacando-se a região Norte, que em comparação as demais regiões, encontra-se com a melhor qualidade na assistência à saúde dos infantis, ainda que, apresente 39,9% com qualidade ruim pode-se observar uma diminuição 14,4% em relação ao nível nacional, e um aumento de 4,6% e 9,8% das equipes com boa qualidade (26,6%) e com qualidade regular (33,5%) respectivamente. Ainda, a região que se mostra com pior qualidade foi a região Sul, possuindo 61,4% das equipes de saúde com qualidade ruim.

Na dimensão Processo de Trabalho pode-se verificar um pior desempenho nas equipes de saúde em relação à organização do trabalho para assistência à saúde da criança, apresentando apenas de 9% a 16,3% equipes classificadas como boas, 45,2% a 53% como moderadas e 37,4% a 40,3% como baixa qualidade em processo de trabalho (Tabela 2).

Entretanto na dimensão Resolutividade observa-se tanto a nível nacional quanto por regiões brasileiras uma boa resolutividade na atenção à saúde da criança, variando de 64,3% a 80% (Tabela 2).

Em relação a dimensão Infraestrutura verifica-se a nível nacional e por regiões, um pequeno número de equipes de saúde classificadas como ruins, variando de 12,4% a 19,9%, possuindo uma prevalência de equipes de saúde avaliadas em boas e moderadas, sendo 30,8% das equipes do Brasil classificadas com boa infraestrutura e 52,2% com infraestrutura moderada, as regiões Norte e Nordeste apresentaram-se superiores ao nível nacional, possuindo, respectivamente, 37,5% e 40,2% com boa infraestrutura e 44,2% e 47,4% com infraestrutura moderada, as regiões Centro-oeste, Sudeste e Sul encontram-se inferiores ao nível nacional, com respectivamente 28,8%, 24,3% e 20,4% com boa infraestrutura e 53,7%, 55,8% e 63,8% com infraestrutura moderada (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das equipes de saúde segundo a qualidade da assistência à saúde da criança por dimensões analisadas e por regiões brasileiras. Natal, RN. 2019.

DIMENSÃO	BRASIL/ REGIÃO					
	BRASIL ^a	NORTE ^b	NORDESTE ^c	CENTRO OESTE ^d	SUDESTE ^e	SUL ^f
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Saúde da Criança						
Boa	6.354 (22,0)	565(26,6)	2.206(21,0)	484(22,4)	2.271(23,2)	828(19,1)
Regular	6.839 (23,7)	710(33,5)	2.718(25,9)	603(27,9)	1.962(20,1)	846(19,5)
Ruim	15.707 (54,3)	846(39,9)	5.584(53,1)	1076(49,7)	5.541(56,7)	2.660(61,4)
TOTAL	28900 (100%)	846(100%)	10.508(100%)	2.163(100%)	9.774(100%)	4.334(100%)
Resolutividade						
Boa	22.615(75,9)	1.389(64,3)	8119(75,4)	1.670(74,5)	7831(77,5)	3606(80,0)
Regular	4.958(16,6)	455(21,1)	2.063(19,2)	341(15,2)	1491(14,8)	608(13,5)

Ruim	2.205 (7,4)	316(14,6)	586(5,4)	230(10,3)	778(7,7)	295(6,5)
TOTAL	29.788(100%)	2.160(100%)	10.768(100%)	2.241(100%)	10.100(100%)	4.509(100%)
Processo de Trabalho						
Boa	3.141(10,5)	351(16,3)	1080(10,0)	276(12,3)	1028(10,2)	406(9,0)
Regular	15.082(50,6)	977(45,2)	5345(49,6)	1127(50,3)	5242(51,9)	2391(53,0)
Ruim	11555(38,8)	832(38,5)	4343(40,3)	838(37,4)	3830(37,9)	1712(38,0)
TOTAL	29.778(100%)	2.160(100%)	10.768(100%)	22.41(100%)	10.100(100%)	4.509(100%)
Infraestrutura						
Boa	8.903(30,8)	795(37,5)	4221(40,2)	624(28,8)	2377(24,3)	886(20,4)
Regular	15.297(52,9)	938(44,2)	4981(47,4)	1161(53,7)	5451(55,8)	2766(63,8)
Ruim	4.700(16,3)	388(18,3)	1306(12,4)	378(17,5)	1946(19,9)	682(15,7)
TOTAL	28.900(100%)	2.121(100%)	10.508(100%)	2.163(100%)	9.774(100%)	4.334(100%)

^a O total de equipes para o Brasil é de 30.298. Totais diferentes desse valor indicam dados perdidos. ^b A região Norte possui 2,160 equipes. Totais diferentes desse valor indicam dados perdidos. ^c A região Nordeste possui 10,768 equipes. Totais diferentes desse valor indicam dados perdidos. ^d A região Centro-Oeste possui 2,241 equipes. Totais diferentes desse valor indicam dados perdidos. ^e A região Sudeste possui 10,100 equipes. Totais diferentes desse valor indicam dados perdidos. ^f A região Sul possui 4,509 equipes. Totais diferentes desse valor indicam dados perdidos.

A seguir foi realizado uma análise bivariada entre a qualidade da saúde infantil e o IDH-M (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) a fim de observar a possível associação da qualidade da assistência à saúde da criança às diferenças socioeconômicas contextuais. Observou-se que há prevalência de equipes com qualidade regular/ruim foi maior naquelas que pertenciam a municípios de maior IDH-M (Tabela 3).

Tabela 3. Análise bivariada entre a qualidade da saúde infantil e o IDH-M. Natal, RN. 2019.

Variável	Qualidade da saúde infantil				
	Boa	Regular/Ruim	RP	LI (IC95%)	LS (IC95%)
	N(%)	N(%)	0.960618 3	0.933112 3	0.988935
<i>2º Nível (municípios)</i>					
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)					
Alto IDHM-M	2,747 (19.05)	11,674(80.95)			
Baixo IDH-M	3,603 (24.93)	10,849 (75.07)			

6 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados evidenciam que a atenção à saúde da criança no Brasil ainda se encontra aquém do esperado, com 54,3% de equipes de saúde com uma baixa qualidade na assistência à saúde da criança, 23,7% com qualidade regular e apenas 22% com boa qualidade.

Vale ressaltar que embora seja constatada no Brasil a redução dos índices de Mortalidade Infantil (MI) ao se analisar desde a década de 1990, e ainda verificar que antes do prazo o país já atingiu uma das metas propostas nos ODM, ou seja, em 2011 apresentou um índice de MI de 16/1000 NV e reduziu dois terços à mortalidade para crianças menores de cinco anos até 2015, e que isso ocorreu ao longo desses anos por mudanças nas condições de vida da população. Ainda, no Brasil, a mortalidade concentra-se no período neonatal, principalmente decorrente de agravos perinatais, e outra problemática evidenciada na saúde da criança, relaciona-se às morbidades e hospitalizações por causas evitáveis no país, podendo-se assim perceber que a equidade proposta nas diretrizes do SUS não está sendo praticada integralmente (ARAÚJO *et al* 2014; ODM BRASIL, 2012; OLIVEIRA *et al*, 2010).

Corroboram Damarceno (2016), afirmando que é inegável os progressos alcançados à partir da introdução do PSF, como a redução da mortalidade infantil, entretanto, enfatiza que ainda prevalece nas consultas de saúde da criança o atendimento individual, biologicista, pautado na queixa-conduta, incapaz, portanto, de atender integralmente às necessidades de saúde dessa população.

Segundo Araújo *et al* (2014), no Brasil, é possível notar que todas as ações direcionadas à saúde da criança requerem transformações para mudança do panorama da saúde infantil, pois que as estratégias governamentais não são implementadas em sua totalidade no contexto da APS, remetendo para o modelo assistencial focado na atenção às doenças agudas e no atendimento às demandas espontâneas, que converge a dificuldades de articulação entre os serviços de saúde e no seguimento a doenças crônicas, bem como dificulta a consideração dos determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença da criança e da população.

Conforme Monteiro (2011), o acompanhamento da criança no contexto da APS, realizado pelo médico e o enfermeiro no sistema de saúde brasileiro, está pautado, muitas vezes, no modelo biomédico, onde frequentemente, o profissional de saúde age como detentor do conhecimento, tratando o familiar/cuidador como mero receptor de informações, levando-o a não reconhecer a importância do acompanhamento periódico de suas crianças.

De acordo com o presente estudo identificou-se que tanto a nível nacional como em todas as regiões brasileiras e principalmente na região Nordeste ocorre o predomínio de um

baixo desempenho em relação à organização do trabalho para assistência à saúde da criança, mostrando dessa forma que a maior parte das equipes de saúde brasileiras possuem um déficit no desenvolvimento do processo de trabalho voltado a assistência à saúde da criança. Justificando-se conforme Dasmaceno et al (2016) que o processo de trabalho na APS enfrenta entraves no âmbito da micropolítica do trabalho em saúde, no cenário de produção do cuidado, especificamente quanto ao aporte financeiro adequado, além destes, encontram-se questões de aspecto relacional trabalhador-usuário, trabalhador-trabalhador e não uso de novas tecnologias em saúde, como o acolhimento, fatores que dificultam a ruptura com o modelo hegemônico centrado na doença e no atendimento médico.

Ainda segundo Bertusso & Rizzotto (2018) apud Silva *et al* (2013) o trabalho na AB é complexo, exige conhecimentos de diferentes áreas do saber e é executado coletivamente, uma vez que nenhum profissional consegue realizar seu trabalho sem a colaboração dos outros profissionais que compõem a equipe de saúde.

Neste estudo, como pode-se perceber a região Norte apresenta a melhor qualidade na assistência à saúde da criança e a região Sul a pior qualidade. Entretanto, a região Sul encontra-se com a maior resolutividade, valendo ressaltar, que não existe grandes diferenças regionais em relação a resolutividade, pois observa-se no estudo que tanto a nível nacional quanto por regiões brasileiras, a assistência à saúde da criança, consegue ser resolutiva, e isso pode estar relacionado, dentre outros critérios, ao acompanhamento do estado nutricional da criança durante ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Corroborando com Victora *et al* (2011) que afirmam que as diferenças regionais referentes aos déficits de altura e à mortalidade de crianças foram igualmente reduzidas.

As desigualdades regionais de acesso à maioria das intervenções de saúde dirigidas às crianças foram notavelmente reduzidas e o progresso alcançado pelo Brasil incluem: modificações socioeconômicas e demográficas (crescimento econômico, redução das disparidades de renda entre as populações mais ricas e mais pobres, urbanização, melhoria na educação das mulheres e redução nas taxas de fecundidade); intervenções externas ao setor de saúde (programas condicionais de transferência de renda e melhorias no sistema de água e saneamento); programas verticais de saúde nos anos 1980 (promoção da amamentação, hidratação oral e imunizações); criação do Sistema Nacional de Saúde (SUS), mantido por impostos e contribuições sociais, cuja cobertura foi expandida para atingir as áreas mais pobres do país por intermédio do Programa de Saúde da Família, na metade dos anos 1990; e a implementação de vários programas nacionais e estaduais para melhoria da saúde e nutrição infantil e, em menor grau, para a promoção da saúde das mulheres. (VICTORA *et al*, 2011)

Para Silva et (2015) uma APS resolutiva pode evitar mortes infantis redutíveis e hospitalizações pela contemplação de uma atenção integral com ações como o acompanhamento ao crescimento e desenvolvimento da criança, imunização básica, visitas domiciliares – que ainda não têm sido desenvolvidas em sua plenitude no País. Ainda, os serviços de APS poderiam resultar em 85% de solução aos problemas apresentados no adoecer das crianças e, principalmente, contribuir para a modificação do panorama atual de morbimortalidade infantil no País (MENDES, 2012; SILVA *et al*, 2015).

Constatou-se em relação à infraestrutura que apenas um pequeno número de equipes de saúde brasileiras são classificadas como de baixa qualidade, destacando-se a região Nordeste com o maior número de equipes com boa infraestrutura e a região sudeste com o menor. Pode-se ainda perceber, a partir dos critérios utilizados para avaliação dessa dimensão, que isso pode estar relacionado com a estrutura necessária para a oferta regular de imunização. Segundo Damasceno *et al* (2016) destaca-se que, dentre os serviços disponíveis, os itens referentes às imunizações receberam avaliações positivas acima do limite classificatório para um bom resultado.

Entretanto Damasceno *et al* (2016) enfatizam que em relação à infraestrutura das unidades de saúde da família, percebe-se a inadequação do espaço físico, com caráter de improvisação, mais evidenciado nos estudos realizados na região nordeste, os quais revelam a falta de coerência entre a estrutura física existente e o modelo proposto na ESF, dessa forma, contraditoriamente ao resultado encontrado nesse estudo.

Neste estudo foi feita uma análise bivariada na tentativa de associar a qualidade da assistência à saúde da criança a fatores contextuais socioeconômicos através da utilização do IDH-M, que mede o avanço da população por meio de características econômicas, sociais, culturais e políticas. Entretanto, não observou-se associação entre uma melhor assistência à saúde da criança nos municípios de maior IDH-M. Contraditoriamente, os lugares de maior IDH-M apresentaram maior prevalência de equipes com baixa qualidade. Todavia, isso pode estar relacionado a algum fator que não foi avaliado, como a presença ou não de Estratégia de Saúde da Família, uma vez que municípios com maior desenvolvimento possuem menor cobertura, influenciando dessa forma nesse resultado. Souza *et al* (2008) apresentam em seu estudo que na análise dos municípios, foram identificadas variações quanto às dificuldades de acesso, apresentando situações mais problemáticas naqueles com características de metrópoles onde a expansão de cobertura da estratégia ainda é restrita e com áreas contíguas descobertas, convivendo dois tipos de unidades na atenção básica, sem diretriz organizacional comum. Ainda Silva (2007) traz que o IDH é um indicador elaborado pela Organização das Nações

Unidas usado para medir a qualidade de vida das pessoas em várias regiões do mundo e afirma que o IDH-M se mostra útil para a descrição geral das condições do Estado e para a discriminação dos grupos de municípios, embora alguns indicadores de vulnerabilidade não mostrem valores altos na determinação do IDH-M, quando desmembrados em grupos, apontam desigualdades significativas.

Este estudo identificou também dificuldade de utilização de vários critérios adotados pela avaliação externa do PMAQ para avaliação da assistência à saúde infantil, sobretudo pela fragilidade em discriminar as equipes, o que dificulta um juízo de valor na processo de avaliação. Corroborando com Arruda *et al* (2013), que afirmam como obstáculo para a efetivação das diretrizes do PMAQ-AB a necessidade de reestruturação da Avaliação Externa, de sua forma e de seus instrumentos de avaliação, que também são apresentados como impedimentos que devem ser trabalhados. Silva (2019) apud Fracolli *et al* (2014) concluíram que os instrumentos de avaliação, além de serem reconhecidos pela comunidade científica, devem ser capazes de identificar as fragilidades e potencialidades dos serviços. Moraes (2013) apud Campos (2007) afirmam que os parâmetros utilizados pelo PMAQ-AB estão determinados nos documentos oficiais e, portanto, os trabalhadores das equipes de atenção básica não possuem qualquer possibilidade de participar de sua formulação, o que reforça a alienação do trabalho e a Racionalidade Gerencial Hegemônica.

No presente estudo não foi possível discriminar as equipes pela avaliação das dimensões de Acesso e acolhimento e de Coordenação do Cuidado, sendo elas excluídas conforme citado nos resultados acima. Valendo ressaltar que o Acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento, para que se possa intervir positivamente no estado de saúde do indivíduo e da coletividade (RAMOS; LIMA, 2003). Estudos apontam que a capacidade dos sistemas de saúde

em prestar cuidados mais coordenados ao minimizar barreiras de acesso entre níveis assistenciais, oferecer atenção em saúde mais sincronizada e em tempo oportuno pode ser otimizada pela implantação de mecanismos e estratégias de integração da rede assistencial (ALMEIDA, 2010). Lima (2007) afirma em seu estudo que os problemas relacionados ao acesso foram referidos pelos usuários como os principais fatores dificultadores da assistência, sendo os relativos ao acesso funcional os mais citados e entre as dificuldades de acesso funcional, o tempo de espera prolongado pelo atendimento foi bastante referido pelos usuários.

Finalmente, cabe ressaltar que este estudo tem algumas limitações se considerarmos que nem todas as equipes do Brasil foram avaliadas pelo PMAQ no segundo ciclo. Além disso, o fato das dimensões acesso e coordenação do cuidado terem sido excluídas da análise pode ter limitado a construção do indicador de qualidade, pois essas dimensões não foram analisadas.

Contudo, alguns pontos analisados foram apropriados para impactar e possibilitar mudanças na assistência à saúde da criança.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou que a assistência à saúde da criança no Brasil ainda se encontra aquém do esperado e que o desempenho dos serviços de APS avaliados devem ser aprimorados com o fortalecimento do componente processo de trabalho.

O processo de trabalho na APS encontra-se fragilizado e isso dificulta a contemplação de uma atenção integral que proporcione a ruptura com o modelo hegemônico centrado na doença e no atendimento médico e possibilite atender integralmente às necessidades de saúde dessa população.

E ainda é sempre importante a destinação de investimentos direcionados a possibilitar a estrutura necessária para a oferta da assistência aos infantis, tornando-se prioridade, principalmente, a que possibilite a oferta regular de imunização.

Observou-se que não existe uma associação entre uma melhor assistência à saúde da criança nos municípios de maior IDH-M.

Mostrou ainda uma possível ineficiência dos critérios utilizados pela avaliação externa do PMAQ para avaliação da assistência à saúde infantil

Conclui-se então que é necessário ainda o fortalecimento da APS e que esta se configure como a ordenadora da rede integrada de atenção à saúde e possibilite o acesso aos demais pontos de atenção do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU, I. S.; BRAGUINI, W. L. Triagem neonatal: o conhecimento materno em uma maternidade no interior do Paraná, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 3, p. 596-601, set. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300023. Acesso em: 22 out. 2019.
- AKERMAN, M; FURTADO, J. P. (Orgs). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. 374 p. (Série Atenção Básica e Educação na Saúde)
- ALELUIA, I. R. S; ALMEIDA, E. R; MEDINA, M. G. A coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: contribuições para a análise. In: ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. B. (Orgs). **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 89-113.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008. Acesso em: 22 out. 2019.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington D.C., v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2011.v29n2/84-95/>. Acesso em: 22 out. 2019.
- ARAÚJO, Juliane Pagliari *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 6, 1000-1007, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-71672014000601000&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2019.
- BATISTA FILHO, Malaquias; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou. A saúde das crianças no mundo e no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, n. 4, p. 451-454, dez. 2015. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292015000400451&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2019.
- BERTUSSO, Francielle Regina; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 408-419, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042018000200408&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2019.
- BOUSQUAT, Aylene *et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, e00037316, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-

311X2017000805005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2019. Epub 21 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**: seção 1: Poder Executivo, Brasília, DF, p. 48-54, 24 out. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual AIDPI neonatal**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. (Série A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 272 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 184 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Manual instrutivo. Saúde Mais Perto de Você - Acesso e Qualidade. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você - acesso e qualidade. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. (Série A, Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS): 2004/2005**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004. 69 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo das ações de alimentação e nutrição na Rede Cegonha** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Nacional de DST e AIDS. **Projeto Nascer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.; HARTZ, Z.; (Orgs.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 263-72.

CARNEIRO Maria do Socorro Melo *et al.* Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 279-295, out. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600279&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2019.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2019.

COSTA, Glauce Dias da *et al.* Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeiras, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3229-3240, jul. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000800022&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2019.

DAMASCENO, Simone Soares *et al.* Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2961-2973, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232016000902961&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2019.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 13-33, out. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2019.

FIGUEIREDO, Glória Lúcia Alves; MELLO, Débora Falleiros de. A prática da enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 544-551, ago. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000400019&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2019.

GARCIA, Leila Posenato; SANTANA, Lúcia Rolim. Evolução das desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil no Brasil, 1993-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3717-3728, set. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000009. Acesso em: 22 out. 2019.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1989.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas da População Residente no Brasil e Unidades da Federação com Data de Referência em 1º De Julho De 2016 (PDF)**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

LAVRAS, Carmen. Atenção Primária à Saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, out./dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005. Acesso em: 22 out. 2019.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, n. 1, p. 91-104, mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292015000100091&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2019.

LIMA, Jaqueline Costa *et al.* Estudo de base populacional sobre mortalidade infantil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 931-939, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300931. Acesso em: 22 out. 2019.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva *et al.* Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos Usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 12-17, mar. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002007000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2019.

LINHARES, Paulo Henrique Arruda; LIRA, Geison Vasconelos; ALBUQUERQUE, Izabelle Mont'Alverne Napoleão. Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no estado do Ceará. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 195-208, out. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600195&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2019.

LOW, S.T.; ABRÃO, F.M. DA S.; AQUINO, J.M.de; MONTEIRO E.M.L.M.; NETA, M.J. P. **Consulta de enfermagem em puericultura no Centro de Saúde Escola Na cidade do Recife, Pernambuco: um relato de experiência**. 2009.

MACÊDO, V. C. **Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde.** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016. 43 p.

MACINKO J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. **Journal Ambulatory Care Management**, Philadelphia, v. 40, p. 4-11, apr./jun. 2017. Suppl. 2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28252498>. Access in: 22 out. 2019.

MARQUES, Emanuele Souza; COTTA, Rosângela Minardi Mirtre; PRIORE, Silvia Eloiza. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2461-2468, maio 2011. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500015. Access in: 22 out. 2019.

FIGUEIREDO, G. L. A; MELLO, D. F. Atenção à saúde da criança no brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, nov./dez. 2007.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde.** Brasília: CONASS, 2015.

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

MONTEIRO, Akemi Iwata *et al.* A enfermagem e o fazer coletivo: acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. **RENE**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 73-80, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4145>. Acesso em: 22 out. 2019.

MORAES, Paulo Navarro de; IGUTI, Aparecida Mari. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, jul./set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000300005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2019.

ODMBRASIL.GOV [Internet]. [localiza..o desconhecida]: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 01 de outubro de 2019]. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/> odmbrasil/o-brasil-e-os-odm

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de *et al.* Causes of hospitalization in the national healthcare system of children aged zero to four in Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 268-277, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 22 out. 2019.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan; FLORÊNCIO, Alexandre Ramos. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação**,

Informação & Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, ago. 2012. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492>. Acesso em: 22 out. 2019.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves de; FERLA, Alcindo Antônio. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe., p. 43-57, out. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext_pr&pid=S0103-11042014000600358&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2019.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100004. Acesso em: 22 out. 2019.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva *et al.* Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2375-2382, ago. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232016000802375&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2019.

ROCHA, A. A.; CÉSAR, C. L. G. **Saúde pública**: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008.

SAMICO, I. *et al.* (Orgs.). Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

SANCHO, Leyla Gomes; DAIN, Sulamis. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 765-774, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000300024&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2019.

SANDERS, Lídia Samara de Castro *et al.* Mortalidade infantil: análise de fatores associados em uma capital do Nordeste brasileiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 83-89, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-462X2017000100083&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2019.

SILVA, George Sobrinho; FERNANDES, Daisy de Rezende Figueiredo; ALVES, Claudia Regina Lindgren. Avaliação da assistência à saúde da criança na Atenção Primária no Brasil: Revisão sistemática de métodos e resultados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, jan. 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/avaliacao-da-assistencia-a-saude-da-crianca-na-atencao-primaria-no-brasil-revisao-sistematica-de-metodos-e-resultados/17082?id=17082>. Acesso em: 22 out. 2019.

SILVA, Lais Marques Coelho e; FERREIRA, Lucilene Renó; ROSA, Anderson da Silva; NEVES, Vanessa Ribeiro. Implementação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade segundo gestores da Atenção Básica de São Paulo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 397-403, ago. 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002017000400397&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2019.

SILVA, Olga Maria Panhoca; PANHOCA, Luiz. A contribuição da vulnerabilidade na determinação do índice de desenvolvimento humano: estudando o estado de Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1209-1219, set./out. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500018. Acesso em: 22 out. 2019.

SILVA, Rosane Meire Munhak da *et al.* A integralidade na assistência à saúde da criança na visão dos cuidadores. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 718-729, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000300718&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2019.

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 100-110, 2008. Supl. 1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015. Acesso em: 22 out. 2019.

SOUZA, Miriam Francisco de *et al.* Coordenação do cuidado no PMAQ-AB: uma análise baseada na Teoria de Resposta ao Item. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 87, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102017000100278&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2019. Epub 21 set. 2017.

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

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400010. Acesso em: 22 dez. 2019.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Avaliação de serviços e programas de saúde para a tomada de decisão. 2008.

VASCONCELOS, Eliane Nóbrega *et al.* A normatização do cuidar da criança menor de um ano: estudo dos significados atribuídos pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1225-1234, ago. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000400028&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2019.

VICTORA, Cesar G. *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, [s.l.], v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, may 2011. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60138-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60138-4/fulltext). Access in: 22 out. 2019.

VIEIRA, Viviane Cazetta de Lima *et al.* Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 119-125, jan./mar. 2012.

Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26384/17577>. Acesso em: 22 out. 2019.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: **QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA – ANÁLISE DOS DADOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PROGRAMA DE MELHORIA E ACESSO DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)**, que tem como pesquisador responsável Vaniely Oliveira Ferreira.

Esta pesquisa pretende analisar a qualidade da assistência à saúde da criança no Brasil a partir da avaliação externa do PMAQ-AB e conhecer a percepção dos enfermeiros das unidades básicas de saúde acerca da assistência à saúde da criança desenvolvida no município de Sousa –PB.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é a magnitude e transcendência que as possibilidades de melhoria da assistência à saúde da criança podem trazer a redução da mortalidade infantil. Ainda justifica-se a necessidade de avaliar em especial os dados gerados pelo PMAQ-AB uma vez que possibilitará as transformações e melhorias na saúde pública.

Caso você decida participar, você fará parte do grupo focal presencial sobre a qualidade da assistência à saúde da criança desenvolvida nas unidades básicas de saúde do município de Sousa- PB.

1/4

Rubrica do Participante/Responsável legal:	Rubrica do Pesquisador:
--	-------------------------

O grupo focal terá uma duração máxima de 1 (uma) hora, mediante gravação de voz, sendo solicitado autorização escrita para isso. Essas informações serão gravadas e digitadas para análise, depois serão guardadas e mantidas em sigilo, em local seguro pelo responsável por essa pesquisa e por um período de 5 anos.

Durante a realização do grupo focal, a previsão de riscos é mínima, podendo acontecer possíveis constrangimento ou desconforto pelo tempo gasto no fornecimento das respostas e pelas informações repassadas. Para minimizá-los, pretende-se garantir no

momento da coleta de dados, um ambiente tranquilo, agradável e confortável, assim como garantir a privacidade na coleta de dados e o anonimato dos participantes.

Caso algum assunto lhe cause constrangimento de qualquer natureza, você tem o direito de se recusar a falar ou solicitar maior esclarecimento.

Como possíveis benefícios da pesquisa há o aprendizado para melhoria e planejamento da assistência a saúde da criança. Além disso, pretende-se divulgar os resultados, em que será compartilhado com todos os interessados (pesquisadores, gestores nacionais, estaduais, municipais, profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com acesso público e gratuito.

Em caso de algum problema que você possa ter, relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita, conforme a natureza do problema apresentado, que estará na responsabilidade do pesquisador responsável Vaniely Oliveira Ferreira.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para o pesquisador responsável Vaniely Oliveira Ferreira, no telefone: (84) 996740712; e-mail: vanielyvip@hotmail.com

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

2/4

Rubrica do Participante/Responsável legal:	Rubrica do Pesquisador:
--	-------------------------

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, telefone: 3342-5003, endereço: Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis – Espaço João Machado – 1º Andar – Prédio Administrativo - CEP 59.012-300 - Nata/Rn, e-mail: cep_huol@yahoo.com.br.

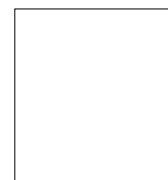
Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Vaniely Oliveira Ferreira.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA – ANÁLISE DOS DADOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PROGRAMA DE MELHORIA E ACESSO DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)**, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal, _____/_____/_____.

Assinatura do participante da pesquisa



Impressão
datiloscópica do
participante

3/4

Rubrica do Participante/Responsável legal:	Rubrica do Pesquisador:
--	-------------------------

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo **QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA – ANÁLISE DOS DADOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PROGRAMA DE MELHORIA E ACESSO DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)**, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, _____/_____/_____.

Assinatura do pesquisador responsável

Vaniely Oliveira Ferreira

4/4

Rubrica do Participante/Responsável legal:	Rubrica do Pesquisador:
--	-------------------------

APENDICE E- TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada, **QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA – ANÁLISE DOS DADOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PROGRAMA DE MELHORIA E ACESSO DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)**, poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, o pesquisador: VANIELY OLIVEIRA FERREIRA, a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

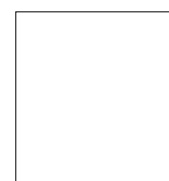
Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora VANIELY OLIVEIRA FERREIRA, e após esse período, serão destruídos e,
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Natal, _____/_____/_____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável



Impressão
datiloscópica do
participante