

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

Avaliação do cuidado primário à saúde da criança em  
municípios do Estado da Paraíba, Brasil

Erika Morganna Neves de Araujo

Orientador: Prof. Dr. Dixis Figueroa Pedraza

**CAMPINA GRANDE  
2016**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

Avaliação do cuidado primário à saúde da criança em  
municípios do Estado da Paraíba, Brasil

Erika Morganna Neves de Araujo

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da  
Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos  
necessários para a obtenção do título de Mestre em  
Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Dixis Figueroa Pedraza

**CAMPINA GRANDE  
2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A663a Araujo, Erika Morganna Neves de.  
Avaliação do cuidado primário à saúde da criança em municípios do Estado da Paraíba, Brasil [manuscrito] / Erika Morganna Neves de Araujo. - 2016.  
102 p.

Digitado.  
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.

"Orientação: Prof. Dr. Dixis Figueroa Pedraza, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa".

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde da criança. 4. Hospitalização. I. Título.

21. ed. CDD 613.043 2

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Erika Morganna Neves de Araujo**

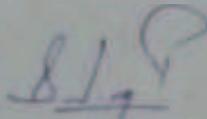
**Título:** Avaliação do cuidado primário à saúde da criança em municípios do Estado da Paraíba, Brasil

**Orientador(a):** Dixis Figueroa Pedraza

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

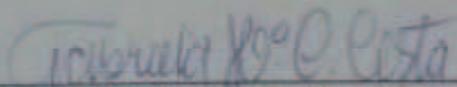
Aprovado em: 20/07/2016

**Banca Examinadora:**



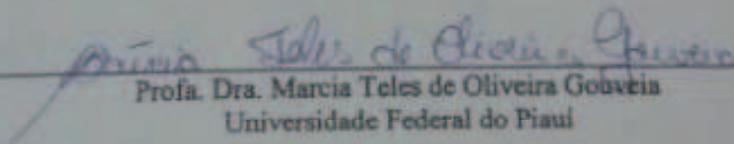
---

Prof. Dr. Dixis Figueroa Pedraza  
Universidade Estadual da Paraíba



---

Profa. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa  
Universidade Estadual da Paraíba



---

Profa. Dra. Marcia Teles de Oliveira Gouveia  
Universidade Federal do Piauí

## DEDICATÓRIA

Esse trabalho é dedicado ao meu amado e lindo Deus. Não teria como ser diferente. Tudo é por Ele, para Ele e por causa Dele. Se não fosse o Senhor em mim e eu Nele, não consigo imaginar como seria nem onde eu estaria. Ele me assistiu nas minhas fraquezas e me levantou em cada uma delas. Foi a Graça Dele que me fez chegar até aqui. Por isso, a honra, a glória e o sucesso desse trabalho é dele, toda dele!

## AGRADECIMENTOS

Esta é, sem dúvidas a parte mais difícil de escrever. O motivo disso, talvez seja porque a nossa vida não se coloca em uma análise estatística e a significância das pessoas não se descobre pelo valor de  $p...$  e se hoje você lê essa página é porque eu CONSEGUI! Mas eu jamais conseguiria sozinha (seria impossível). Eu sei que corro o risco de não dar conta desse meu "muitíssimo obrigada" como é merecido, porque o que existe em meu coração, nem o mais experiente e inspirado poeta seria capaz de escrever, mas vamos lá..

À minha mãe, Suely, por me ensinar valores inestimáveis e por me amar incondicionalmente. Obrigada mãe, por não me deixar desistir dos meus sonhos e por chorar o meu choro tantas vezes. Obrigada por abrir mão de muitas coisas e desejos para realizar os meus. Eu sei que você se orgulha muito de mim, mas de fato, eu me orgulho muito mais por ter você como mãe e por tê-la como a referência de tudo o que eu quero ser quando "crescer".

Aos meus irmãos Fabricia e Thyago, por tantas vezes, mesmo sem palavras serem os meus maiores incentivadores. Aos meus "sobrinhos- irmãos" Lucas e Matheus, por suportarem os meus "abusos" em meio às minhas correrias e sempre se orgulharem de mim e vibrarem comigo a cada conquista. Vocês são incríveis, são os meus melhores, o meu orgulho. Vocês me motivam a correr, avançar, alcançar e romper meus limites! Eu sou realizada porque tenho a melhor família que alguém poderia ter.

Aos meus amigos... não tenho muitos, mas tenho os melhores! Aos de longas datas, aos que chegaram no decorrer do mestrado. Aos de longe, aos de perto. Aos chegados, aos mais chegados. Vocês decidiram simplesmente acreditar que seria possível e por causa de vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção, melhoram tudo o que eu tenho produzido na vida. Eu não preciso citar nomes, vocês que fazem parte da minha vida, sabem que esse parágrafo é destinado para vocês, seus lindos!

Ao professor Dixis. Resumí-lo a meu orientador é pouco, e certamente ele sabe a importância que tem pra mim não só na condução dessa dissertação, mas pelo que foi construído nesses seis anos de convivência. Você é incrível, Dixis! O seu coração e simplicidade são raros. Sou grata a Deus pela oportunidade de ter lhe conhecido um dia e ter sido orientada desde o meu TCC por você. Eu sou muito privilegiada em ter um orientador amigo e um amigo orientador. Serei eternamente grata a você por tudo!

Ao grupo de pesquisa. Mundo da pesquisa, me perdoe, mas o meu grupo de pesquisa é o MELHOR de todos. Gente, vocês são incríveis! Nada disso seria possível sem vocês, eu não poderia dar conta de todo o trabalho sozinha. Se não fossem vocês, é bem provável que eu

ainda estivesse perdida em Bayeux procurando a Unidade do Mario Andreazza 2. As idas e vindas com vocês, me deram forças para continuar. Certamente irão colher todo o tempo e disposição investidos para que esse trabalho fosse possível. Muito obrigada mesmo!

Ao corpo docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública por tanto conhecimento e vivência transmitidos durante as aulas, os quais foram, são e serão muito importantes para a minha vida profissional. À secretária LIDIANE (conforme prometido, em letras garrafais), por sempre se colocar disponível para ajudar no que fosse preciso. “Obrigada, mulher”, você é uma profissional incrível e também faz parte da minha conquista.

Às professoras Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia e Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa, pelas importantes contribuições científicas ao meu trabalho e pela disponibilidade em compor e engrandecer ainda mais a banca, desde a qualificação.

Às mães, às crianças e aos profissionais de saúde que colaboraram para que fosse possível a realização deste trabalho. É provável que eu nunca os veja novamente, mas a minha gratidão a vocês, é intensa e verdadeira.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento do projeto.

A todos aqueles que, embora não nomeados, me brindaram com seu apoio em tantos momentos, o meu reconhecido e carinhoso muito obrigada!

Todos vocês são co-autores deste trabalho.

## RESUMO

**Introdução:** Dentro dos cuidados à saúde das populações, a Atenção Primária à Saúde tem sido um requisito bastante almejado como eixo organizador das práticas sanitárias, na qual a atenção à saúde da criança representa campo prioritário. As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e o preenchimento do instrumento de vigilância à saúde da criança são considerados indicadores de qualidade da assistência prestada na atenção primária. **Objetivos:** Avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde, com base nas internações evitáveis em crianças menores de cinco anos e nas informações registradas no instrumento de vigilância à saúde da criança em dois municípios do Estado da Paraíba, Nordeste do Brasil. **Materiais e métodos:** Estudo transversal realizado nos municípios de Cabedelo e Bayeux, Paraíba. Os dados foram coletados em duas etapas. Na primeira, analisaram-se as internações de 627 crianças menores de cinco anos dos municípios de estudo em quatro hospitais públicos pediátricos da Paraíba. Foram utilizadas as autorizações de internação hospitalar para colher informações das características das crianças e das internações. Analisaram-se as diferenças das causas de internações e dos tempos de hospitalização segundo município, sexo e faixa etária; e a associação da internação sensível com o sexo, a idade e o desfecho da internação. Na segunda etapa, analisaram-se os cuidados à saúde da criança por meio do preenchimento do instrumento de vigilância de 321 crianças menores de cinco anos localizadas nas áreas de abrangência das equipes de saúde sorteadas aleatoriamente. Coletaram-se junto às mães informações sobre características sociodemográficas. Analisou-se o preenchimento dos gráficos de crescimento, dos registros de suplementação com ferro e vitamina A e das anotações do calendário vacinal no instrumento. Nas crianças de posse da terceira versão da Caderneta de Saúde da Criança, analisou-se a associação do preenchimento com as características sociodemográficas. **Resultados:** Quanto às internações, a prevalência de condição sensível foi de 82,4%. As causas sensíveis mais frequentes foram: pneumonias bacterianas (59,38%), gastroenterites infecciosas e complicações (23,59%) e infecção do rim e trato urinário (9,67%). Meninas apresentaram maior prevalência de condições sensíveis em relação aos meninos. Verificou-se mediana de 4 dias de hospitalização para as condições sensíveis. O tempo de hospitalização por condição sensível foi significativamente maior do que o tempo da condição não sensível. Segundo os municípios, o tempo de hospitalização foi maior em Cabedelo. Quanto ao preenchimento do instrumento de vigilância, todos os parâmetros estudados apresentaram altas frequências de inadequação, oscilando de 41,1% para o gráfico de peso x idade a 95,7%

para o gráfico de índice de massa corporal x idade, com pior desempenho em Bayeux. Ser menor de 25 meses representou um fator de proteção do preenchimento inadequado da Caderneta de Saúde da Criança, enquanto crianças residentes de Bayeux apresentaram maior frequência de preenchimento inadequado. **Conclusões:** A atenção dispensada às crianças menores de cinco anos no nível primário à saúde não tem sido efetivamente concretizada em função das altas prevalências de Internações por condições Sensíveis à Atenção Primária e de inadequação do preenchimento do instrumento de vigilância. Sugere-se, assim, a necessidade de qualificação e capacitação profissional, bem como a integração entre os diferentes níveis de atenção.

**Palavras- chave:** Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Cuidado da Criança. Saúde da Criança. Hospitalização.

## ABSTRACT

**Introduction:** Within the context of public health care, Primary Health Care has been a fundamental requirement as organizing axis of sanitary practices, in which the health care of children is a priority field. Hospitalizations due to Primary Care Sensitive Conditions and completion of the child health surveillance instrument are considered indicators of the quality of assistance provided by the primary care. **Objectives:** To evaluate the quality of Primary Health Care based on preventable hospitalizations of children under five years old and based on the information recorded in the child health surveillance instrument in two counties the state of Paraíba, northeastern Brazil. **Materials and methods:** Cross- Sectional study conducted in the counties of Cabedelo and Bayeux, Paraíba. Data were collected in two stages. At first, we analyzed the hospitalization of 627 children under five years old from the studied counties in four pediatric public hospitals of Paraíba. Hospitalization authorization forms were used to gather information on the characteristics of children and of hospitalizations. We analyzed the causes of hospitalizations and the length of stay according to county, sex and age, as well as the association between hospitalizations due to Primary Care Sensitive Conditions and sex, age and hospitalization outcome. In the second stage, care to child health was analyzed through data filled in the surveillance instrument of 321 randomly selected children under five years old in areas covered by health workers. Information on sociodemographic characteristics were collected from mothers. Growth charts, records of supplement with iron and vitamin A and notes on immunization schedule registered in the instrument were analyzed. In the case of children that had the third version of the Child Health Handbook, the association between completion of this handbook and sociodemographic characteristics was analyzed. **Results:** As for hospitalizations, prevalence of sensitive condition was 82.4%. The most frequent sensitive causes were: bacterial pneumonia (59.38%), infectious gastroenteritis and complications (23.59%) and infection of the kidney and urinary tract (9.67%). Girls had a higher prevalence of sensitive conditions than boys. A median of 4 days of hospitalization due to sensitive conditions were observed. The hospital stay length due to sensitive conditions was significantly longer than the stay due to non-sensitive conditions. Regarding counties, the length of hospitalization was longer in Cabedelo. As for completion of the surveillance instrument, all parameters studied showed high level of inadequacy, ranging from 41.1% for the "age versus weight" chart to 95.7% for the "body mass index versus age" chart, with the worst performance in Bayeux. Age below 25 months represented a factor inversely related to, and thus a protection against, inadequate

completion of the Child Health Handbook. Also, the hand books of children living in Bayeux had higher frequency of inadequate completion. **Conclusions:** The attention given to children under five years of age at Primary Health Care has not been effectively implemented due to the high prevalence of Hospitalizations due to Primary Care Sensitive Conditions and inadequate completion of the surveillance instrument. Results suggest, therefore, a need for qualification and professional training, as well as for integration between the different levels of care.

**Key words:** Family Health Strategy. Primary Health Care. Child Care. Child Health. Hospitalization.

## ÍNDICE

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>26</b>
<b>3 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>27</b>
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>33</b>
ARTIGO 1: Qualidade da Atenção Primária à Saúde: uma análise segundo as internações evitáveis em crianças menores de cinco anos.....	<b>33</b>
ARTIGO 2: Cuidados primários à saúde da criança: utilização do instrumento de vigilância com foco no crescimento .....	<b>58</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>82</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>89</b>
APÊNDICE A- Instrumentos de coleta de dados.....	<b>88</b>
APÊNDICE B- Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.....	<b>99</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>101</b>
ANEXO 1- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba.....	<b>101</b>
ANEXO 2- Comprovantes de submissão dos artigos.....	<b>102</b>

## LISTA DE TABELAS

### **Artigo 1. Qualidade da Atenção Primária à Saúde: Uma análise segundo as internações evitáveis em crianças menores de cinco anos**

**Tabela 1.** Características infantis e das internações de crianças menores de cinco anos segundo município de residência. Cabedelo e Bayeux, Paraíba, 2013..... **51**

**Tabela 2.** Causas de internações de crianças menores de cinco anos segundo município de residência: frequências, proporções e taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Cabedelo e Bayeux, Paraíba, 2013. .... **52**

**Tabela 3.** Causas de internações de crianças menores de cinco anos segundo sexo da criança. Cabedelo e Bayeux, Paraíba, 2013. .... **53**

**Tabela 4.** Causas de internações de crianças menores de cinco anos segundo faixa etária da criança. Cabedelo e Bayeux, Paraíba, 2013. .... **54**

**Tabela 5.** Associação da internação por condição sensível ao cuidado primário com as características infantis e o desfecho da internação. Cabedelo e Bayeux, Paraíba. 2013..... **55**

**Tabela 6.** Tempo de hospitalização das causas de internações de crianças menores de cinco anos segundo município de residência e sexo. Cabedelo e Bayeux, Paraíba, 2013. .... **56**

### **Artigo 2. Cuidados primários à saúde da criança: utilização do instrumento de vigilância com foco no crescimento**

**Tabela 1.** Características sociodemográficas de crianças menores de cinco anos atendidas por equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família de dois municípios do Estado da Paraíba, 2014. .... **75**

**Tabela 2.** Instrumento de vigilância à saúde da criança: versão de posse e preenchimento em crianças menores de cinco anos atendidas por equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família de dois municípios do Estado da Paraíba, 2014..... **76**

**Tabela 3.** Associação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança com as características sociodemográficas de crianças menores de cinco anos atendidas por equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família de dois municípios do Estado da Paraíba, 2014. .... **78**

**Tabela 4.** Associação ajustada (Regressão de Poisson) do preenchimento inadequado da Caderneta de Saúde da Criança com as características sociodemográficas de crianças menores de cinco anos atendidas por equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família de dois municípios do Estado da Paraíba, 2014. .... **79**

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>AIDPI</b>	Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
<b>AIH</b>	Autorização para Internação Hospitalar
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CC</b>	Cartão da Criança
<b>CSC</b>	Caderneta de Saúde da Criança
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>IC</b>	Intervalo de Confiança
<b>ICSAP</b>	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>NCHS</b>	National Center of Health Statistics
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>NV</b>	Nascidos Vivos
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Panamericana de Saúde
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PAISC</b>	Programa Assistência Integral à Saúde as Criança
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNI</b>	Programa Nacional de Imunização
<b>PNIAM</b>	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
<b>PROESF</b>	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>RP</b>	Razão de Prevalência
<b>SBP</b>	Sociedade Brasileira de Pediatria
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância

# 1 INTRODUÇÃO

Os primeiros esforços para a reorganização da prática assistencial à saúde ocorreram no final da década de 1970. Tais esforços receberam forte influência dos movimentos internacionais que apontavam para novos modelos de fazer saúde<sup>1</sup>.

Desses movimentos, pode-se citar a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, cidade da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, em 1978, que estabeleceu como meta “Saúde para Todos no Ano 2000” e definiu cuidados primários como sendo:

“cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”<sup>2</sup>

A referida conferência representou um marco para a difusão da Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o mundo<sup>3</sup>. Desde então, a APS tem sido considerada um dos componentes chave para a eficácia do Sistema de Saúde e para o alcance dos objetivos de disseminação da saúde para todas as populações<sup>4</sup>.

A APS compreende ações de promoção e proteção da saúde e de prevenção de agravos<sup>5</sup>. Constitui-se o primeiro contato da assistência continuada, centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde<sup>3</sup>. É, portanto, uma importante ferramenta para a redução das iniquidades e o fortalecimento da saúde pública na população mundial<sup>3,6</sup>.

Esse nível de atenção possui por atributos essenciais a acessibilidade, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção<sup>3,7</sup>. O primeiro está relacionado

com o acesso e o cuidado que o serviço presta a cada problema de saúde ou para o acompanhamento rotineiro de saúde<sup>5</sup>. A longitudinalidade reflete a continuidade e a efetividade do tratamento, permite a produção de diagnósticos e tratamentos mais precisos, com conseqüente redução de encaminhamentos desnecessários para especialistas e realização de procedimentos de maior complexidade<sup>5,7</sup>. A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um leque de serviços que atendam as necessidades mais comuns da população adscrita<sup>3</sup>. A coordenação da atenção implica na garantia da continuidade da atenção à saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante<sup>3,5</sup>.

A história da Atenção à Saúde da Criança está entrelaçada aos fatos sócio-político-econômicos que nortearam a história da humanidade<sup>8</sup>. A infância apresentava pouca relevância para a sociedade até metade do século XVII, pois a criança era considerada como um adulto em miniatura, sem a capacidade de crescer e desenvolver, dessa forma, ela não recebia o mesmo tratamento que um adulto quando enfermava<sup>8,9</sup>.

Foi com o advento da Revolução Industrial, no século XVIII, que a criança passou a ganhar importância para os serviços de saúde. A partir de então, as ações de saúde da criança passaram também a ser consideradas no âmbito de cuidados primários de saúde<sup>1</sup>. Dessa forma, iniciou-se a criação de serviços direcionados ao acompanhamento da saúde da criança com foco na vigilância, através de consultas de puericultura para as crianças de zero a dois anos, a fim de avaliar e orientar os pais sobre o crescimento e desenvolvimento de seus filhos<sup>9</sup>.

O enfoque na vigilância da saúde propõe uma modificação do saber e das práticas sanitárias por meio da reorientação do processo de trabalho e da reorganização dos serviços de saúde com foco na integralidade<sup>10</sup>. Esse modelo de atenção extrapola o objeto de intervenção focalizado na doença, passando a envolver, também, as determinações sociais da saúde<sup>11</sup>. No que diz respeito à vigilância à saúde da criança, esse modelo de atenção recomenda que cada contato entre a criança e o serviço de saúde, independente do motivo, deva ser tratado como uma oportunidade para a análise integrada e preditiva de sua saúde, bem como para uma ação resolutiva e de promoção da saúde com forte caráter educativo<sup>12</sup>. Desse modo, a atenção à saúde da criança deve abranger o desenvolvimento de ações de prevenção e assistência a agravos à saúde, por meio de uma assistência integral e de qualidade, com a finalidade de reduzir a mortalidade infantil<sup>5,13</sup>. Nesse sentido, os serviços de atenção primária são fundamentais à manutenção da saúde, do crescimento e desenvolvimento infantil, sobretudo nos primeiros anos de vida<sup>5</sup>.

Nessa perspectiva, foi instituído pelo Ministério da Saúde do Brasil o Programa Nacional de Imunização (PNI), em 1973, e o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), em 1981. O PNI é considerado até hoje como um programa universal de referência mundial no controle e erradicação de doenças<sup>14</sup>. O PNIAM é caracterizado por “uma diversidade de ações, incluindo campanhas na mídia, treinamento de profissionais de saúde, aconselhamento em amamentação individualizado, produção de material educativo, estabelecimento de grupos de apoio à amamentação na comunidade, aprovação de leis que protegem a amamentação e o controle de marketings de leites artificiais”<sup>15</sup>. Posteriormente, em 1984, foi implantado o Programa Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), destinado a combater as condições desfavoráveis de saúde da população infantil brasileira, explicitadas pelas suas altas taxas de morbimortalidade. Devido ao seu caráter educativo com estratégias de sensibilização e treinamento dos profissionais responsáveis por sua operacionalização, o programa representou um marco definitivo de modelo à assistência à saúde infantil<sup>16,17</sup>.

O PAISC visou assegurar a integralidade da assistência prestada à criança pelos serviços de saúde, por meio de ações preventivas, tendo como eixo básico a garantia do adequado crescimento e desenvolvimento infantil<sup>18</sup>. As ações propostas pelo Programa incluem: i) incentivo ao aleitamento materno e orientação adequada para o desmame; ii) assistência e controle das infecções respiratórias agudas; iii) imunização para o controle das doenças preveníveis; iv) controle das doenças diarreicas; e v) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na faixa etária de zero a cinco anos<sup>17</sup>.

Apesar da sua recomendação desde Alma Ata, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, no Brasil, tornou-se uma ação relevante somente com a implantação do PAISC. Foi nesse contexto que sugeriu-se, como parte do PAISC, a implantação do Cartão da Criança (CC), com o propósito de conferir maior ênfase às ações preventivas<sup>1,19</sup>. O mesmo tornou-se um instrumento indispensável para o atendimento à criança de zero a cinco anos<sup>16,20</sup> e para o diagnóstico presumível de desnutrição energético-proteica utilizando o peso como medida de acompanhamento<sup>21</sup>. Além disso, é reconhecido como instrumento essencial para a vigilância à saúde com caráter educativo que possibilita o estabelecimento de vínculo entre o profissional de saúde e a família<sup>22</sup>. Considera-se que a adequada utilização desse instrumento deve fornecer uma melhor adesão e valorização deste pela família, apontando-o como um indicador importante da qualidade da atenção ofertado as crianças nos serviços de saúde<sup>22</sup>.

O primeiro CC trazia um gráfico de peso para idade com duas curvas (uma curva superior representada pelo percentil 90 e outra inferior representada pelo percentil 10), de acordo com o padrão do National Center of Health Statistics (NCHS) de 1977/78, adotado, até então, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como padrão internacional<sup>1,21</sup>. A criança que apresentasse o peso para a idade compreendido entre as duas curvas era considerada como de crescimento normal. Aquela que, por sua vez, apresentasse peso para idade abaixo do percentil 10 era considerada com déficit de crescimento e diagnóstico presumível de desnutrição energético-proteica<sup>21</sup>. Este CC trazia, ainda, calendário vacinal, espaço para agendar consultas de retorno e dados para a identificação da criança<sup>1</sup>.

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, no ano de 1988, a saúde passou a ter status de direito social no país, devendo ser garantida pelo Estado. Foi instituído, então, o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios a universalidade, integralidade e equidade. Para alcançar tais princípios, foram estabelecidas também as diretrizes organizacionais do sistema, as quais são: regionalização, hierarquização, descentralização e controle social<sup>23</sup>.

No que se refere à criança, o direito à saúde foi reforçado em 1990, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual foi a primeira legislação específica sobre a criança e o adolescente, a abordar a saúde com o foco na prevenção e na integralidade<sup>24, 25</sup>. Nesse contexto, o CC passou por sua primeira reformulação, acrescentando informações sobre os direitos constitucionais da criança, incentivo à amamentação, informações sobre o desenvolvimento infantil e prevenção de acidentes<sup>21</sup>.

Visando reduzir as taxas de morbimortalidade da população materno-infantil, especialmente na região Nordeste<sup>3</sup>, em 1991, foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desenvolvido no Estado do Ceará desde 1987, o qual enfocou a saúde da família, e não do indivíduo, dentro das práticas de saúde. O Programa tinha o objetivo central de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna<sup>26-28</sup>.

Em 1994, com uma avaliação positiva do PACS, foi proposto, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF)<sup>3</sup>, com a finalidade de melhorar o acesso e a qualidade da APS em todo o país, na perspectiva de uma atenção integral e marcado pela extensão de cobertura a grupos populacionais mais vulneráveis<sup>29</sup>. O PSF constituiu-se em um importante mecanismo de mudança nas práticas e na atenção à saúde da população, com enfoque na formação de equipes multiprofissionais e fortalecimento dos vínculos de

responsabilidade e confiança entre os profissionais, as famílias e a comunidade, integrando a assistência médica com a promoção da saúde e ações preventivas<sup>30-32</sup>.

No entanto, essas propostas lançadas pelo Programa estavam limitadas, principalmente pelos entraves relacionados aos recursos necessários para os custos das ações e serviços de saúde. Na perspectiva de vencer esses desafios, em 1996 foi aprovada a Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/96), por meio da qual, foi estabelecido que a transferência regular de recursos destinados à Atenção Básica fosse realizada fundo a fundo, da esfera federal para os estados, municípios e Distrito Federal<sup>29,33</sup>. Além disso, na NOB 96, o Ministério da Saúde enfatizou o PSF e o PACS como estratégias prioritárias para o fortalecimento da APS, sobretudo nos municípios de pequeno porte das regiões Norte e Nordeste, e para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, com influência direta sobre a saúde infantil<sup>33,34</sup>. Também, em 1996, o PSF passou a ter uma outra visão, deixando de ser reconhecido como um programa, que aponta para uma atividade com início, meio e fim, e passa a ser definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), sem prever um tempo de finalização, e visando a “reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital, resgatando os princípios do SUS, visando melhorar e ampliar o atendimento à população”<sup>29,35</sup>.

Por meio da ESF, recomenda-se o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de cinco, pelos profissionais de saúde, através de consultas agendadas, com o objetivo de prevenir agravos, e quando necessário, intervir e/ou encaminhar para serviços especializados<sup>36</sup>. Esse acompanhamento é também reconhecido como uma importante atividade de rotina na atenção infantil pela OMS e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)<sup>28,36</sup>. Nessa conjuntura, a atenção integral à saúde da criança deve estar vinculada à ESF como ação fundamental para que crianças possam crescer e se desenvolver adequadamente<sup>37</sup>.

Essa reorientação do modelo assistencial, proposta pela ESF, voltando o foco da atenção para a saúde, em vez da doença, e visualizando a criança em seu contexto familiar sob todos os aspectos que determinam sua saúde, foi essencial para a queda processual da mortalidade e o aumento da sobrevivência infantil no país a partir da década de 90<sup>1,38,39</sup>. No entanto, mesmo com a implantação e efetivação das equipes de saúde da família, ainda persistiam os índices alarmantes de morte de crianças antes de completarem cinco anos de idade<sup>40</sup>, sobretudo devido às doenças diarreicas e à pneumonia<sup>1</sup>.

Nesse contexto, paralelo à implantação do PSF, como recurso para cumprir as metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância, a OMS, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) propuseram o desenvolvimento de uma iniciativa global, a Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), com a finalidade de reduzir as taxas de mortalidade infantil; diminuir a incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas e de distúrbios nutricionais; garantir a qualidade da atenção à saúde, bem como o fortalecimento das ações preventivas e da promoção da saúde das crianças menores de cinco anos de idade<sup>1,28,41,42</sup>.

A estratégia foi oficialmente incorporada no âmbito da ESF em 1996 pelo Ministério da Saúde<sup>28,42</sup> e propôs analisar de forma simultânea as doenças de maior prevalência na infância, em vez de abordá-las de forma isolada, por meio de três pilares básicos: i) capacitação de recursos humanos na APS, objetivando melhoria da qualidade da assistência prestada; ii) reorganização dos serviços de saúde e; iii) educação em saúde na família e na comunidade, a fim de favorecer a participação de todos na identificação, condução e resolução dos problemas de saúde<sup>28,41,42</sup>.

De uma maneira geral, tanto a ESF quanto a AIDPI colaboraram para uma redução significativa da mortalidade infantil ocorrida no Brasil, nas últimas décadas, passando de 48,0/1.000 nascidos vivos (NV), em 1990, para 28,6/1.000 NV em 2001<sup>41</sup>. No que se refere a mortalidade infantil por causas específicas, os maiores decréscimos foram observados para diarreia e infecções respiratórias<sup>43</sup>, com reduções 11,3% para 4,5%, no mesmo período<sup>41</sup>.

É pertinente ressaltar que as mudanças no perfil da saúde da população infantil não aconteceram de forma isolada, mas a Atenção a Saúde da Criança acompanhou as tendências políticas e econômicas do país ao longo das décadas<sup>8</sup>. As mudanças nas taxas de morbimortalidade infantil relacionam-se com transições demográficas, epidemiológicas e nutricionais ocorridas no país<sup>44</sup>.

Em termos de transição demográfica, cita-se, por exemplo, o processo de urbanização, ocorrido em meados dos anos 50, o qual favoreceu a migração da população brasileira, outrora, predominantemente rural, para os grandes centros urbanos, onde apresentavam melhores condições de moradias, água e saneamento e melhor acesso aos serviços de saúde. Tais mudanças afetaram a saúde e o comportamento de saúde dos brasileiros e permitiu a diminuição da disseminação de doenças infecciosas, responsáveis pela maioria das mortes das crianças menores de cinco anos<sup>44</sup>.

Nesse mesmo contexto de mudanças, em decorrência da transição epidemiológica e nutricional, observa-se uma diminuição das taxas de desnutrição e, por outro lado um aumento vertiginoso nas taxas de sobrepeso/obesidade e das comorbidades associadas, bem como maior morbimortalidade por causas externas, junto à persistência de altas prevalências das doenças carenciais específicas, a exemplo das deficiências de micronutrientes<sup>45-47</sup>.

Em virtude dessa mudança no perfil epidemiológico das crianças brasileiras e a queda de quase 20% nas prevalências no déficit de crescimento/desnutrição em crianças menores de cinco anos apontados na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 1996<sup>48</sup>, o CC passou por sua segunda reformulação no ano de 1997. Nesta, foi acrescentado o percentil 3 como ponto limite para o corte de diagnóstico de desnutrição e a curva maior passou a ser representada pelo percentil 97<sup>1,21,28</sup>. Assim, as crianças que apresentassem peso para idade compreendido entre os percentis 10 e 3 eram consideradas como de risco e aquelas que apresentavam valores iguais ou inferiores ao percentil 3, consideradas como apresentando déficit de crescimento/desnutrição<sup>21</sup>.

Em vistas ao avanço e a expansão da ESF, apontou-se no período do final da década de 90, como principal desafio, o seu fortalecimento para os grandes centros urbanos. Esse fato considerou a maior heterogeneidade das condições socioeconômicas, bem como as desigualdades de acesso e na utilização dos serviços de saúde encontradas nas localidades de maior concentração populacional<sup>49</sup>. Foi nessa perspectiva que surgiu a iniciativa “Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família” (PROESF), com o objetivo de consolidar a ESF através da elevação da qualidade do processo de trabalho e desempenho dos serviços de saúde, assegurando, assim, respostas efetivas para a população em todos os municípios brasileiros<sup>6,49</sup>. Para o cumprimento dos seus objetivos, o PROESF está estruturado em três componentes técnicos: apoio à conversão do modelo de atenção básica de saúde; desenvolvimento de recursos humanos; monitoramento e avaliação. Por meio do Projeto, é concebida a transferência de recursos financeiros para os municípios com população acima de 100 mil habitantes<sup>49</sup>.

A despeito dos esforços e avanços alcançados, alguns indicadores de saúde da criança, como a mortalidade infantil, nos anos 2000 ainda eram apontados como problemas que careciam de intervenções mais específicas no sentido de revertê-los<sup>50</sup>. Assim, objetivando mudar essa realidade, em 2004, o Ministério da Saúde criou a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, a qual tornou-se uma ferramenta essencial para o alcance da promoção da saúde materno-infantil e a redução da

morbimortalidade por meio de ações intersetoriais e educativas centradas na qualidade de vida que possibilite à criança crescer e desenvolver saudavelmente<sup>39</sup>. Tal Agenda é norteada pelos princípios dos SUS, bem como pelos direitos da criança e do adolescente, e preconiza como estratégias: vigilância à saúde pela equipe de atenção básica; vigilância à saúde materna e infantil; educação continuada das equipes de atenção à criança e organização de linhas de cuidado<sup>51</sup>. Visando alcançar as estratégias recomendadas, a Agenda propõe 13 linhas de cuidado: nascimento saudável; triagem neonatal; desenvolvimento e crescimento infantil; incentivo ao aleitamento materno; alimentação saudável; atenção à criança portadora de deficiência; prevenção de distúrbios nutricionais; imunização; atenção às doenças prevalentes; saúde bucal; saúde mental; prevenção de acidentes e maus tratos; além de ações específicas dirigidas à mulher<sup>51</sup>.

Em 2005, no sentido de apoiar o desenvolvimento das ações propostas na Agenda, sobretudo no que diz respeito às ações de crescimento e desenvolvimento, o CC foi substituído pela Caderneta de Saúde da Criança (CSC)<sup>19,52</sup>. Esse novo instrumento, além das informações contidas no CC, traz ainda: agendamento para a realização das ações da Primeira Semana de Saúde Integral; dados sobre gravidez, parto e puerpério; informações sobre o recém-nascido; orientações e espaço para o registro de procedimentos sobre a saúde auditiva, visual e bucal; local para registro de intercorrências clínicas e tratamentos; dicas relacionadas à prevenção e tratamento da diarreia; local para registro do acompanhamento do crescimento da criança (idade, peso e comprimento/estatura); os dez passos para uma alimentação saudável; orientações e espaço para o registro de suplementação de ferro e vitamina A; calendário básico de vacinação. Além disso, a faixa etária de acompanhamento da criança foi ampliada, de cinco para dez anos de idade, garantindo assim o cuidado integral até esta faixa etária<sup>53</sup>.

Análises do processo histórico do SUS até 2005 apontaram avanços processuais positivos com destaque para o processo de municipalização. Destaca-se, nesse sentido, que o reconhecimento do município como principal responsável das ações e serviços de saúde proporcionou um maior contato do sistema com a realidade social da população. No entanto, foram apontados alguns desafios relacionados à fragmentação das políticas e programas de saúde, por intermédio de uma rede regionalizada e hierarquizada das ações e serviços e da qualificação da gestão<sup>29,54,55</sup>.

Na perspectiva de superar esses desafios, em 2006, os gestores do SUS assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde, o qual enfoca as necessidades de

saúde da população e a defesa do controle social, implicando no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão<sup>29,33</sup>. De uma maneira geral, pode-se dizer que o Pacto pela Saúde representa um importante passo para a racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil e institui um processo de avaliação e planejamento no âmbito da saúde pública no país<sup>29,56</sup>.

No contexto do Pacto pela Saúde, o Pacto pela Vida busca consolidar e qualificar a ESF como modelo de atenção básico e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS. Constitui-se em um conjunto de compromissos sanitários, em torno de prioridades através de metas dos governos federal, estaduais e municipais, que apresentem impacto na saúde da população brasileira<sup>55,56</sup>. Nesse pacto, é pactuada uma série de prioridades, divididas em seis grandes vertentes: saúde do idoso; controle do câncer do colo do útero e da mama; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica; e redução da mortalidade infantil<sup>57</sup>. O Pacto em Defesa do SUS discute a questão da saúde pública, buscando consolidar a política de saúde como uma política pública de Estado e não de governo. O Pacto de Gestão, por sua vez, propõe redefinir as responsabilidades sanitárias de cada instância governamental baseado nos princípios e diretrizes do SUS<sup>55,57</sup>.

Ressalta-se, ainda, outro compromisso firmado entre os gestores do SUS, por meio do Pacto pela Saúde: o fortalecimento da Atenção Básica por meio da desfragmentação do seu financiamento<sup>55,57,58</sup>. Considerando tal compromisso, e tendo em vista a expansão da ESF e com ela, a necessidade de adequação de suas normas, o Ministério da Saúde aprova, em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual define, entre outros aspectos, os princípios e diretrizes da Atenção Básica, as funções e atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica saúde e o processo de trabalho das equipes. Visando à operacionalização da Atenção Básica, a PNAB define, ainda, algumas áreas estratégicas para a atuação em todo território nacional, entre as quais aquelas ligadas diretamente à criança (atenção à saúde da criança e eliminação da desnutrição infantil)<sup>58</sup>.

Nesse mesmo tempo (2006), a OMS, por meio dos resultados de um estudo multicêntrico, conduzido de 1997 a 2003, em seis países, incluindo o Brasil, recomendou o uso de novas curvas para a avaliação do estado nutricional em crianças de zero a cinco anos<sup>59</sup>. Assim, em 2007, a CSC foi revisada, com gráficos de crescimento que passaram a obedecer as novas

normas estabelecidas pela OMS, para crianças de zero a cinco anos, e às normas do NCHS 1977/78, para crianças de cinco a dez anos. Além disso, a CSC teve seus conteúdos ampliados, incluindo: informações sobre o registro civil de nascimento; espaço para registro de intercorrências ainda na maternidade; informações sobre os primeiros anos de vida do bebê; cronograma de consultas, de acordo com o Ministério da Saúde; gráfico de perímetro cefálico para crianças até o primeiro ano de vida; orientações sobre a importância da imunização para a criança<sup>1</sup>.

Ainda, no contexto das análises avaliativas do SUS, a reduzida articulação da saúde com as demais políticas públicas e a iniquidade de acesso à saúde foram destacadas como importantes lacunas que precisavam ser minimizadas<sup>60</sup>. Dessa forma, o Ministério da Saúde lançou, em 2008, o Programa “Mais Saúde: Direito de Todos”, o qual visa, numa perspectiva abrangente, aprofundar e atualizar os grandes objetivos do SUS, considerando o contexto da atualidade e os desafios, na perspectiva de concretizar os seus princípios norteadores<sup>33,60</sup>. O Programa foi estruturado por sete eixos de intervenção: promoção da saúde; atenção à saúde; complexo industrial e de inovação em saúde; força de trabalho em saúde; inovação de gestão; participação e o controle social; cooperação entre os países. No que se refere ao eixo “Promoção da Saúde”, como medida voltada para as crianças, foi proposta a Estratégia “Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis”, uma iniciativa que busca fortalecer o conjunto de esforços em todo o país para a articulação, interação e implantação de ações voltadas à saúde da mulher e da criança até seis anos, possibilitando intervenções que vão para além da simples sobrevivência<sup>61,62</sup>.

Por outra parte, no que se refere ao aleitamento materno, como ação básica relacionada aos cuidados de saúde da criança, a realidade brasileira apontava que a grande maioria das experiências e intervenções em prol do aleitamento materno em nível nacional, desde 1981, tinha como foco a rede hospitalar. Dessa forma, também em 2008, sob fomento do Ministério da Saúde, iniciou-se a Rede Amamenta Brasil, a qual se caracteriza por uma estratégia nacional de promoção, proteção e incentivo ao aleitamento materno exclusivo na Atenção Primária, em continuidade às ações desenvolvidas nos hospitais. Por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas Unidades Básicas de Saúde e apoiada nos princípios da educação permanente em saúde, a Rede é construída por uma metodologia de ensino-aprendizagem que tem como referencial a educação crítico-reflexivo. Essa metodologia vem com o objetivo de levar aos profissionais de saúde e à sociedade a

compreensão de que a amamentação não é um processo meramente biológico, mas é também social e cultural<sup>61,63,64</sup>.

Na conjuntura relatada, as ações relacionadas ao processo de trabalho da CSC também foram consideradas. Assim, em 2009, a mesma teve uma nova reformulação e passou a contar com duas partes. A primeira parte contém orientações sobre a saúde da criança para uso do cuidador. A segunda parte ampliou as questões direcionadas à vigilância do desenvolvimento, e acrescentou informações para situações especiais (como crianças com síndrome de down e autismo), gráficos de Índice de Massa Corporal (IMC), orientações e espaço para o acompanhamento da pressão arterial e espaço para registro da alimentação da criança. Esta versão da CSC também se diferenciou das anteriores por utilizar pontos de corte representados em escores z no lugar de percentis, e as curvas para crianças maiores de cinco anos, passaram a obedecer aos padrões da OMS, as quais foram atualizadas em 2007, a fim de conformar o acompanhamento do crescimento após os cinco anos de idade<sup>1,65</sup>.

Ainda, diante dos desafios encontrados e reconhecendo as iniciativas implementadas pelo Ministério da Saúde, foi instituída no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, com o objetivo de qualificar as redes de atenção à saúde materno-infantil, assegurando à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis<sup>66,67</sup>. Cita-se também como objetivo da Rede Cegonha, a redução das taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materna e infantil<sup>36</sup>. No que se refere à saúde da criança, a Rede traz um conjunto de iniciativas voltadas para mudanças no modelo de atenção integral à saúde da criança, com foco nos primeiros anos de vida, sobretudo no período neonatal<sup>36,66,67</sup>.

Em 2012, o Ministério da Saúde publicou uma série de portarias que implicaram na atualização da PNAB, com aumento dos recursos repassados fundo a fundo e participação do Estado no financiamento da APS<sup>68,69</sup>. Na nova PNAB, o PACS perde a conotação de programa e recebe a denominação de Estratégia. Além disso, avançou no sentido de abranger uma gama maior de modelagens de equipes para as populações e realidades diferentes do Brasil, à exemplo da inclusão de equipes de atenção básica para a população de rua e para as populações ribeirinhas. Ainda, prevê a ampliação do Programa Saúde na Escola e sua expansão para as creches<sup>69</sup>.

Observa-se, na conjuntura descrita, que diversos foram os esforços e estratégias implantadas pelo Ministério da Saúde a fim de melhorar a assistência voltada à população infantil com contribuições significativas na melhoria dos indicadores de saúde desse grupo<sup>1,43</sup>.

Um estudo de âmbito nacional, por exemplo, com o objetivo de avaliar os efeitos do PSF sobre a saúde infantil apontou que a cobertura do Programa esteve associada com melhores resultados em indicadores de saúde da criança, mostrando, inclusive, uma redução de 13% nas taxas de mortalidade infantil entre os anos 1999 e 2004<sup>26</sup>.

No entanto, observa-se, ainda, uma forte influência do modelo médico assistencial no cotidiano dos serviços de saúde, por meio de práticas pontuais e ações curativistas, dificultando o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde<sup>1</sup>. É nesse contexto que surgem indagações relacionadas à qualidade da atenção oferecida à população infantil na APS, aos avanços e dificuldades na operacionalização das práticas de saúde e ao impacto das estratégias direcionadas ao grupo etário infantil<sup>70</sup>. Assim, impõe-se a necessidade de processos avaliativos, com fins de avaliar os possíveis impactos das ações desenvolvidas<sup>8</sup>. Nesse sentido, estudo realizado em 41 municípios do Sul e Nordeste do Brasil sugeriu uma distância palpável entre a proposta do SUS e o desempenho da APS<sup>71</sup>. Outra pesquisa, realizada em municípios de grande porte da região Nordeste do país, mostrou que o PSF não exerceu impacto significativo sobre a proporção de óbitos em crianças menores de um ano<sup>72</sup>.

Nessa perspectiva, é importante enfatizar que a qualidade da APS tem sido um requisito bastante almejado como eixo organizador das práticas sanitárias, como forma de alcançar melhores indicadores de saúde, menores custos e maior satisfação dos usuários. Nesse sentido, trabalha-se com a premissa de que bons processos de trabalhos podem levar aos bons resultados. Esses processos incluem, dentre vários, as ações realizadas nas unidades de saúde<sup>73</sup>, como o preenchimento da CSC.

Devido a sua importância como instrumento de vigilância e como mediador de diálogos entre os familiares e os profissionais de saúde, a avaliação do trabalho com a CSC considera-se indispensável para a garantia da qualidade do cuidado à saúde da criança<sup>74,13</sup>. Nesse sentido, uma revisão integrativa sobre o uso da CSC apontou importantes deficiências na correta utilização do instrumento pelos profissionais de saúde, à exemplo da incompletude dos dados registrados na CSC, sobretudo dos gráficos de crescimento e do espaço para registro da suplementação de Ferro e Vitamina A<sup>75</sup>. Por sua vez, outro estudo de método similar apontou entre os fatores que limitam a adequada utilização da CSC, por parte dos profissionais, a desvalorização e o desconhecimento das mães/família sobre o instrumento, ausência de capacitação para o uso correto pelos profissionais, a falta de tempo, e a não utilização por todos os membros da equipe de saúde<sup>16</sup>.

O acesso e a qualidade da APS também podem ser monitorados mediante variáveis de mortalidade e morbidade<sup>76</sup>. Dessa forma, foi proposto um indicador baseado nos problemas de saúde para os quais os serviços de APS oferecidos em tempo oportuno e de forma efetiva diminuiriam o risco de internação<sup>77,78</sup>.

O termo Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) teve origem nos Estados Unidos na década de 90, com a denominação Ambulatory Care Sensitive Conditions (Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial)<sup>79,80</sup>. As ICSAP fazem referência aos processos em que a APS, quando efetiva e ágil, pode reduzir as chances de hospitalização, prevenindo o início de uma enfermidade, tratando uma enfermidade aguda ou controlando uma enfermidade crônica<sup>81</sup>. Posteriormente, outros países também revelaram preocupação em avaliar a qualidade da atenção dos cuidados primários baseado nas internações evitáveis<sup>82-84</sup>.

No Brasil, considerando a necessidade da elaboração de uma lista que refletisse as diversidades das condições de saúde e de adoecimento no território nacional, foi publicada, em 2008, a lista oficial das ICSAP. O instrumento inclui 19 grupos de causas de hospitalização e diagnósticos de acordo com a décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, contendo as condições preveníveis por imunizações, infecciosas e doenças crônicas<sup>85</sup>. Essa lista tem como objetivo auxiliar na avaliação do desempenho dos sistemas de saúde e os impactos da APS sobre as condições de saúde da população<sup>30,86</sup>.

Dentro dos cuidados à saúde das populações, a atenção à saúde da criança representa um campo prioritário, tendo em vista a suscetibilidade desse grupo etário ao adoecimento e ao agravamento das enfermidades, em função da fragilidade própria do extremo da idade<sup>82,87</sup>. Na população infantil, diferentemente da faixa etária adulta, há um predomínio de patologias agudas, como as gastroenterites e as pneumonias bacterianas<sup>88</sup>, as quais, entre outras, formam parte da lista brasileira de ICSAP, podendo ser evitada a partir de uma assistência oportuna nos serviços de APS<sup>86</sup>.

Investigações sobre as ICSAP são ainda muito incipientes no Brasil, sobretudo no que se refere à população infantil<sup>30</sup>. Estudo realizado em Divinópolis (MG) apontou relação inversa entre a ocorrência de ICSAP e a idade, ou seja, quanto menor a idade, maior a ocorrência desse evento. O referido estudo encontrou maiores prevalências de ICSAP na faixa etária menor de cinco anos em relação aos demais grupos etários, apontando que na população infantil, as taxas de internação são inversamente proporcionais ao aumento da idade<sup>89,90</sup>. No Piauí, doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias foram apontadas

como principais causas de internação na população infantil, as quais somaram 88% de todas as internações<sup>76</sup>.

O reconhecimento da importância da APS no sistema de saúde aponta para a necessidade de avaliações contínuas sobre o seu grau de resolutividade<sup>78</sup>. Dessa forma, estudar as causas de ICSAP é de suma importância, uma vez que altas taxas de tais internações, seja na população geral ou subgrupos desta, podem indicar problemas de acesso aos serviços de saúde ou do seu desempenho<sup>77,90</sup>. Assim, o monitoramento dessas internações pode apoiar a tomada de decisão para enfrentar o excesso de internações, sobretudo na população infantil<sup>77</sup>.

Alguns estudos têm sido desenvolvidos no país para avaliar as principais causas ICSAP. Considerando esses estudos, pode ser constatado como principais causas de ICSAP as pneumonias<sup>89-92</sup>, as gastroenterites<sup>90-92</sup>, a asma<sup>89-91</sup> e as infecções da pele e tecido subcutâneo<sup>89,91</sup> entre as crianças de 1-4 anos/<5 anos. Nos estudos que discriminaram resultados para crianças menores de um ano<sup>89-92</sup>, a pneumonia<sup>89-92</sup>, asma<sup>90,91</sup>, gastroenterites<sup>90,92</sup> e infecções no rim e trato urinário<sup>3,20</sup> foram as principais causas de internações apontadas.

## 2 OBJETIVOS

- Avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde, com base nas internações evitáveis em crianças menores de cinco anos de dois municípios do Estado da Paraíba, Nordeste do Brasil.
- Avaliar os cuidados primários à saúde da criança, com foco no crescimento, baseado nas informações registradas no instrumento de vigilância à saúde da criança.

### 3 MATERIAS E MÉTODOS

Este estudo faz parte de uma pesquisa cujo interesse primordial foi verificar a implantação das ações de alimentação e nutrição, com foco na saúde da criança, por equipes da ESF de dois municípios do Estado da Paraíba. A pesquisa foi de delineamento transversal comparando-se as realidades de dois municípios que diferem quanto aos recursos humanos que desenvolvem as ações de alimentação e nutrição: um município no qual o nutricionista, desde 2001, atua na equipe da ESF (Cabedelo); e outro, no qual o nutricionista atua em Núcleos de Apoio à Saúde da Família, auxiliando aos médicos e enfermeiros das equipes de saúde no desenvolvimento das ações (Bayeux).

Os municípios foram escolhidos, ainda, considerando suas semelhanças em aspectos como a posição geográfica (localização na região metropolitana da capital do Estado com acesso à rede de serviços nela disponibilizados), grau de urbanização (de quase 100%), indicadores demográfico-sociais, recursos econômicos e tradição na organização de serviços primários de saúde (cobertura populacional da ESF de quase 100%). O município de Cabedelo tem população de 57.944 habitantes, dos quais 4.596 são crianças menores de cinco anos. Possui sistema de saúde composto por 19 equipes da ESF. O município de Bayeux tem população de 99.716 habitantes, dos quais 7.862 são crianças menores de cinco anos. Possui sistema de saúde composto por 28 equipes da ESF.

A equipe de campo foi formada por profissionais e estudantes da área de saúde, com experiência prévia em trabalho de campo, o qual foi supervisionado por profissional capacitado. Foram coletados dados em duas etapas. Na primeira etapa, analisaram-se as internações das crianças menores de cinco anos residentes nos municípios do estudo. A coleta foi realizada de 12 a 21 de março de 2014 nos hospitais que internavam crianças residentes nos municípios de Cabedelo e Bayeux. Na segunda etapa, as equipes de saúde foram avaliadas em relação à estrutura das unidades de saúde, processo de trabalho dos profissionais e percepção dos usuários dos serviços. A coleta foi realizada nas unidades de saúde entre julho e dezembro de 2014. No contexto dessa etapa, este trabalho aborda a análise correspondente à utilização e preenchimento do instrumento de vigilância à saúde da criança. O controle de qualidade do estudo incluiu: treinamento e padronização dos entrevistadores, construção de Manual de Instruções e realização de estudo piloto no município de Campina Grande, Paraíba.

Na primeira etapa da pesquisa, os dados foram coletados nos quatro hospitais públicos pediátricos do Estado da Paraíba que recebem as internações pediátricas das famílias residentes nos municípios de Cabedelo e Bayeux, localizados um no município de Cabedelo e três no município de João Pessoa. O Serviço de Arquivo Médico e Estatística de cada instituição viabilizou a consulta aos prontuários de todas as crianças nascidas entre 2008 e 2013, hospitalizadas durante o ano de 2013. A princípio identificou-se, por meio da consulta direta dos prontuários, todas as crianças residentes nos municípios de interesse cuja diferença entre a data de nascimento e a data da internação correspondesse a menos de cinco anos completos, que representaram os sujeitos do estudo (N=627).

Foram analisados todos os prontuários a fim de se obter informações a respeito do motivo da internação. Para esse fim, optou-se por trabalhar com a informação obtida da guia de Autorização para Internação Hospitalar, padronizando o documento de obtenção dessa informação. As internações foram classificadas como condições sensíveis à atenção primária com base na Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária<sup>85</sup>. Foram, ainda, obtidos dados sobre características das crianças (sexo, data de nascimento) e das internações (tempo de hospitalização e desfecho do internamento) (Apêndice A). A idade da criança foi calculada pela diferença entre a data da consulta e a data de nascimento da criança.

Na segunda etapa da pesquisa, crianças menores de cinco anos constituíram a população de estudo. Para o cálculo do tamanho amostral, foram empregados parâmetros obtidos de um estudo que avaliou a qualidade da atenção à saúde da criança, na Estratégia Saúde da Família, conforme a visão dos usuários, por médicos e enfermeiros com residência em Saúde da Família, em comparação a médicos e enfermeiros sem esta formação específica, no município de Montes Claros, Minas Gerais<sup>89</sup>. Considerou-se nível de 95% de confiança, poder de 80% e avaliação negativa dos serviços de saúde pelos usuários de 41,9%, no Município 1, e de 58,1%, no Município 2. Acrescentou-se 10% para compensar eventuais perdas e efeito do desenho de 1,2, obtendo-se amostra final, em cada município, de 157 crianças.

Em cada município foram selecionadas, aleatoriamente, nove equipes da Estratégia Saúde da Família (representando cerca da metade das equipes do Município 1 e 1/3 das do Município 2). Cada equipe contribuiu, em média, com 18 crianças para o total da amostra que obedeceu a dois critérios: i. uma amostra intencional composta por todos os atendimentos dos enfermeiros como parte das consultas de puericultura no dia da coleta de dados, ii. na base do

quantitativo anterior, os Agentes Comunitários de Saúde convidaram para participar da pesquisa a quantidade de crianças que completa-se 18, selecionando-as de todas as microáreas de atuação para representar os diferentes espaços geográficos.

No final do período de coleta de dados, a amostra populacional constituiu-se de 321 crianças menores de cinco anos, das quais 153 do Município 1 e 168 do Município 2. Desse total, cinco crianças (uma do Município 1 e quatro do Município 2) compareceram à unidade de saúde sem portar a caderneta ou o cartão, restando, portanto, 316 avaliações.

Os dados foram coletados mediante a aplicação de questionário (Apêndice A) com informações sobre as características sociodemográficas das crianças (sexo, idade da criança, idade materna, trabalho materno fora de casa, escolaridade materna, número de pessoas no domicílio, benefício do Programa Bolsa Família, renda familiar) e consulta ao instrumento de vigilância à saúde da criança. As informações sobre as características sociodemográficas das crianças foram obtidas por meio de perguntas contidas no questionário aplicado às mães. A idade da criança foi calculada pela diferença entre a data da entrevista e a data de nascimento. Para verificar o preenchimento do instrumento de vigilância, os entrevistadores analisaram os registros dos itens relacionados ao crescimento da criança, à suplementação e à vacinação. Além disso, considerou-se adequado o uso da terceira versão da CSC.

O preenchimento do instrumento de vigilância contemplou a análise dos registros de perímetro cefálico para a idade segundo o gráfico de perímetro cefálico x idade, peso para a idade segundo o gráfico de peso x idade, estatura para a idade segundo o gráfico de altura x idade, Índice de Massa Corporal (IMC) para a idade segundo o gráfico de IMC x idade, suplementação com ferro segundo o quadro de anotações correspondente, suplementação com vitamina A segundo o quadro de anotações correspondente ou o espaço para registro das vacinas, e vacinação segundo o espaço destinado para esse fim.

Os registros foram considerados adequados quando os mesmos estavam de acordo com as normas correspondentes preconizadas pelo Ministério da Saúde:

- gráficos de perímetro cefálico x idade, peso x idade, altura x idade (segunda e terceira versões da caderneta) e Índice de Massa Corporal x idade (terceira versão da caderneta) com quantidade de registros de perímetro cefálico, peso, altura e Índice de Massa Corporal, respectivamente, consoantes com o mínimo de consultas recomendadas para a idade da criança no momento do inquérito (são preconizadas 11 consultas para a assistência à criança menor de cinco anos, com 1º registro: até 7 dias, 2º registro: 8 dias |- 2 meses, 3º registro: 2 |- 4 meses, 4º registro: 4 |- 6 meses, 5º registro: 6 |- 9 meses, 6º registro: 9 |- 12 meses, 7º

registro: 12 |- 18 meses, 8º registro: 18 |- 24 meses, 9º registro: 2 |- 3 anos, 10º registro: 3 |- 4 anos, 11º registro: 4 |-5 anos);

- quadros de anotações da suplementação preventiva com ferro e vitamina A com quantidade de registros de frascos de suplemento de ferro entregues em conformidade com o preconizado pelo Programa Nacional de Suplementação de Ferro para a idade da criança no momento do inquérito<sup>93</sup> (do 6º ao 18º mês devem ser entregues seis frascos, sendo 1º frasco: 6 |- 8 meses, 2º frasco: 8 |- 10 meses, 3º frasco: 10 |- 12 meses, 4º frasco: 12 |- 14 meses, 5º frasco: 14 |- 16 meses, 6º frasco: 16 |- 19);

- quadros de anotações da suplementação preventiva com ferro e vitamina A ou quadro de anotações das vacinas com quantidade de registros de suplementação com vitamina A em conformidade com o preconizado pelo Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A para a idade da criança no momento do inquérito<sup>94</sup> (do 6º mês aos 4 anos e 11 meses as crianças devem ser suplementadas seis vezes com intervalo mínimo de seis meses entre duas administrações, com 1º registro: 6 |- 12 meses, 2º registro: 12 |- 17 meses, 3º registro: 18 |- 23 meses, 4º registro: 24 |- 29 meses, 5º registro: 30 |- 36, 6º registro: 36 |- 59 meses);

- quadro de anotações das vacinas com registros de vacinas em conformidade com o preconizado no calendário básico de vacinação, constante no próprio instrumento de vigilância, para a idade da criança no momento do inquérito.

Nas crianças de posse do instrumento adequado, ou seja, a terceira versão da CSC (N= 259), o preenchimento do instrumento foi classificado como adequado ou inadequado. Para esse fim, foi utilizado um sistema de escore que possibilita realizar comparações de diferentes localidades e ao longo do tempo<sup>18</sup>. Para o cálculo do escore, atribuiu-se valor um para itens preenchidos corretamente e zero para os itens preenchidos incorretamente, sendo o escore de preenchimento expresso pelo somatório dos valores de cada um dos itens. Assim, admitiu-se uma variação de 0 a 7 pontos, representando melhor preenchimento valores mais próximos de 7. Estabeleceu-se como ponto de corte para preenchimento adequado valor de escore igual ou superior a quatro pontos (57,1% de itens preenchidos corretamente). A definição desse ponto de corte foi feita com base na distribuição estatística dos escores, tendo em vista a inexistência de dados na literatura. As CSC classificadas com preenchimento adequado foram consideradas como indicador de cuidados primários à saúde satisfatórios.

Os dados coletados foram organizados em planilhas eletrônicas e digitados em dupla entrada. O aplicativo Validate do *software* Epi Info versão 3.3.2 foi usado para analisar a consistência dos dados gerando o banco final que foi utilizado nas análises estatísticas.

As análises correspondentes à primeira etapa do estudo incluíram as descritas a continuação: foram verificadas, para a população total e para cada município, as causas de internações, expressando-se indicadores de frequências, proporções (do total de internações e do total de ICSAP) e taxas de ICSAP (razão entre o número de internações e a população residente no município em 2013 e razão entre o número de internações e a população de crianças menores de cinco anos residentes no município em 2013). O teste de qui-quadrado foi utilizado para analisar diferenças entre os municípios em relação às características das crianças e das internações e diferenças, tanto para a população total como para cada município, diferenças nas causas de internações segundo sexo e faixa etária da criança. Para as crianças que apresentaram alta como desfecho da internação, o tempo de hospitalização (dias) das causas de internação foi expresso como mediana e respectivo intervalo interquartil. As diferenças no tempo de hospitalização segundo município de residência, sexo e idade da criança foram testadas por meio do teste estatístico U de Mann-Whitney. Esse mesmo teste foi utilizado para testar diferenças estatísticas no tempo de hospitalização entre as causas de internações, analisando-se cada uma das causas com as outras, uma a uma. Os cálculos das Razões de Prevalência (RP) e seus respectivos Intervalos de Confiança (95%) foram utilizados para analisar a associação da internação por condição sensível ao cuidado primário com as características infantis e o desfecho da internação.

As análises correspondentes à segunda etapa do estudo incluíram as seguintes: utilizou-se o teste de qui-quadrado ou exato de Fischer para verificar diferenças entre os municípios em relação às características sociodemográficas e ao uso do instrumento de vigilância (versão de posse e preenchimento dos itens de análise). Os cálculos das RP e seus respectivos Intervalos de Confiança (95%) foram utilizados para analisar a associação do preenchimento da terceira versão da CSC com as características sociodemográficas. Para o ajuste dos fatores de confusão, utilizou-se a Regressão de Poisson. Para esses fins, as variáveis que se mostraram associadas até o nível de 25% ( $p < 0,25$ ) nas análises bivariadas foram incluídas na análise multivariada, considerando os valores de  $p$  segundo o teste de qui-quadrado.

Em todas as análises estatísticas, o nível de significância admitido foi de 5%. A normalidade dos dados foi aferida através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Utilizou-se o *software* SPSS, versão 13.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, com o protocolo de número 19689613.3.0000.5187 (Anexo 1). Todos os pais ou

responsáveis pelas crianças e os profissionais de saúde assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

## 4 RESULTADOS

### Artigo 1

Qualidade da Atenção Primária à Saúde: uma análise segundo as Internações evitáveis em crianças menores de cinco anos

O artigo foi elaborado de acordo com as normas de publicação do periódico: São Paulo Medical Journal, para o qual foi encaminhado.

## Artigo original

### **QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ANÁLISE SEGUNDO AS INTERNAÇÕES EVITÁVEIS EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS**

### **PRIMARY HEALTH CARE QUALITY: AN ANALYSIS ACCORDING TO AVOIDABLE HOSPITALIZATIONS OF CHILDREN UNDER FIVE YEARS OF AGE**

#### **Erika Morganna Neves de Araujo**

BSc. Estudante de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, PB, Brasil.

#### **Gabriela Maria Cavalcanti Costa**

PhD. Professor Doutor, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, PB, Brasil.

#### **Dixis Figueroa Pedraza**

PhD. Professor Doutor, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, PB, Brasil.

**Local onde o trabalho foi desenvolvido:** Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

## ABSTRACT

**Background and objective:** Hospitalizations due to Primary Care Sensitive are important indicators for monitoring the quality of Primary Health Care. This study aimed to evaluate the quality of Primary Health Care based on preventable hospitalizations of children under five years of age. **Type of study and location:** This is a cross-sectional study carried out in the counties of Cabedelo and Bayeux, Paraíba, Brazil. **Methods:** Data were collected in four pediatric public hospitals of Paraíba that receive children from the counties studied. Hospitalization authorization forms were used to gather information on the profile of children and characteristics of hospitalizations. We analyzed differences in causes of hospitalizations and length of hospitalization according to county, sex and age. The association between hospitalization due to sensitive condition and sex, age and hospitalization outcome was also analysed. **Results:** The prevalence of hospitalization for sensitive condition was 82.4%. The most frequent sensitive causes were: bacterial pneumonia (59.38%), infectious gastroenteritis and complications (23.59%) and infection of kidneys and urinary tract (9.67%). Girls had higher prevalence of sensitive conditions than boys. A median of 4 days of hospitalization for sensitive conditions was observed. The length of hospital stay due to sensitive condition was significantly longer than the length of hospitalization for non-sensitive condition. **Conclusions:** The care provided to children under five years of age in Primary Health Care has not been effectively implemented as it is demonstrated by high rates of Hospitalizations due to with long periods of hospitalization. **Key words:** Primary Health Care. Child Care. Child Health. Hospitalization. Length of Stay.

## RESUMO

**Contexto e objetivo:** As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária constitui um importante indicador para o monitoramento da qualidade da Atenção Primária à Saúde. O presente estudo objetivou avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde, com base nas internações evitáveis em crianças menores de cinco anos. **Tipo de estudo e local:** Trata-se de um estudo transversal realizado nos municípios de Cabedelo e Bayeux, Paraíba, Brasil. **Métodos:** Coletaram-se os dados nos quatro hospitais públicos pediátricos da Paraíba que internam crianças residentes nos municípios estudados. A partir das autorizações de internação hospitalar, colheram-se informações relativas ao perfil da criança e características das internações. Analisaram-se as diferenças nas causas de internações e respectivos tempos de hospitalização segundo município, sexo e faixa etária. E, ainda, a associação da internação por condição sensível com o sexo, a idade e o desfecho da internação. **Resultados:** A prevalência de internação por condição sensível foi de 82,4%. As causas sensíveis mais frequentes foram: pneumonias bacterianas (59,38%), gastroenterites infecciosas e complicações (23,59%) e infecção do rim e trato urinário (9,67%). Meninas apresentaram maior prevalência de internações sensíveis em relação aos meninos. Verificou-se mediana de 4 dias de hospitalização para as condições sensíveis. O tempo de hospitalização por condição sensível foi significativamente maior do que o tempo da não sensível. **Conclusões:** A assistência dispensada às crianças menores de cinco anos na Atenção Primária à saúde não tem sido efetivamente concretizada em função de altas taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária com longos períodos de hospitalização. **Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Cuidado da Criança. Saúde da Criança. Hospitalização. Tempo de Internação.

## INTRODUÇÃO

A década de 1970 é considerada o marco da efervescência das discussões sobre a reorganização da prática assistencial à saúde e do fortalecimento da ideia de que o modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico revelava-se insuficiente para atingir bons resultados.<sup>1,2</sup> Nesse contexto, ocorreu, em 1978, a Primeira Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata, com o objetivo de difundir a Atenção Primária à Saúde como o primeiro contato de assistência continuada, de forma a satisfazer as necessidades de cuidados por meio de ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos.<sup>1,3</sup> Desde então, a Atenção Primária à Saúde tem sido considerada o centro de comunicação do sistema de saúde e tem desempenhado papel fundamental enquanto ordenadora do cuidado à saúde.<sup>4</sup>

A Atenção Primária à Saúde, mesmo em situações de grande iniquidade social pode levar a menores custos em saúde, maior satisfação dos usuários e melhores indicadores de saúde.<sup>5</sup> Melhores resultados nos serviços de atenção primária são obtidos quando os sistemas de saúde estão adequadamente estruturados para garantir assistência integral e contínua com qualidade.<sup>6</sup> Falhas na efetividade da atenção primária, mensuráveis por meio de indicadores de atividades hospitalares, comprometem a resolutividade dos demais níveis de atenção.<sup>7</sup> Foi proposto, nos Estados Unidos, na década de 90, o indicador *ambulatory care sensitive conditions*, que faz referência às situações de saúde para as quais cuidados primários no momento oportuno podem reduzir ou extinguir o risco de hospitalizações, prevenir o surgimento de doenças ou tratar de maneira adequada.<sup>8,9</sup> A utilização desse indicador tem se expandindo mundialmente, considerando sua importância no monitoramento e avaliação da Atenção Primária à Saúde em função de garantir a resolutividade da assistência.<sup>10,11</sup>

No Brasil, o termo americano foi traduzido livremente para o português como condições sensíveis à atenção primária.<sup>4</sup> Tais condições foram estabelecidas por meio da lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.<sup>12</sup> A lista constitui um instrumento que inclui 19 grupos de causas de internações, de acordo com a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças-10.<sup>7</sup>

Para a utilização das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária como indicador de desempenho recomenda-se que faixas etárias sejam estudadas separadamente, pois possibilita melhor compreensão do fenômeno.<sup>12</sup> Pesquisas sobre as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária têm mostrado o potencial desse indicador na avaliação da qualidade e do acesso da atenção primária na população infantil, em virtude das

peculiaridades apresentadas nesse grupo relacionadas ao predomínio de condições agudas e da relação inversa da idade com o aumento das taxas de internações.<sup>12,13</sup> Estudo sobre as causas de internações em crianças entre zero e quatro anos, no Brasil entre os anos de 1998 e 2007, indicou altas proporções de internações por doenças infecciosas e parasitárias com taxas superiores nas regiões Norte e Nordeste do país.<sup>14</sup> O direcionamento de estudos às crianças menores de cinco anos justifica-se pela maior vulnerabilidade desse grupo populacional aos determinantes sociais da saúde, ao adoecimento e ao agravamento das enfermidades, tornando prioritária a atenção à saúde das mesmas.<sup>6,15</sup>

## **OBJETIVO**

Avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde, com base nas internações evitáveis em crianças menores de cinco anos.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de delineamento transversal sobre internações das crianças menores de cinco anos residentes nos municípios de Cabedelo e Bayeux, Paraíba. Os municípios do estudo foram escolhidos considerando suas semelhanças em aspectos como: posição geográfica (localização na região metropolitana da capital do Estado com acesso à rede de serviços pactuados), grau de urbanização, indicadores demográfico-sociais, recursos econômicos e tradição na organização de serviços primários de saúde (cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família de quase 100%). Cabedelo possui sistema de saúde composto por 28 equipes da Estratégia Saúde da Família. Bayeux é composto por 19 equipes da Estratégia Saúde da Família que atuam com núcleos de apoio multiprofissional dentre os quais o nutricionista.

A equipe de campo foi formada por profissionais e estudantes da área de saúde, com experiência prévia em trabalho de campo, o qual foi supervisionado por profissional capacitado. O controle de qualidade do estudo incluiu: treinamento e padronização dos entrevistadores, construção de Manual de Instruções e realização de estudo piloto no município de Campina Grande, Paraíba.

Os dados foram coletados entre 12 e 21 de março de 2014 nos quatro hospitais públicos pediátricos do Estado da Paraíba que recebem as internações pediátricas das famílias residentes nos municípios de Cabedelo e Bayeux, localizados um no município de Cabedelo e três no município de João Pessoa. O Serviço de Arquivo Médico e Estatística de cada instituição viabilizou a consulta aos prontuários de todas as crianças nascidas entre 2008 e 2013, hospitalizadas durante o ano de 2013. A princípio identificou-se, por meio da consulta direta dos prontuários, todas as crianças residentes nos municípios de interesse cuja diferença entre a data de nascimento e a data da internação correspondesse a menos de cinco anos completos, que representaram os sujeitos do estudo (N=627).

Em seguida, analisaram-se as Autorizações de Internação Hospitalar para identificar o motivo indicado para a internação. As internações foram classificadas como condições sensíveis à atenção primária com base na Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.<sup>16</sup> Obtiveram-se também, dados sobre características das crianças (sexo, data de nascimento) e das internações (tempo de hospitalização e desfecho do internamento). A idade da criança foi calculada pela diferença entre a data da consulta e a data de nascimento da criança.

Os dados coletados foram organizados em planilhas eletrônicas e digitados em dupla entrada. O aplicativo Validate do *software* Epi Info versão 3.3.2 foi usado para analisar a consistência dos dados gerando o banco final que foi utilizado nas análises estatísticas.

Foram analisadas, para a população total e para cada município, as causas de internações, expressando-se indicadores de frequências, proporções (do total de internações e do total de Internação por Condição Sensível à Atenção Primária) e taxas de Internação por Condição Sensível à Atenção Primária (razão entre o número de internações e a população residente no município em 2013 e razão entre o número de internações e a população de crianças menores de cinco anos residentes no município em 2013).

O teste de qui-quadrado foi utilizado para analisar diferenças entre os municípios em relação às características das crianças e das internações e diferenças, tanto para a população total como para cada município, nas causas de internações segundo sexo e faixa etária da criança.

Para as crianças que apresentaram alta como desfecho da internação, o tempo de hospitalização (dias) das causas de internação foi expresso como mediana e respectivo intervalo interquartil. As diferenças no tempo de hospitalização segundo município de residência, sexo e idade da criança foram testadas por meio do teste estatístico U de Mann-

Whitney. Esse mesmo teste foi utilizado para testar diferenças estatísticas no tempo de hospitalização entre as causas de internações, analisando-se cada uma das causas com as outras, uma a uma.

Os cálculos das Razões de Prevalência e seus respectivos Intervalos de Confiança (95%) foram utilizados para analisar a associação da internação por condição sensível ao cuidado primário com as características infantis e o desfecho da internação.

Em todas as análises estatísticas, o nível de significância admitido foi de 5%. A normalidade dos dados foi aferida através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Utilizou-se o *software* SPSS, versão 13.0.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, com o protocolo de número 19689613.3.0000.5187.

## RESULTADOS

Das 627 crianças menores de cinco anos residentes nos municípios de Bayeux e Cabedelo e internadas no ano 2013 em hospitais pediátricos do Estado da Paraíba, percebeu-se que 55,2% das mesmas eram do sexo masculino e 52,6% de idade igual ou superior a 25 meses. No que se refere às características relacionadas às internações, observou-se que a maioria das crianças esteve hospitalizada entre um a cinco dias (73,1%) e por doenças sensíveis à atenção primária (82,5%). Comparando os municípios, o tempo de hospitalização foi a única variável que apresentou diferença estatística. Percebe-se que o tempo de hospitalização de seis a 10 dias foi proporcionalmente maior entre as crianças de Cabedelo (Tabela 1).

Como pode ser observado na Tabela 2, a proporção de Internação por Condição Sensível à Atenção Primária foi de 82,46% enquanto as condições não sensíveis representaram 17,54% do total de internações. Considerando as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, as mais frequentes foram: pneumonias bacterianas (59,38%), gastroenterites infecciosas e complicações (23,59%) e infecção do rim e trato urinário (9,67%). As três causas mencionadas anteriormente representaram 76,39% do total de internações e 95,92% das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no período estudado. A taxa de internação sensível foi igual a 3,69 por mil habitantes e 40,69 por mil crianças menores de cinco anos. Segundo as causas, as taxas por mil crianças menores de cinco anos oscilaram de 1,34 a 24,16, para infecção de pele e tecido cutâneo e pneumonia

bacteriana, respectivamente. No município de Bayeux, as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária apresentaram maior frequência absoluta, proporção do total de internações e taxa por mil crianças menores de cinco anos.

Quando analisaram-se as causas segundo o sexo da criança, percebeu-se que para o total de internações e para aquelas por condições sensíveis, os meninos apresentaram maiores frequências do que as meninas. Esse mesmo comportamento foi constatado para gastroenterites infecciosas e complicações e infecção de pele e tecido cutâneo. Tratando-se especificamente por município, em Cabedelo foram encontradas maiores frequências de Internação por Condição Sensível à Atenção Primária no sexo masculino. Em Bayeux, situação similar ocorreu para as condições não sensíveis. Em ambos os municípios, as internações por infecção do rim e trato urinário apresentaram-se mais frequentes para o sexo feminino do que no sexo masculino (Tabela 3).

Segundo a faixa etária (Tabela 4), observou-se que tanto na população total quanto no município de Bayeux as gastroenterites infecciosas e complicações foram mais frequentes em crianças de 25 a 60 meses, enquanto as pneumonias bacterianas predominaram na faixa etária menor de 25 meses.

Na Tabela 5 são apresentadas as análises de associação da Internação por Condição Sensível à Atenção Primária com as características infantis e o desfecho da internação. A frequência de internações sensíveis entre as crianças do sexo feminino foi maior do que as crianças do sexo masculino (Razão de Prevalência= 1,09; Intervalo de Confiança 95% 1,02-1,17). Em relação ao desfecho da internação, constatou-se que nas crianças com transferência/óbito a frequência de internação por condição sensível foi menor do que naquelas que tiveram alta (Razão de Prevalência= 0,75; Intervalo de Confiança 95% 0,55-0,99).

Os resultados sobre as análises das diferenças no tempo de hospitalização das causas de internações, segundo município de residência e sexo, estão dispostos na Tabela 6. Observou-se que o tempo de hospitalização das crianças do município de Cabedelo foi maior, tanto em relação ao total de internações como para as internações por condições sensíveis e as não sensíveis; comportamento que também se confirmou especificamente para os casos de pneumonias bacterianas, gastroenterites infecciosas e complicações e infecções do rim e trato urinário. No município de Bayeux, o tempo de hospitalização das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e do total de internações foi superior no sexo feminino, quando comparado com o masculino. A tabela também apresenta os resultados das análises de

diferenças entre os tempos de hospitalização segundo grupos de causas, observando-se que crianças internadas por condições sensíveis estiveram mais tempo hospitalizadas do que as crianças internadas por condições não sensíveis. Entre as causas sensíveis, o tempo de hospitalização por gastroenterites infecciosas e complicações foi significativamente menor que o constatado para os outros grupos de causas.

## DISCUSSÃO

Os estudos científicos são unânimes em apontar a utilização das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária como forma de avaliar a qualidade da assistência dispensada na Atenção Primária à Saúde,<sup>6,8,9,12,13,17</sup> uma vez que esse nível de atenção, quando oportuno e efetivo, permite evitar os casos de hospitalização ou reduzir sua frequência.<sup>18</sup>

Ao avaliar a Atenção Primária à Saúde por meio da análise das internações por condições sensíveis na população infantil, estudos, apontaram frequências e taxas expressivas de internações, inclusive as relacionadas às condições sensíveis à atenção primária.<sup>6,13</sup> Essas circunstâncias foram também verificadas neste estudo e revelam falhas na resolutividade, na qualidade e no acesso da assistência dispensada às crianças.<sup>6,13</sup> Os dados analisados nesta população revelam que a frequência e a taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, foram maiores que as reportadas nos estudos supracitados, possivelmente justificadas por deficiências no acesso e precariedade da assistência que podem levar à baixa resolutividade da atenção.<sup>19</sup> Essa situação pode envolver, ainda, demandas elevadas, insuficiência de materiais básicos e precariedade das estruturas das unidades de saúde, deficiências na formação profissional, sobrecarga de trabalho, falhas no processo de trabalho multiprofissional direcionado aos cuidados da criança e insuficiências nas condições operacionais necessárias ao bom funcionamento do sistema de referência e contra referência, apontados entre os principais desafios para o aprimoramento da atenção primária no Brasil.<sup>1,2</sup> Dessa forma, impera a necessidade de um bom planejamento e gestão das ações de saúde, adequadas à realidade da população assistida, considerando a complexidade social, econômica e cultural.<sup>1,20</sup>

O elevado número de hospitalizações entre as crianças deste estudo por casos de pneumonias bacterianas, gastroenterites infecciosas e complicações, infecção do rim e trato urinário e infecção de pele e tecido cutâneo, representaram em conjunto 95,92% das internações por condições sensíveis, o que corrobora com resultados de outros estudos que

também apontaram as mesmas condições clínicas como as principais causas de internações por condições sensíveis.<sup>12,21</sup> Adverte-se, com isso, que as causas agudas prevalecem no adoecimento entre crianças, diferentemente da população adulta que se caracteriza por maior diversificação e variabilidade conforme o aumento da idade e o estilo de vida.<sup>12,13</sup>

Na população em estudo, as duas principais causas sensíveis, pneumonia bacteriana e gastroenterites infecciosas/complicações, foram as constatadas também em outros cenários.<sup>12,20,22</sup> Reconhecendo que estas doenças podem ter relação causal com as condições ambientais e sociodemográficas, em especial a situação do tratamento de água, esgoto e da qualidade do ar, a prevenção dos desfechos em questão, além de contemplar orientações adequadas aos cuidadores das crianças nos serviços de saúde, deve abranger a integração entre diversos setores das políticas públicas.<sup>12,23-25</sup> Nesse sentido, deve ser ressaltado que a integração de diferentes setores é essencial ao enfrentamento das questões ligadas aos determinantes sociais do processo saúde-doença.<sup>1,2</sup>

Similarmente ao observado no presente estudo, pesquisas realizadas em outras regiões geográficas do país apontaram que as gastroenterites infecciosas e complicações encontram-se entre as primeiras causas de hospitalização em crianças menores de cinco anos.<sup>6,12-14,19,20,22,24,26</sup> Tal resultado questiona os cuidados primários de saúde direcionados às crianças nos municípios estudados, uma vez que a atenção primária conta com medidas terapêuticas efetivas e de baixa complexidade para o manejo desses agravos, como a terapia de reidratação oral.<sup>22</sup> Neste contexto, ainda há que considerar a oferta, no esquema proposto pelo Programa Nacional de Imunização, desde 2006, da vacina contra o rotavírus humano,<sup>27</sup> que revela-se como estratégia efetiva na prevenção da gastroenterite por rotavírus, da diarreia grave e, conseqüentemente, das hospitalizações por essas causas.<sup>28,29</sup> A literatura aponta, também, que apenas 0,5% dos casos de gastroenterites em crianças no mundo são de intensidade grave, não se justificando, assim, alta prevalência de internação por uma enfermidade que pode ser prevenida e tratada por meio de cuidados primários resolutivos.<sup>12</sup>

Os resultados deste estudo seguem a tendência evidenciada em outras realidades que indicaram prevalências elevadas de crianças internadas por pneumonia bacteriana.<sup>13,19,26</sup> Apesar de que crianças menores de cinco anos apresentam maior vulnerabilidade ao adoecimento por essa causa, em virtude do crescimento físico acelerado e da fragilidade própria da idade,<sup>15,30</sup> esses resultados são preocupantes, haja vista que a atenção primária conta com recursos apropriados à prevenção da pneumonia bacteriana.<sup>3</sup> Nesse sentido, cabe destacar, primeiramente, a inclusão da vacina Pneumocócica 10-valente no calendário de

vacinação da criança desde 2010,<sup>27</sup> a qual tem mostrado sua efetividade na redução das taxas de internação por pneumonia após sua incorporação na rotina dos serviços de saúde.<sup>31</sup> Por outra parte, espera-se que os profissionais que atuam na atenção primária estejam habilitados para identificar adequadamente os sinais e sintomas que caracterizam a pneumonia bacteriana, como febre, dispneia, dor torácica ventilatório-dependente e tosse com expectoração.<sup>32</sup> Ainda, considerando que o aleitamento materno constitui importante fator protetor dos agravos respiratórios, os profissionais de saúde devem perceber a essencialidade da sua promoção na prevenção da doença.<sup>12,25</sup> Quanto ao tratamento, é possível a indicação da antibioticoterapia, medidas caseiras para o alívio da tosse e orientações quanto à necessidade de retornos para avaliação do quadro, evitando assim a referência para outros níveis de assistência.<sup>3,32</sup>

A infecção do rim e trato urinário ocupou a terceira causa de internação na população deste estudo, corroborando o resultado de outro estudo.<sup>12</sup> Embora não haja nenhum tipo de prevenção para essa infecção, na atenção primária é possível diagnosticar e tratar precocemente, por meio de exames laboratoriais e tratamento farmacológico com antibióticos, respectivamente.<sup>32</sup> Em caso de recorrência deste tipo de infecção, a profilaxia prolongada com drogas antissépticas pode ser implementada nesse nível de atenção para reduzir os casos de internação.<sup>9,11</sup> A problemática apontada pode indicar pouca sensibilidade do diagnóstico das infecções do rim e trato urinário ou, ainda, dificuldades operacionais na atenção primária dos municípios estudados, como sugerido em estudo anterior em contexto similar.<sup>7</sup>

A vulnerabilidade das crianças mais jovens, quando comparadas com as mais velhas, constatada por maior proporção de internamento por pneumonia bacteriana no presente estudo, converge com os resultados encontrados em outras localidades do Brasil.<sup>12,24</sup> Essa constatação pode ser explicada pela imaturidade do sistema imunológico apresentada nas crianças de faixas etárias inferiores, associada ao menor calibre das vias aéreas que impõem dificuldades no processo de remoção de elementos estranhos.<sup>30</sup> No contexto dos cuidados à saúde, ressalta-se frequência elevada de internação entre crianças menores de um ano associada, na sua grande parte, à atenção inadequada durante o pré-natal, parto e ao neonato.<sup>12</sup>

Pesquisas de âmbito nacional constataram maiores prevalências de internações entre as crianças do sexo masculino,<sup>14,25</sup> o que confirmou-se no atual estudo. Pesquisadores têm descrito que a maior exposição a agentes infecciosos, condicionado à maior liberdade de ações e brincadeiras por razões socioculturais no Brasil, pode levar a maior internação em meninos do que em meninas.<sup>33,34</sup>

Apenas um estudo com crianças brasileiras de zero a cinco anos analisou associação entre as condições sensíveis e o sexo, o qual não encontrou diferença estatística, diferindo dos resultados da atual pesquisa que teve nas meninas maior prevalência de condição sensível.<sup>13</sup> Entretanto, outro estudo cujos resultados não foram discriminados para as crianças, revelou, também, maior risco entre as pessoas do sexo feminino,<sup>35</sup> alegando-se explicações relacionadas a possíveis diferenças segundo a região de estudo.<sup>35</sup>

No que se refere à maior prevalência de condições não sensíveis nas crianças que apresentaram transferência/óbito como desfecho, não se encontrou estudo na literatura com abordagem similar. Tal achado é justificável, uma vez que as condições consideradas sensíveis à atenção primária são enfermidades de baixa complexidade e de fácil resolução,<sup>19,36</sup> encontrando no nível terciário maior capacidade resolutiva nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e urgência.<sup>37</sup> Não obstante, há que ressaltar que a não resolutividade desses agravos na atenção primária não se justificam ao se considerar condições esperadas que sejam apropriadas em relação aos recursos, conhecimentos técnicos dos profissionais, acolhimento, vínculo com o usuário e relação profissional-usuário.<sup>37</sup>

Convergindo com o presente trabalho, outro estudo encontrou maior prevalência de internação por gastroenterites infecciosas e complicações em crianças de maior idade.<sup>20</sup> Esse achado denota negligência dos profissionais de saúde com as crianças maiores, o que é preocupante, pois nessa faixa etária elas ainda são vulneráveis às condições fisiológicas imaturas, bem como ao ambiente e à situação socioeconômica familiar degradados.<sup>12</sup> Todavia, embora outras pesquisas tenham apontado maior prevalência de internação por gastroenterites infecciosas e complicações entre as crianças de menor idade, justificando-se pela imaturidade do sistema imunológico e peculiaridade da microbiota, com maior vulnerabilidade aos distúrbios hidroeletrólíticos e aos agentes etiológicos bacterianos e protozoários<sup>9,12,33</sup> este achado não foi encontrado neste estudo.

A Atenção Primária à Saúde de qualidade, além de diminuir o número de internações por condições sensíveis pode reduzir, também, o tempo de permanência dos pacientes internados.<sup>38</sup> Apesar da importância do tempo de hospitalização na avaliação da qualidade do atendimento em saúde,<sup>39</sup> pesquisas brasileiras não têm investido em análises e reflexões que considerem este indicador. Este aspecto revela-se como inovador no estudo atual.

De maneira similar ao presente estudo, pesquisa na Colômbia<sup>39</sup> encontrou tempo de hospitalização em crianças de quatro dias, superior ao reportado na cidade de Montes Claros (MG) que foi de três dias.<sup>13</sup> Esse tempo (quatro dias) pode ser considerado elevado, uma vez

que para as principais causas de internamento apontadas nesse estudo, o tratamento com antibióticos deve promover melhora clínica em menos de 72 horas.<sup>32,40</sup> Esse achado pode estar relacionado à deficiência na rede hospitalar pediátrica nos municípios desta pesquisa, como verificado em estudo anterior que apontou maior tempo de hospitalização entre as crianças não residentes em João Pessoa.<sup>41</sup> Tal constatação pode ser reforçada considerando que gastroenterites infecciosas e complicações representou a causa com menor tempo de permanência hospitalar, muito possivelmente por sua baixa complexidade e possibilidades resolutivas no ambiente domiciliar com medidas simples como reidratação, repouso e dieta branda.<sup>33</sup>

Estudo desenvolvido nos Estados Unidos mostrou maior tempo de hospitalização em meninas do que em meninos,<sup>42</sup> convergente com os resultados da atual pesquisa. Explicações para a diferença do tempo de hospitalização entre os gêneros das crianças não foram bem definidas na literatura científica, merecendo investigação mais aprofundada.<sup>42</sup> Destaca-se que o tempo de hospitalização constitui uma variável complexa que depende de fatores como a condição clínica, a gravidade da doença e possíveis complicações.<sup>39,40</sup>

Apesar de se reconhecer a importância dos cuidados à criança no nível primário da saúde, os indicadores levantados neste estudo devem ser interpretados com cautela, pois a Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária envolve multiplicidade de fatores.<sup>12,22</sup> Nessa causalidade, incluem-se fatores socioeconômicos, biológicos e culturais.<sup>6,9,12,13,43</sup> A influência dos fatores socioeconômicos nas internações de crianças pode estar relacionada a piores condições de acesso aos serviços de saúde entre as famílias de menor capacidade econômica<sup>9</sup>. Estudo ecológico contextualizando as capitais brasileiras, por exemplo, constatou maior proporção de internações entre crianças de famílias sem rede de abastecimento de água e com baixo nível de escolaridade da mãe.<sup>44</sup>

No que concerne aos fatores biológicos, além da influência do sexo e da idade, tem-se constatado maiores taxas de internações por condições sensíveis entre crianças de baixo peso ao nascer e/ou prematuras.<sup>45</sup> Por outro lado, fatores culturais da família tem sido delimitados por sua influência na adesão às orientações relacionadas à prática do cuidado da criança. Além disso, a visão distorcida da Atenção Primária à Saúde pelos usuários pode levar à desvalorização desse nível de atenção e a focalização na intervenção imediata, conduzindo-os, portanto a utilizar a assistência hospitalar como porta de entrada.<sup>1,13</sup>

O atual estudo apresenta algumas limitações que devem ser oportunamente discutidas. A primeira delas relaciona-se ao uso da Autorização de Internação Hospitalar para obtenção

do motivo de internação, pois a finalidade desse instrumento é, prioritariamente, o reembolso financeiro pelos serviços prestados. Assim, é possível que haja falhas no registro (intencionais ou não) que comprometam a acurácia das informações.<sup>5,18,46</sup> A segunda limitação corresponde à utilização de apenas serviços conveniados com o sistema público, sendo que as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária podem ocorrer também nos serviços privados.<sup>23</sup> Por fim, informações relacionadas às características socioeconômicas das crianças, sobre o acesso à Atenção Primária à Saúde e o processo de trabalho dos profissionais de saúde não foram contemplados nesse estudo, sendo que as mesmas podem exercer influência de forma direta nas prevalências de internações.<sup>9</sup>

## CONCLUSÕES

No presente estudo, considerando as altas taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, evidencia-se que a assistência dispensada às crianças menores de cinco anos na Atenção Primária à Saúde está comprometida. Revela-se que internações por condições sensíveis, dentre elas as doenças agudas, são influenciadas pelo sexo e faixa etária da criança e demandam maior tempo de hospitalização que as condições não sensíveis. O comprometimento na qualidade dos cuidados primários dispensados à criança alerta para a necessidade do planejamento de ações mais efetivas com foco nos fatores de risco de internação no grupo etário. Nesse sentido, ações de prevenção, promoção e tratamento adequadas às peculiaridades dos cenários e sujeitos envolvidos, bem como a integração entre os diferentes níveis de atenção, são essenciais. É oportuno considerar, ainda, a importância de capacitação e qualificação dos profissionais de saúde para o reconhecimento de causas evitáveis à internação.

## REFERÊNCIAS

1. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciencia Saude Colet.* 2016;21(5):1499-509.
2. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Cienc Saude Colet.* 2013;18(1):221-32.
3. Avelino CC, Goyatá SL, Nogueira DA, Rodrigues LBB, Siqueira SMS. Qualidade da atenção primária à saúde: uma análise segundo as internações evitáveis em um município de Minas Gerais, Brasil. *Ciência Saude Colet.* 2015;20(4):1285-93.

4. Sousa NP, Rehem TCMSB, Santos WS, Santos E. Internações sensíveis à atenção primária à saúde em hospital regional do Distrito Federal. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(1):118-25.
5. Junqueira RMP, Duarte EC. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. *Rev Saude Publica.* 2012;46(5):761-8.
6. Barreto JOM, Nery IS, Costa MSC. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2012;28(3):515-26.
7. Mendonça SS, Albuquerque EC. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. *Epidemiol Serv Saude.* 2014;23(3):463-74.
8. Brasil VP, Dias da Costa JS. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina – estudo ecológico de 2001 a 2011. *Epidemiol Serv Saude.* 2016;25(1):75-84.
9. Melo MD, Egry EY. Determinantes sociais das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Guarulhos, São Paulo. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(Esp):133-40.
10. Nedel FB, Facchini LA, Martín M, Navarro A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol Serv Saude.* 2010;19(1):61-75.
11. Rodrigues-Bastos RM, Campos EMS, Ribeiro LC, Firmino RUR, Bustamante-Teixeira MT. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. *Rev Assoc Med Bras.* 2013;59(2):120-7.
12. Prezotto KH, Chaves MMN, Mathias TAF. Hospitalizações sensíveis à atenção primária em crianças, segundo grupos etários e regionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(1):44-53.
13. Caldeira AP, Fernandes VBL, Fonseca WP, Faria AA. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant.* 2011;11(1):61-71.
14. Oliveira BRG, Vieira CS, Collet N, Lima RA. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(2):268-77.
15. Oliveira BRG, Vieira CS, Furtado MCC, Mello DF, Lima RA. Perfil de morbidade de crianças hospitalizadas em um hospital público: implicações para a Enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(4):586-93.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. *Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2008 abr 18; Seção 1 nº 75: 70.*
17. Dias da Costa JS, Pattussi MP, Morinoto T, et al. Tendência das internações por condição sensível à atenção primária e fatores associados em Porto Alegre, RS, Brasil. *Ciencia Saude Colet.* 2016;21(4):1289-96.
18. Rehem TCMSB, Oliveira MRF, Amaral TCL, Ciosak SI, Egry EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(4):884-90.
19. Oliveira RR, Costa JR, Mathias TAF. Hospitalizações em menores de cinco anos por causas evitáveis. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2012;20(1):135-42.
20. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol Serv Saude.* 2014;23(1):45-56.
21. Rehem TCMSB, Ciosak SI, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. *Texto Contexto - Enferm.* 2012;21(3):535-42.

22. Moura BLA, Cunha RC, Aquino R, et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2012;10(Suppl.1):S83-91.
23. Carvalho SC, Mota E, Dourado I, et al. Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. *Cad Saude Publica.* 2015;31(4):744-54.
24. Santos ILF, Gaíva MAM, Abud SM, Ferreira SMB. Hospitalização de crianças por condições sensíveis à atenção primária. *Cogitare Enferm.* 2015;20(1):171-9.
25. Konstantyner T, Mais LA, Taddei JAAC. Factors associated with avoidable hospitalisation of children younger than 2 years old: the 2006 Brazilian National Demographic Health Survey. *International Journal for Equity in Health.* 2015;14(69):1-9.
26. Ferrer APS, Sucupira ACSL, Grisi SJFE. Causes of hospitalization among children ages zero to nine years old in the city of São Paulo, Brazil. *CLINICS.* 2010;65(1):35-44
27. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de normas e procedimentos para vacinação. Brasília (DF): MS; 2014.
28. Meneguessi GM, Mossri RM, Segatto TCV, Reis PO. Morbimortalidade por doenças diarreicas agudas em crianças menores de 10 anos no Distrito Federal, Brasil, 2003 a 2012. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015;24(4):721-30.
29. Ambrosine VA, Carraro E. Impacto da vacinação contra rotavírus no Brasil. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2012;45(4):411-18
30. Natali RMT, Santos DSPS, Fonseca AMC, et al. Perfil de internações hospitalares por doenças respiratórias em crianças e adolescentes da cidade de São Paulo, 2000-2004. *Rev Paul Enferm.* 2011;29(4):584-90.
31. Afonso ET, Minamisava R, Bierrenbach AL, et al. Effect of 10-valent pneumococcal vaccine on pneumonia among children, Brazil. *Emerg Infect Diseases.* 2013;19(4):589-97.
32. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2012. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28).
33. Nascimento DS, Schuelter-Trevisol F. Internações por gastroenterite e diarreia de origem infecciosa presumível em crianças de zero a cinco anos de idade. *Revista da AMRIGS.* 2014;58(1):24-29.
34. Simões APB, Pelchetti CZ, Pantin RV, Mauri JF, Oliveira FLC. Estado nutricional de crianças e adolescentes hospitalizados em enfermaria de cirurgia pediátrica. *Rev Paul Pediatr.* 2010;28(1):41-7.
35. Cardoso CS, Pádua CM, Rodrigues-Junior AA, et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;34(4):227-34.
36. Ceccon RF, Meneghel SN, Viecili PRN. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. *Rev Bras Epidemiol.* 2014;17(4):968-77.
37. Torres LM, Marques LMF, Tannure MC, Pennan CMM. Significado atribuído por trabalhadores da saúde de Belo Horizonte-MG ao principio da resolutividade nas ações cotidianas. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(5):822-8.
38. Alfradique ME, Bonolo PR, Dourado I, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad Saude Pública.* 2009;25:1337-49.
39. Mendonza TLA, Arias GM, Osório RMA. Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en neonatos. *Rev Chil Pediatr.* 2014;85(2):164-73.

40. Veras TN, Samdim G, Mundim K, et al. Perfil epidemiológico de pacientes pediátricos internados com pneumonia. *Scientia Medica*. 2010;20(4):277-81.
41. Costa EO, Silva CS, Soares MESM, Silva RG, Amaral PB. Análise do Tempo de Internação de Crianças com Pneumonia em Hospital Público de João Pessoa-PB. *Rev Bras Ciências da Saúde*. 2014;18(2):147-50.
42. Hasegawa K, Calhoun WJ, Pei IV, Camargo CA. Sex differences in hospital length of stay in children adults hospitalized for asthma exacerbation. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2015;30:1-3.
43. Dias-da-Costa JS, Buttenbender DC, Hoefel AL, Souza LL. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Publica*. 2010;26(2):358-64.
44. Boccolini CS, Boccolini PM. Relação entre aleitamento materno e internações por doenças diarreicas nas crianças com menos de um ano de vida nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, 2008. *Epidemiol Serv Saúde*. 2011;20(1):19-26.
45. Barreto MS, Marcon SS. Hospitalização no segundo ano de vida em crianças consideradas de risco ao nascimento. *Esc Anna Nery*. 2014;18(2):227-33
46. Campos AZ, Theme-Filha MM. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(5):845-55.

**Tabela 1.** Características infantis e das internações de crianças menores de cinco anos segundo município de residência. Cabedelo e Bayeux, Paraíba, 2013.

Variáveis	Município						p
	Total		Cabedelo		Bayeux		
	n	%	n	%	n	%	
<b>CARACTERÍSTICAS DAS CRIANÇAS</b>							
<b>Sexo</b>							0,339
Feminino	281	44,8	100	42,4	181	46,3	
Masculino	346	55,2	136	57,6	210	53,7	
<b>Idade (meses)</b>							0,487
< 25	297	47,4	116	49,2	181	46,3	
25  - 60	330	52,6	120	50,8	210	53,7	
<b>CARACTERÍSTICAS DAS INTERNAÇÕES</b>							
<b>Tempo de hospitalização (dias)*</b>							<b>0,000</b>
1 a 5	453	73,1	135	59,0	376	81,4	
6 a 10	128	20,6	79	34,1	49	12,6	
> 10	39	6,3	16	6,9	23	5,9	
<b>Desfecho da internação*</b>							0,386
Transferência/Óbito	24	3,8	11	4,7	13	3,3	
Alta	601	96,2	223	95,3	378	96,7	
<b>Causa da internação</b>							0,062
Sensível	517	82,5	186	78,8	331	84,7	
Não sensível	110	17,5	50	21,2	60	15,3	

p: valores de  $p$  para o teste estatístico qui-quadrado;  $p$  em negrito denota significância estatística; \*valores que diferem do total devem-se a ausência de informações nas autorizações de internação hospitalar.

**Tabela 2.** Causas de internações de crianças menores de cinco anos segundo município de residência: frequências, proporções e taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), Cabedelo e Bayeux, Paraíba, 2013.

Causas de internações	Número de Internações			% do total de Internações			% do total de ICSAP			Taxa de ICSAP (X 1.000 habitantes)			Taxa de ICSAP (X 1.000 crianças < 5 anos)		
	Total	Cabedelo	Bayeux	Total	Cabedelo	Bayeux	Total	Cabedelo	Bayeux	Total	Cabedelo	Bayeux	Total	Cabedelo	Bayeux
Pneumonias bacterianas	307	106	201	48,96	44,92	51,41	59,38	56,99	60,73	2,19	2,19	2,19	24,16	22,19	25,35
Gastroenterites infecciosas e complicações	122	35	87	19,46	14,83	22,25	23,59	18,82	26,28	0,87	0,72	0,95	9,60	7,33	10,97
Infecção do rim e trato urinário	50	24	26	7,97	10,17	6,65	9,67	12,90	7,85	0,36	0,50	0,28	3,94	5,02	3,28
Infecção de pele e tecido cutâneo	17	10	7	2,71	4,24	1,79	3,28	5,38	2,11	0,12	0,21	0,08	1,34	2,09	0,88
Outras ICSAP*	21	11	10	3,36	4,65	2,55	4,08	5,91	3,03	0,15	0,22	0,1	1,65	2,31	1,27
Total de ICSAP	517	186	331	82,46	78,81	84,65	100,0	100,0	100,0	3,69	3,84	3,61	40,69	38,93	41,75
Internações por condições não sensíveis	110	50	60	17,54	21,19	15,35	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total de internações	627	236	391	100,0	100,0	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-

\*Causas de internações que apresentaram baixas frequências: asma; doenças das vias aéreas inferiores; infecções do ouvido, nariz e garganta; coqueluche; epilepsia; desnutrição; anemia.

**Tabela 3.** Causas de internações de crianças menores de cinco anos segundo sexo da criança. Cabedelo e Bayeux, Paraíba, 2013.

Causas de internações	Total				Cabedelo				Bayeux						
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		p		
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino					
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Pneumonias bacterianas	167	54,4	140	45,6	0,698	65	61,3	41	38,7	0,300	102	50,7	99	49,3	0,227
Gastroenterites infecciosas e complicações	70	57,4	52	42,6	<b>0,000</b>	19	54,3	16	45,7	0,665	51	58,6	36	41,4	0,297
Infecção do rim e trato urinário	14	28,0	36	72,0	0,423	6	25,0	18	75,0	<b>0,001</b>	8	30,8	18	69,2	<b>0,015</b>
Infecção de pele e tecido cutâneo	11	64,7	6	35,3	<b>0,017</b>	7	70,0	3	30,0	0,524	4	57,1	3	42,9	0,100
Outras ICSAP*	12	57,1	9	42,9	0,854	6	54,5	5	45,5	1,000	6	60,0	4	40,0	0,758
Total de ICSAP	274	53,0	243	47,0	0,173	103	55,4	83	44,6	<b>0,024</b>	171	51,7	160	48,3	0,545
Internações por condições não sensíveis	72	65,5	38	34,5	<b>0,001</b>	33	66,0	17	34,0	0,177	39	65,0	21	35,0	<b>0,020</b>
Total de internações	346	55,2	281	44,8	<b>0,017</b>	136	57,6	100	42,4	0,143	210	53,7	181	46,3	0,057

\*Causas de internações que apresentaram baixas frequências: asma; doenças das vias aéreas inferiores; infecções do ouvido, nariz e garganta; coqueluche; epilepsia; desnutrição; anemia. *p*: valores de *p* para o teste estatístico qui-quadrado; *p* em negrito denota significância estatística; ICSAP: Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

**Tabela 4.** Causas de internações de crianças menores de cinco anos segundo faixa etária da criança. Cabedelo e Bayeux, Paraíba, 2013.

Causas de internações	Total				Cabedelo				Bayeux						
	Faixa etária (meses)		Faixa etária (meses)		Faixa etária (meses)		Faixa etária (meses)		Faixa etária (meses)		Faixa etária (meses)		p		
	< 25 n %	25  - 60 n %	< 25 n %	25  - 60 n %	p	< 25 n %	25  - 60 n %	p	< 25 n %	25  - 60 n %					
Pneumonias bacterianas	163	53,1	144	46,9	<b>0,005</b>	59	55,7	47	44,3	0,071	104	51,7	97	48,3	<b>0,026</b>
Gastroenterites infecciosas e complicações	42	34,4	80	65,6	<b>0,001</b>	12	34,3	23	65,7	0,057	30	34,5	57	65,5	<b>0,012</b>
Infecção do rim e trato urinário	23	46,0	27	54,0	0,840	13	54,2	11	45,8	0,604	10	38,5	16	61,5	0,407
Infecção de pele e tecido cutâneo	6	35,3	11	64,7	0,312	4	40,0	6	60,0	0,749	2	28,6	5	71,4	0,458
Outras ICSAP*	10	47,6	11	52,4	0,981	3	27,3	8	72,7	0,137	7	70,0	3	30,0	0,198
Total de ICSAP	244	47,2	273	52,8	0,202	91	489	95	51,1	0,769	153	46,2	178	53,8	0,331
Internações por condições não sensíveis	53	48,2	57	51,8	0,703	25	50,0	25	50,0	1,000	28	46,7	32	53,3	0,606
Total de internações	297	47,4	330	52,6	0,851	116	49,2	120	50,8	0,893	181	46,3	210	56,7	0,950

\*Causas de internações que apresentaram baixas frequências: asma; doenças das vias aéreas inferiores; infecções do ouvido, nariz e garganta; coqueluche; epilepsia; desnutrição; anemia. *p*: valores de *p* para o teste estatístico qui-quadrado; *p* em negrito denota significância estatística; ICSAP: Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

**Tabela 5.** Associação da internação por condição sensível ao cuidado primário com as características infantis e o desfecho da internação. Cabedelo e Bayeux, Paraíba. 2013.

Variáveis	Internação				RP (IC95%)	p
	Sensível		Não Sensível			
	n	%	n	%		
<b>Sexo</b>						<b>0,017</b>
Feminino	243	86,5	38	13,5	1,09 (1,02-1,17)	
Masculino	274	79,2	72	20,8	1,00	
<b>Idade (meses)</b>						0,851
< 25	244	82,2	53	17,8	0,99 (0,92-1,07)	
25  - 60	273	82,7	57	17,3	1,00	
<b>Desfecho da internação *</b>						<b>0,023</b>
Transferência/Óbito	15	62,5	9	37,5	0,75 (0,55-0,99)	
Alta	500	83,2	101	16,8	1,00	

$p$ : valores de  $p$  para o teste estatístico qui-quadrado;  $p$  em negrito denota significância estatística. RP (IC 95%): Razão de Prevalência (Intervalo de Confiança de 95%); \*valores que diferem do total devem-se a ausência de informações nas autorizações de internação hospitalar.

**Tabela 6.** Tempo de hospitalização das causas de internações de crianças menores de cinco anos segundo município de residência e sexo. Cabedelo e Bayeux, Paraíba, 2013.

Causas de internações	Mediana de dias de hospitalização (intervalo interquartilico)		p	Total		p	Cabedelo		p	Bayeux		p	
	Total	Cabedelo		Bayeux	Sexo		Sexo			Sexo			
					Masculino		Feminino	Masculino		Feminino	Masculino		Feminino
Pneumonias bacterianas	4,0 (3,0) <sup>a</sup>	5,0 (4,0)	3,0 (3,0)	0,000	4,0 (3,0)	4,0 (3,0)	0,754	5,0 (3,0)	5,0 (3,8)	0,326	3,0 (3,0)	4,0 (2,5)	0,099
Gastroenterites infecciosas e complicações	3,0 (3,0) <sup>b</sup>	4,0 (3,3)	3,0 (2,0)	0,003	3,0 (2,0)	3,0 (4,0)	0,078	4,0 (2,0)	5,0 (6,0)	0,302	2,0 (1,0)	3,0 (3,0)	0,124
Infecção do rim e trato urinário	4,0 (4,0) <sup>a</sup>	5,5 (4,0)	2,0 (1,3)	0,000	4,0 (2,0)	4,0 (5,0)	0,417	4,0 (1,8)	6,5 (4,3)	0,251	2,0 (1,8)	2,0 (1,3)	0,978
Infecção de pele e tecido cutâneo	4,0 (2,5) <sup>a</sup>	4,0 (3,8)	4,0 (2,0)	0,105	4,0 (3,0)	4,0 (2,3)	0,525	4,0 (5,0)	4,0 (4,0)	0,667	3,5 (2,5)	4 (3,0)	0,857
Outras ICSAP*	4,0 (4,0) <sup>a</sup>	4,0 (4,0)	3,5 (4,5)	0,362	3,0 (2,8)	5,0 (4,0)	0,516	3,0 (2,3)	6,0 (4,5)	0,136	3,0 (7,0)	4,5 (6,3)	0,904
Total de ICSAP	4,0 (4,0) <sup>a</sup>	4,5 (4,0)	3,0 (3,0)	0,000	3,0 (3,0)	4,0 (4,0)	0,079	4,0 (4,0)	5,0 (4,0)	0,444	3,0 (2,0)	4,0 (3,0)	0,035
Internações por condições não sensíveis	3,0 (5,0) <sup>b</sup>	4,0 (5,3)	2,0 (3,0)	0,000	2,0 (4,0)	3,0 (5,0)	0,161	4,0 (7,0)	4,0 (4,5)	0,564	2,0 (2,0)	2,0 (6,5)	0,318
Total de internações	4,0 (4,0)	4,5 (4,0)	3,0 (3,0)	0,000	3,0 (3,0)	4,0 (4,0)	0,013	4,0 (4,0)	5,0 (4,0)	0,394	3,0 (2,0)	4,0 (3,0)	0,006

\*Causas de internações que apresentaram baixas frequências: asma; doenças das vias aéreas inferiores; infecções do ouvido, nariz e garganta; coqueluche; epilepsia; desnutrição; anemia. *p*: valores de *p* para o teste estatístico U de Mann-Whitney; *p* em negrito denota significância estatística; *p* > 0,05 para as análises por faixa etária; letras em sobrescrito denotam diferença estatística no tempo de hospitalização entre as causas de internações; ICSAP: Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

**Financiamento:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo 476520/2013-4) e Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (Processo 37/13).

**Conflito de interesse:** Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

**Correspondência:** Erika Morganna Neves de Araujo. Rua Luiz Marcelino de Oliveira, 503, Bodocongó, Campina Grande, PB, Brasil. E-mail: morgannaneves@hotmail.com Telefone: (83) 99640-8076.

## **Artigo 2**

Cuidados primários à saúde da criança: utilização do instrumento de vigilância com foco no crescimento

O artigo foi elaborado de acordo com as normas de publicação do periódico: São Paulo Medical Journal, para o qual foi encaminhado.

## **Artigo Original**

# **CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE DA CRIANÇA: UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE VIGILÂNCIA COM FOCO NO CRESCIMENTO PRIMARY CARE TO CHILD'S HEALTH: USE OF THE SURVEILLANCE INSTRUMENT WITH FOCUS ON GROWTH**

### **Erika Morganna Neves de Araujo**

BSc. Estudante de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, PB, Brasil.

### **Marcia Teles de Oliveira Gouveia**

PhD. Professor Adjunto, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, PI, Brasil.

### **Dixis Figueroa Pedraza**

PhD. Professor Doutor, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, PB, Brasil.

**Local onde o trabalho foi desenvolvido:** Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

## ABSTRACT

**Background and objective:** Proper use of the Child Health Handbook is an important indicator of quality of care provided to children in health services. This study aimed to evaluate the Primary Health Care provided to children focusing on growth and based on the information recorded in the child's health surveillance instrument. **Type of study and location:** Cross-sectional study carried out in the counties of Cabedelo and Bayeux, Paraíba, Brazil. **Methods:** There were 321 studied children under five years old, who were located in the areas covered by the health teams (randomly selected). Mothers answered a questionnaire containing information on sociodemographic characteristics. Growth charts, records of supplementation with iron and vitamin A and notes on immunization schedule registered in the instrument were analyzed. In children that had the third version of the Child Health Handbook, the association between completion of this handbook and sociodemographic characteristics was analyzed. **Results:** All parameters studied showed high frequency of inadequate completion, ranging from 41.1% for the "weigh x age" chart to 95.3% for the "body mass index x age" chart. The county without nutritionist in health teams had worse completion of the instrument. Higher frequency of inadequate completion was found among children aged at 25 months or older and living in the county where health teams do not have a nutritionist. **Conclusions:** The monitoring of child growth has not been effectively implemented in Primary Health Care, suggesting the need for professional qualification and training, as well as teamwork.

**Key words:** Primary Health Care. Family Health Strategy. Child Care. Growth and Development. Public Health Surveillance.

## RESUMO

**Contexto e objetivo:** A adequada utilização da Caderneta de Saúde da Criança constitui um importante indicador da qualidade da atenção ofertada às crianças nos serviços de saúde. Objetivou-se avaliar os cuidados primários à saúde da criança, com foco no crescimento, baseado nas informações registradas no instrumento de vigilância à saúde da criança. **Tipo de estudo e local:** Estudo transversal realizado nos municípios de Cabedelo e Bayeux, Paraíba, Brasil. **Métodos:** Estudaram-se 321 crianças menores de cinco anos, as quais foram localizadas nas áreas de abrangência das equipes de saúde (sorteadas aleatoriamente). As mães responderam um questionário contendo informações sobre características sociodemográficas. Analisou-se o preenchimento dos gráficos de crescimento, dos registros de suplementação com ferro e vitamina A e das anotações do calendário vacinal no instrumento de vigilância. Nas crianças de posse da terceira versão da Caderneta de Saúde da Criança, analisou-se a associação do preenchimento com as características sociodemográficas. **Resultados:** Todos os parâmetros estudados apresentaram altas frequências de inadequação do preenchimento, oscilando de 41,1% para o gráfico de peso x idade a 95,3% para o gráfico de índice de massa corporal x idade. O município sem nutricionista nas equipes de saúde apresentou pior preenchimento do instrumento. Maior frequência de preenchimento inadequado constatou-se entre crianças de 25 meses ou mais e residentes no município sem nutricionista nas equipes de saúde. **Conclusões:** O acompanhamento do crescimento infantil no nível primário de saúde não tem sido efetivamente concretizado, sugerindo-se a necessidade de qualificação e capacitação profissional, bem como o trabalho em equipe. **Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Cuidado da criança. Crescimento e desenvolvimento. Vigilância em Saúde Pública.

## INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da criança compreende o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde, por meio de uma assistência de qualidade, com a finalidade de proporcionar um adequado crescimento e desenvolvimento infantil, manutenção da saúde e qualidade de vida.<sup>1</sup> Nesse contexto, os serviços de Atenção Primária à Saúde constituem a porta de entrada preferencial do sistema, com ações resolutivas sobre os problemas de saúde, e devem estabelecer a articulação com os outros níveis de atenção visando à construção do cuidado integral à saúde das crianças.<sup>2,3</sup>

Nesse sentido, no Brasil, o Cartão da Criança foi instituído, a partir da implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança em 1984, visando monitorar e manter sob vigilância o crescimento físico e o desenvolvimento da criança, ressaltando-se desde então a importância do registro dos dados antropométricos em gráficos de crescimento.<sup>4,5</sup> Após revisão desenvolvida pelo Ministério da Saúde, em 2005, o Cartão da Criança passou a se denominar Caderneta de Saúde da Criança, posteriormente aprimorada com a incorporação de novos conteúdos.<sup>5,6</sup> Além dos conteúdos adotados no cartão (gráficos de evolução de peso para a idade e de perímetro cefálico para a idade, calendário vacinal), a caderneta comporta, ainda, registro da história obstétrica e neonatal, ferramenta para aferição do desenvolvimento, instruções sobre aspectos importantes da alimentação e do aleitamento materno, registros de suplementação profilática de ferro e de vitamina A, dados sobre a saúde bucal, auditiva e visual, espaço para anotações de intercorrências clínicas e tratamentos efetuados e outros gráficos de evolução do crescimento (estatura para a idade, índice de massa corporal para a idade), entre outros.<sup>5-7</sup> Também houve a extensão da faixa etária para o acompanhamento, de cinco para 10 anos de idade, e para a avaliação do estado nutricional adotou-se o uso de novas curvas de referência desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde,<sup>5,6</sup> as quais são de difícil entendimento pelos profissionais de saúde.<sup>8</sup>

O uso de um instrumento específico para a vigilância da saúde da criança não é exclusividade do Brasil. Outros países como Reino Unido, Suécia, Grécia, Portugal, França, Canadá, Indonésia, Japão, Austrália, Nova Zelândia e Estados Unidos da América (alguns estados) também realizam o registro das informações de saúde da criança em instrumentos similares, com terminologias diferentes, mostrando-se a importância/impacto da adequada utilização desses instrumentos.<sup>9,10</sup> Na Indonésia, por exemplo, o instrumento constitui o

principal meio de registros de saúde desde 2004 e sua posse está associada a uma melhor cobertura vacinal da criança.<sup>11</sup>

A adequada utilização da Caderneta de Saúde da Criança, por meio do registro completo e correto das informações, além de ser essencial ao diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários sobre as anotações ali realizadas, pode promover uma melhor adesão e valorização desse instrumento pela família.<sup>10,12</sup> Ainda, em posse da caderneta, tanto os pais como a equipe de saúde têm a oportunidade de acompanhar todo o processo de crescimento e desenvolvimento da criança, permitindo, assim, a identificação precoce de problemas de saúde, como a desnutrição e o retardo no crescimento, de maneira que não se tornem irreversíveis.<sup>4,6</sup> Dessa forma, a adequada utilização da caderneta constitui um importante indicador da qualidade da atenção ofertada às crianças nos serviços de saúde.<sup>5,12</sup> Os estudos sobre essa temática ainda são escassos no cenário nacional e podem ser apontadas importantes falhas tanto de preenchimento como de utilização da Caderneta de Saúde da Criança, além de dificuldades variadas e conjunturais.<sup>6,12,13</sup>

## **OBJETIVO**

Avaliar os cuidados primários à saúde da criança, com foco no crescimento, baseado nas informações registradas no instrumento de vigilância à saúde da criança.

## **MÉTODOS**

Este estudo faz parte de uma pesquisa cujo interesse primordial foi verificar a implantação das ações de alimentação e nutrição, com foco na saúde da criança, por equipes da Estratégia Saúde da Família de dois municípios do Estado da Paraíba. A pesquisa foi de delineamento transversal comparando-se as realidades de dois municípios que diferem quanto aos recursos humanos que desenvolvem as ações de alimentação e nutrição: um município no qual o nutricionista, desde 2001, atua na equipe da Estratégia Saúde da Família (Município 1); e outro, no qual o nutricionista atua em Núcleos de Apoio à Saúde da Família, auxiliando aos médicos e enfermeiros das equipes de saúde no desenvolvimento das ações (Município 2).

Os municípios foram escolhidos, ainda, considerando suas semelhanças em aspectos como a posição geográfica (localização na região metropolitana da capital do Estado com acesso à rede de serviços nela disponibilizados), grau de urbanização (de quase 100%),

indicadores demográfico-sociais, recursos econômicos e tradição na organização de serviços primários de saúde (cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família de quase 100%). O Município 1 tem população de 57.944 habitantes, dos quais 4.596 são crianças menores de cinco anos. Possui sistema de saúde composto por 19 equipes da Estratégia Saúde da Família. O Município 2 tem população de 99.716 habitantes, dos quais 7.862 são crianças menores de cinco anos. Possui sistema de saúde composto por 28 equipes da Estratégia Saúde da Família.

Crianças menores de cinco anos constituíram a população de estudo. Para o cálculo do tamanho amostral, foram empregados parâmetros obtidos de um estudo que avaliou a qualidade da atenção à saúde da criança, na Estratégia Saúde da Família, conforme a visão dos usuários, por médicos e enfermeiros com residência em Saúde da Família, em comparação a médicos e enfermeiros sem esta formação específica, no município de Montes Claros, Minas Gerais.<sup>14</sup> Considerou-se nível de 95% de confiança, poder de 80% e avaliação negativa dos serviços de saúde pelos usuários de 41,9%, no Município 1, e de 58,1%, no Município 2. Acrescentou-se 10% para compensar eventuais perdas e efeito do desenho de 1,2, obtendo-se amostra final, em cada município, de 157 crianças.

Em cada município foram selecionadas, aleatoriamente, nove equipes da Estratégia Saúde da Família (representando cerca da metade das equipes do Município 1 e 1/3 das do Município 2). Cada equipe contribuiu, em média, com 18 crianças para o total da amostra que obedeceu a dois critérios: i. uma amostra intencional composta por todos os atendimentos dos enfermeiros como parte das consultas de puericultura no dia da coleta de dados, ii. na base do quantitativo anterior, os Agentes Comunitários de Saúde convidaram para participar da pesquisa a quantidade de crianças que completa-se 18, selecionando-as de todas as microáreas de atuação para representar os diferentes espaços geográficos.

No final do período de coleta de dados, a amostra populacional constituiu-se de 321 crianças menores de cinco anos, das quais 153 do Município 1 e 168 do Município 2. Desse total, cinco crianças (uma do Município 1 e quatro do Município 2) compareceram à unidade de saúde sem portar a caderneta ou o cartão, restando, portanto, 316 avaliações para o presente estudo.

A coleta de dados foi realizada nas unidades de saúde entre julho e dezembro de 2014. A equipe de campo foi formada por profissionais e estudantes da área de saúde, com experiência prévia em trabalho de campo, o qual foi supervisionado por profissional capacitado. O controle de qualidade do estudo incluiu: treinamento e padronização dos entrevistadores,

construção de Manual de Instruções e realização de estudo piloto no município de Campina Grande, Paraíba.

Este estudo corresponde à análise do preenchimento do instrumento de vigilância à saúde da criança de posse da criança. Os dados foram coletados mediante a aplicação de questionário com informações sobre as características sociodemográficas das crianças (sexo, idade da criança, idade materna, trabalho materno fora de casa, escolaridade materna, número de pessoas no domicílio, benefício do Programa Bolsa Família, renda familiar) e consulta ao instrumento de vigilância à saúde da criança. As informações sobre as características sociodemográficas das crianças foram obtidas por meio de perguntas contidas no questionário aplicado às mães. A idade da criança foi calculada pela diferença entre a data da entrevista e a data de nascimento. Para verificar o preenchimento do instrumento de vigilância, os entrevistadores analisaram os registros dos itens relacionados ao crescimento da criança, à suplementação e à vacinação. Além disso, considerou-se adequado o uso da terceira versão da Caderneta de Saúde da Criança.

O preenchimento do instrumento de vigilância contemplou a análise dos registros de perímetro cefálico para a idade segundo o gráfico de perímetro cefálico x idade, peso para a idade segundo o gráfico de peso x idade, estatura para a idade segundo o gráfico de altura x idade, Índice de Massa Corporal para a idade segundo o gráfico de Índice de Massa Corporal x idade, suplementação com ferro segundo o quadro de anotações correspondente, suplementação com vitamina A segundo o quadro de anotações correspondente ou o espaço para registro das vacinas, e vacinação segundo o espaço destinado para esse fim.

Os registros foram considerados adequados quando os mesmos estavam de acordo com as normas correspondentes preconizadas pelo Ministério da Saúde:

- gráficos de perímetro cefálico x idade, peso x idade, altura x idade (segunda e terceira versões da caderneta) e Índice de Massa Corporal x idade (terceira versão da caderneta) com quantidade de registros de perímetro cefálico, peso, altura e Índice de Massa Corporal, respectivamente, consoantes com o mínimo de consultas recomendadas para a idade da criança no momento do inquérito (são preconizadas 11 consultas para a assistência à criança menor de cinco anos, com 1º registro: até 7 dias, 2º registro: 8 dias |- 2 meses, 3º registro: 2 |- 4 meses, 4º registro: 4 |- 6 meses, 5º registro: 6 |- 9 meses, 6º registro: 9 |- 12 meses, 7º registro: 12 |- 18 meses, 8º registro: 18 |- 24 meses, 9º registro: 2 |- 3 anos, 10º registro: 3 |- 4 anos, 11º registro: 4 |-5 anos);

- quadros de anotações da suplementação preventiva com ferro e vitamina A com quantidade de registros de frascos de suplemento de ferro entregues em conformidade com o preconizado pelo Programa Nacional de Suplementação de Ferro para a idade da criança no momento do inquérito (do 6º ao 18º mês devem ser entregues seis frascos, sendo 1º frasco: 6 |- 8 meses, 2º frasco: 8 |- 10 meses, 3º frasco: 10 |- 12 meses, 4º frasco: 12 |- 14 meses, 5º frasco: 14 |- 16 meses, 6º frasco: 16 |- 19);<sup>16</sup>
- quadros de anotações da suplementação preventiva com ferro e vitamina A ou quadro de anotações das vacinas com quantidade de registros de suplementação com vitamina A em conformidade com o preconizado pelo Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A para a idade da criança no momento do inquérito (do 6º mês aos 4 anos e 11 meses as crianças devem ser suplementadas seis vezes com intervalo mínimo de seis meses entre duas administrações, com 1º registro: 6 |- 12 meses, 2º registro: 12 |- 17 meses, 3º registro: 18 |- 23 meses, 4º registro: 24 |- 29 meses, 5º registro: 30 |- 36, 6º registro: 36 |- 59 meses);<sup>17</sup>
- quadros de anotações das vacinas com registros de vacinas em conformidade com o preconizado no calendário básico de vacinação, constante no próprio instrumento de vigilância, para a idade da criança no momento do inquérito.

Nas crianças de posse do instrumento adequado, ou seja, a terceira versão da Caderneta de Saúde da Criança (N= 259), o preenchimento do instrumento foi classificado como adequado ou inadequado. Para esse fim, foi utilizado um sistema de escore que possibilita realizar comparações de diferentes localidades e ao longo do tempo.<sup>18</sup> Para o cálculo do escore, atribuiu-se valor um para itens preenchidos corretamente e zero para os itens preenchidos incorretamente, sendo o escore de preenchimento expresso pelo somatório dos valores de cada um dos itens. Assim, admitiu-se uma variação de 0 a 7 pontos, representando melhor preenchimento valores mais próximos de 7. Estabeleceu-se como ponto de corte para preenchimento adequado valor de escore igual ou superior a quatro pontos (57,1% de itens preenchidos corretamente). A definição desse ponto de corte foi feita com base na distribuição estatística dos escores, tendo em vista a inexistência de dados na literatura. As cadernetas classificadas com preenchimento adequado foram consideradas como indicador de cuidados primários à saúde satisfatórios.

Os dados coletados foram organizados em planilhas eletrônicas e digitados em dupla entrada. O aplicativo Validate do *software* Epi Info versão 3.3.2 foi usado para analisar a consistência dos dados, gerando o banco final utilizado nas análises estatísticas.

Foi utilizado o teste de qui-quadrado ou exato de Fischer para analisar diferenças entre os municípios em relação às características sociodemográficas e ao uso do instrumento de vigilância (versão de posse e preenchimento dos itens de análise). Os cálculos das Razões de Prevalência (RP) e seus respectivos Intervalos de Confiança (95%) foram utilizados para analisar a associação do preenchimento da terceira versão da Caderneta de Saúde da Criança com as características sociodemográficas. Para o ajuste dos fatores de confusão, utilizou-se a Regressão de Poisson. Para esses fins, as variáveis que se mostraram associadas até o nível de 25% ( $p < 0,25$ ) nas análises bivariadas foram incluídas na análise multivariada, considerando os valores de  $p$  segundo o teste de qui-quadrado.

Em todas as análises, o nível de significância admitido foi de 5%. As análises foram realizadas com a utilização do *software* SPSS, versão 13.0.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, com o protocolo de número 19689613.3.0000.5187.

## RESULTADOS

Das 321 crianças estudadas, a maioria (75,1%) possuía idade inferior a 25 meses. Observou-se alta frequência de domicílios com quatro ou mais pessoas (67,0%). A vulnerabilidade da população também ficou expressa na proporção de famílias beneficiárias do programa Bolsa Família (59,8%) e com renda familiar inferior a dois salários mínimos (27,8%). Segundo os resultados, nenhuma das variáveis em estudo apresentou diferença estatística entre os municípios (Tabela 1).

Das crianças de posse do instrumento (316), 18% estavam com versões inadequadas, em maior proporção no Município 2. Em relação ao preenchimento, todos os parâmetros estudados apresentaram altas frequências de inadequação, oscilando de 41,1%, para o preenchimento do gráfico de peso x idade, a 95,3%, para o preenchimento do gráfico de Índice de Massa Corporal x idade. Ao comparar a adequação do preenchimento do instrumento entre os municípios, observou-se pior desempenho no Município 2 para o preenchimento dos gráficos de perímetro cefálico x idade, peso x idade e estatura x idade, bem como para os registros de suplementação com vitamina A (Tabela 2).

Na Tabela 3, são apresentadas as análises das associações das características sociodemográficas com o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança. Segundo os

resultados, diferenças estatísticas foram constadas para as variáveis idade da criança e município.

Após o ajuste do modelo na análise de Regressão de Poisson, conforme Tabela 5, foi possível observar que ser criança menor de 25 meses de idade representou um fator de proteção do preenchimento inadequado (RP = 0,65; IC 95% 0,53-0,80). Além disso, crianças residentes no Município 2 em relação às residentes no Município 1 apresentaram maior frequência de preenchimento inadequado (RP = 1,55; IC 95% 1,33-1,78).

## DISCUSSÃO

A adoção do Cartão da Criança e, posteriormente, da Caderneta de Saúde da Criança, como instrumento de vigilância à saúde da criança, constitui um dos aspectos de maior destaque no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil ao longo das últimas três décadas.<sup>19</sup> Os achados do presente estudo permitem identificar questões relevantes sobre a utilização do instrumento na rede pública de serviços de saúde.

Observa-se que, mesmo após nove anos da implantação da Caderneta de Saúde da Criança,<sup>5</sup> 15,2% das crianças do presente estudo utilizavam, ainda, o Cartão da Criança, em maior proporção no Município 2. Esse resultado suscita questionamentos quanto aos progressos relacionados à substituição do cartão, questão ressaltada, similarmente, em outras pesquisas que sugerem causas relacionadas à disponibilidade e/ou à distribuição da caderneta nas instâncias pertinentes.<sup>20,21</sup> Problemas na gestão municipal poderiam estar relacionados com essa situação, ao se considerar que uma gestão de qualidade pode levar ao melhor desempenho na Estratégia Saúde da Família, como ressaltado em estudo que aferiu a qualidade da Estratégia Saúde da Família no nordeste de Minas Gerais.<sup>22</sup> Dessa forma, considerando que no presente estudo houve melhor adequação no instrumento de posse no Município 1, infere-se que este apresente melhor gestão municipal dos serviços públicos de saúde.

Os resultados desta pesquisa mostram a negligência relacionada ao registro das informações nos gráficos de crescimento da criança disponíveis no instrumento de vigilância. Resultados similares foram constatados em outras localidades do Brasil.<sup>5,20,23</sup> Tais achados sugerem o descumprimento das consultas mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde para os primeiros cinco anos de vida<sup>24</sup> e/ou que o acompanhamento do crescimento infantil ainda não tem recebido a devida atenção pelos profissionais de saúde<sup>5</sup>. Essa problemática leva

a questionar o atendimento oferecido às crianças, uma vez que a utilização do instrumento de vigilância é essencial à monitorização do crescimento infantil.<sup>5,6</sup>

Considerando a conjuntura do presente estudo, é pertinente presumir que a disponibilidade de nutricionista nas equipes de saúde do Município 1 pode contribuir para a melhor utilização do instrumento de vigilância, ao menos no que se refere às questões de alimentação e nutrição. Chama a atenção como, apesar da vigilância do crescimento ser atribuição do nutricionista, entre outros profissionais, anteriormente nenhum outro estudo tenha analisado o envolvimento do primeiro nessa ação.<sup>8</sup> Nesse sentido, a sugestão elencada por meio dos resultados desta pesquisa leva em conta que a ausência de tal profissional nas equipes de saúde vai de encontro ao princípio da integralidade e pode conduzir a falhas no desenvolvimento das ações que lhes são inerentes.<sup>24,25</sup> Essa constatação é importante, pois os resultados remetem a expressivas fragilidades na assistência que podem estar atreladas à falta de atenção continuada e integral, evadindo atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde e prejudicando a resolutividade das ações.

A conjuntura anteriormente descrita é preocupante em virtude da situação nutricional das crianças brasileiras expressa pela coexistência de prevalências expressivas de retardo estatural e de excesso de peso.<sup>26</sup> Esses distúrbios se não tratados na infância podem levar a consequências irreversíveis,<sup>19</sup> sendo a vigilância do crescimento essencial nesse sentido.<sup>6</sup>

O maior percentual de preenchimento do gráfico de peso x idade, quando comparado aos outros gráficos de crescimento, constatado no presente estudo foi reportado de maneira similar por outras pesquisas,<sup>20,27</sup> inclusive de outros países.<sup>9</sup> No Brasil, essa constatação pode se relacionar à curva de peso para a idade ser a mais antiga entre as disponíveis no instrumento. Ainda, pode ter associação com a inclusão de novas curvas com conceitos desconhecidos pelos profissionais como a representação em *escore z*.<sup>7,13,23</sup>

No que se refere ao preenchimento do perímetro cefálico, os resultados encontrados nos municípios estudados mostraram frequências inferiores às reportadas em outras cidades.<sup>4,20</sup> O baixo percentual de preenchimento correto desse parâmetro deve ser analisado com precaução, pois se refere à velocidade de crescimento craniano e possibilita identificar, precocemente, problemas como a macro e a microcefalia.<sup>28</sup> Ainda, o perímetro cefálico pode refletir o estado de neurodesenvolvimento infantil.<sup>19</sup>

No presente estudo, similarmente a resultado de estudo anterior,<sup>23</sup> observou-se baixo percentual no preenchimento do gráfico de estatura x idade. A não disponibilidade de equipamentos e a falta de capacitação profissional para a medição da estatura sinalizam-se

como possíveis fatores relacionados a essa problemática.<sup>26</sup> A avaliação sistemática do índice estatura para idade merece maior atenção nas unidades de saúde, pois, apesar da redução das taxas, o déficit de estatura ainda constitui um problema de saúde pública no país.<sup>26</sup>

Em ambos os municípios do presente estudo, quase a totalidade dos gráficos de Índice de Massa Corporal x idade estavam preenchidos de maneira inadequada, a despeito do perfil epidemiológico nutricional no Brasil em que as prevalências de sobrepeso e obesidade apresentam tendência de aumento.<sup>19</sup> Para essa avaliação, os resultados deste artigo são pioneiros, uma vez que a literatura ainda carece de análises similares.<sup>19</sup> Ao se avaliar os prontuários de crianças menores de dois anos no município de Cuiabá (MT), somente 22,7% dos documentos contavam com o registro do Índice de Massa Corporal,<sup>28</sup> indicando-se de forma semelhante aos resultados desta pesquisa, a negligência com essa medida. O pouco uso do Índice de Massa Corporal pode ser explicado pela sua recente instituição na realidade dos serviços de saúde.<sup>28</sup> De qualquer forma, motiva a indagação sobre as práticas dos profissionais com os cuidados à saúde da criança.

Neste estudo, o melhor preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança, bem como as maiores proporções de adequação no preenchimento para a maioria dos parâmetros em análise, no Município 1, podem estar condicionadas a melhores condições para a oferta de serviços de qualidade. Nesse sentido, ressaltam-se dificuldades na utilização da caderneta e na vigilância do crescimento infantil no contexto da rede básica de saúde do Sistema Único de Saúde, relacionadas a problemas de estrutura (falta de adequação e/ou manutenção dos instrumentos de tomada das medidas antropométricas, indisponibilidade da caderneta nos serviços de saúde); à desvalorização ou desconhecimento por parte dos profissionais sobre a importância do crescimento linear, a situação nutricional das crianças brasileiras e factibilidade de prevenção dos distúrbios relacionados; e à não utilização do instrumento por todos os membros da equipe de saúde.<sup>8,12</sup>

Da análise dos fatores anteriores, depreende-se que a diferença na qualidade da assistência à saúde da criança verificada no atual estudo sinaliza um possível potencial gerado pela inserção do nutricionista às equipes de saúde, reconhecendo-se a capacidade desse profissional de gerar corresponsabilização essencial à abordagem multiprofissional e interdisciplinar como forma de garantir assistência à saúde infantil de maneira qualificada.<sup>8,24,29</sup> Esses resultados estão em sintonia com as sugestões que indicam o comprometimento da qualidade da atenção à saúde na rede básica de saúde no Brasil associada à precariedade dos recursos humanos, implicando na necessidade de uma atuação

mais qualificada.<sup>8,14,29</sup> Experiências de outros países mostram os benefícios do componente nutrição na Atenção Primária à Saúde, a exemplo do trabalho conjunto do nutricionista com os demais profissionais da saúde da família proposto pelo *Hamilton Health Service Organization Nutrition Program*, no Canadá, que trouxe melhorias no acesso, na resolutividade e na satisfação dos usuários<sup>30</sup>.

Neste estudo, a maior adequação no preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança entre as crianças de menor idade foi relatada de forma similar em pesquisa anterior.<sup>27</sup> Tal fato explica-se, possivelmente, pela maior frequência no agendamento das consultas nos primeiros meses de vida, devido ao maior risco biológico imposto pelo próprio extremo da idade.<sup>19,27</sup> Além disso, no primeiro ano de vida a criança recebe a maioria das vacinas o que implica na necessidade de retornar ao serviço de saúde com maior frequência, o que vem a ser uma oportunidade para a utilização da Caderneta de Saúde da Criança como um instrumento de vigilância.<sup>23</sup>

De uma maneira geral, os resultados do presente estudo apontam para uma realidade diferente daquela recomendada pelo Ministério da Saúde no que concerne à vigilância da saúde infantil, evidenciando fragilidades na ação de acompanhamento do crescimento e sua adequação ao mínimo de consultas preconizadas.<sup>6,15</sup> Contudo, deve-se ter cautela na interpretação dos achados encontrados, pois a responsabilidade do uso do instrumento de vigilância à saúde da criança não está restrita ao profissional, mas deve ser compartilhada com a família.<sup>8,19</sup> Dessa forma, deve-se considerar a disposição da família em portar o instrumento em todas as consultas da criança e a cobrança do direito relacionado ao preenchimento. O profissional de saúde também exerce papel fundamental nesse sentido, devendo orientar as famílias com relação à importância do acompanhamento da criança e do uso da caderneta.<sup>7,20</sup> Discute-se, assim, a necessidade de sensibilizar todos os atores sobre a importância do uso correto do instrumento de vigilância. Ainda, há a urgência de investir na capacitação dos profissionais de saúde. Esses dois fatores são decisivos para a valorização do instrumento, a adequação do seu preenchimento e a efetivação da sua função.<sup>5</sup>

Ao interpretar os resultados do presente estudo, algumas limitações devem ser consideradas. Primeiramente, deve ser ressaltado que o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança se restringiu apenas a alguns dos parâmetros contemplados no instrumento. Além disso, alguns fatores relacionados ao preenchimento da caderneta não foram considerados, como por exemplo, o peso ao nascer e outras condições inerentes à saúde da criança, a

assistência materna durante o pré-natal e puerpério, a área de residência (urbana ou rural) e o estado marital.

## CONCLUSÕES

O presente estudo revela que o acompanhamento do crescimento infantil no nível primário à saúde não tem sido efetivamente concretizado, em função da discordância com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde no que se refere à utilização do instrumento de vigilância à saúde da criança (versão de posse e preenchimento). Revela-se, assim, comprometimento na qualidade da atenção à saúde da criança. Tais constatações afirmam a importância atribuída à sensibilização de todos os sujeitos envolvidos na atenção à saúde da criança. No que se refere aos profissionais, aponta-se a necessidade de investimentos em capacitação e qualificação voltada para o manuseio correto do instrumento. Sugere-se, ainda, a importância do trabalho em equipe na reversão desse quadro.

## REFERÊNCIAS

1. Modes PSSA, Gaíva MAM. Satisfação das usuárias quanto à atenção prestada à criança pela Rede Básica de Saúde. *Esc Anna Nery*. 2013;(3):455-65.
2. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(6):1000-7.
3. Souza RS, Ferrari RAP, Santos TFM, Tacla MTGM. Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da Saúde da Família. *Rev Min Enferm*. 2013;17(2):331-9.
4. Faria M, Nogueira TA. Avaliação do uso da Caderneta de Saúde da Criança nas unidades básicas de saúde em um município de Minas Gerais. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2013;11(38):8-15.
5. Abud SM, Gaíva MAM. Registro dos dados de crescimento e desenvolvimento na caderneta de saúde da criança. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(2):97-105.
6. Dias da Costa JS, Cesar JA, Pattussi MP, et al. Assistência à criança: preenchimento da caderneta de saúde em municípios do semiárido brasileiro. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2014;14(3):219-27.
7. Andrade GN, Rezende TMR; Madeira AMF. Caderneta de Saúde da Criança: experiências dos profissionais da atenção primária à saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(5):857-64.
8. Figueroa Pedraza D. Growth surveillance in the context of the Primary Public Healthcare Service Network in Brazil: literature review. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2016;16(1):7-19.
9. Centre for Community Child Health Murdoch, Childrens Research Institute. *Child Health Record Literature Review*. Victoria Government: Australia; 2011.
10. Blanco e Silva, Gaíva AM, Mello DF. Utilização da caderneta de saúde da criança pela família: Percepção dos profissionais. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(2):407-14.
11. Osaki K, Hattori T, Kosen S. The role of home-baseds in the establishment of continuum of care for mothers, newborns, and children in Indonesia. *Glob Health Action*. 2013;6:1-12.

12. Gaíva MAG, Silva FB. Caderneta de Saúde da Criança: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE*. 2014;8(3):742-9.
13. Abreu TGT, Viana LS, Cunha CLF. Desafios na utilização da caderneta de saúde da criança: entre o real e o ideal. *J Manag Prim Health Care*. 2012;3(2):80-3.
14. Leão CDA, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Cienc Saude Colet*. 2011;16(11):4415-23.
15. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília (DF): MS; 2012. (Cadernos de Atenção Básica; n. 33).
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vitamina A Mais: Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: Condutas Gerais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
18. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(3):583-95.
19. Almeida AC, Mendes LC, Sad IR, et al. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil - Revisão sistemática de literatura. *Rev Paul de Pediatr*. 2016;34(1):122-31.
20. Linhares AO, Gigante DP, Cesar JA. Avaliação dos registros e opinião das mães sobre a caderneta de saúde da criança em unidades básicas de saúde, Pelotas, RS. *Revista da AMRIGS*. 2012;56(3):245-50.
21. Figueroa Pedraza D. Preenchimento do cartão e da caderneta de saúde da criança em um município do interior da Paraíba. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2017; no prelo.
22. Cardoso AVL, Chain APN, Mendes RIP, et al. Avaliação da gestão da Estratégia Saúde da Família por meio do instrumento Avaliação para Melhoria da Qualidade em municípios de Minas Gerais, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2015;20(4):1267-84.
23. Palombo CNT, Duarte LS, Fujimori E, Toriyama ATM. Uso e preenchimento da caderneta de saúde da criança com foco no crescimento e desenvolvimento. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48:60-7.
24. Rocha ACD, Figueroa Pedraza D. Acompanhamento do crescimento infantil em unidades básicas de Saúde da Família do município de Queimadas, Paraíba. Brasil. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(4):1169-78.
25. Cervato-Mancuso AM, Tonacio LV, Silva ER, Vieira VL. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. *Cienc Saude Colet*. 2012;17(12):3289-300.
26. Damé MRO, Pedroso MRO, Marinho CL, et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em crianças do Rio Grande do Sul, Brasil: cobertura, estado nutricional e confiabilidade dos dados. *Cad Saúde Pública*. 2011;7(11):2155-65.
27. Sardinha LMV, Pereira MG. Avaliação do preenchimento do Cartão da Criança no Distrito Federal. *Brasília Med*. 2011;48(3):246-51.
28. Moreira MDS, Gaíva MAM. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: análise dos registros das consultas de enfermagem. *Pesq Cuid Fundam Online*. 2013;5(2):3757-66.
29. Rigon AS, Schmidt ST, Bógus CM. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(3):e00164514.

30. Crustolo AM, Kates N, Ackerman S, Shamehom S. Integrating nutrition services into primary care - Experience in Hamilton, Ont. *Can Fam Physician*. 2005;10;51(12):1647-53.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas de crianças menores de cinco anos atendidas por equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família de dois municípios do Estado da Paraíba, 2014.

VARIÁVEIS	Total (N=321)		Município 1 (N=153)		Município 2 (N=168)		p
	n	%	n	%	N	%	
<b>Sexo</b>							0,392
Feminino	157	48,9	71	46,4	86	51,2	
Masculino	164	51,1	82	53,6	82	48,8	
<b>Idade da criança (meses)</b>							0,065
< 25	241	75,1	122	79,7	119	70,8	
25-60	80	24,9	31	20,3	49	29,2	
<b>Idade materna (anos)</b>							0,226
< 21	78	24,8	33	21,7	45	27,6	
≥ 21	237	75,2	119	78,3	118	72,4	
<b>Trabalho materno fora de casa</b>							0,210
Não	246	76,6	122	79,7	124	73,8	
Sim	75	23,4	31	20,3	44	26,2	
<b>Escolaridade materna</b>							0,595
Não sabe ler, escrever e fazer conta por escrito	67	20,9	30	19,6	37	22,0	
Sabe ler, escrever e fazer conta por escrito	254	79,1	123	80,4	131	78,0	
<b>Número de pessoas no domicílio</b>							0,726
≥ 4	215	67,0	101	66,0	114	67,9	
< 4	106	33,0	52	34,0	54	32,1	
<b>Benefício do Programa Bolsa Família</b>							0,087
Não	129	40,2	69	45,1	60	35,7	
Sim	192	59,8	84	54,9	108	64,3	
<b>Renda Familiar</b>							0,812
< 2 Salários Mínimo	88	27,8	43	28,5	45	27,3	
≥ 2 Salários Mínimo	228	72,2	108	71,5	120	72,7	

p: valores de  $p$  para o teste estatístico qui-quadrado ou exato de Fischer.

**Tabela 2.** Instrumento de vigilância à saúde da criança: versão de posse e preenchimento em crianças menores de cinco anos atendidas por equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família de dois municípios do Estado da Paraíba, 2014.

VARIÁVEIS	Total (N=316*)		Município 1 (N=152*)		Município 2 (N=164*)		p
	n	%	n	%	n	%	
<b><i>Versão de posse do instrumento</i></b>							<b>0,030</b>
Cartão da Criança	48	15,2	16	10,6	32	19,6	
1ª ou 2ª versão da CSC	9	2,8	4	2,6	5	3,0	
3ª versão da CSC	259	82,0	132	86,8	127	77,4	
<b><i>Gráfico de perímetro cefálico x idade</i></b>							<b>0,000</b>
Inadequado	187	69,8	69	50,7	118	89,4	
Adequado	81	30,2	67	49,3	14	10,6	
<b><i>Gráfico de peso x idade</i></b>							<b>0,000</b>
Inadequado	130	41,1	42	27,6	88	53,7	
Adequado	186	58,9	110	72,4	76	46,3	
<b><i>Gráfico de estatura x idade</i></b>							<b>0,000</b>
Inadequado	160	59,9	53	38,7	107	82,3	
Adequado	107	40,1	84	61,3	23	17,7	
<b><i>Gráfico de IMC x idade</i></b>							<b>0,030</b>
Inadequado	243	95,3	125	94,7	118	95,9	
Adequado	12	4,7	7	5,3	5	4,1	
<b><i>Quadro de anotações de suplementação de ferro</i></b>							0,348
Inadequado	206	96,3	94	94,9	112	97,4	
Adequado	8	3,7	5	5,1	3	2,6	
<b><i>Quadro de anotações de suplementação de vitamina A</i></b>							<b>0,001</b>
Inadequado	74	34,4	23	23,2	51	44,0	
Adequado	141	65,6	76	76,8	65	56,0	
<b><i>Quadro de anotação das vacinas</i></b>							0,060
Incompleto	167	52,8	72	47,4	95	57,9	
Completo	149	47,2	80	52,6	69	42,1	
<b><i>Escore de preenchimento do instrumento**</i></b>							<b>0,000</b>
Inadequado (< 4 itens corretos)	149	57,5	51	34,2	98	65,8	
Adequado (≥ 4 itens corretos)	110	42,5	81	73,6	29	26,4	

CSC: Caderneta de Saúde da Criança; IMC: Índice de Massa Corporal; p: valores de p para o teste estatístico qui-quadrado ou exato de Fischer; p em negrito denota significância estatística; \* valores que diferem do total devem-se à versão de posse do instrumento e/ou à idade da criança; \*\* preenchimento para as crianças de posse da terceira versão da CSC.

**Tabela 3.** Associação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança com as características sociodemográficas de crianças menores de cinco anos atendidas por equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família de dois municípios do Estado da Paraíba, 2014.

VARIÁVEIS	Preenchimento						RP (IC 95%)	p
	Total (N=259)		Inadequado (<4 itens corretos)		Adequado (≥ 4 itens corretos)			
	n	%	n	%	n	%		
<b>Sexo</b>							0,419	
Feminino	129	49,8	71	55,0	58	45,0	0,92 (0,74-1,13)	
Masculino	130	50,2	78	60,0	52	40,0	1,0	
<b>Idade da criança (meses)</b>							<b>0,006</b>	
< 25	205	79,1	109	53,2	96	46,8	0,72 (0,59-0,88)	
25-60	54	20,9	40	74,1	14	25,9	1,0	
<b>Idade materna (anos)</b>							0,901	
< 21	64	25,3	36	56,3	28	43,8	0,98 (0,77-1,26)	
≥ 21	189	74,7	108	57,1	81	42,9	1,0	
<b>Trabalho materno fora de casa</b>							0,395	
Não	203	78,4	114	56,2	89	43,8	0,90 (0,71-1,14)	
Sim	56	21,6	35	62,5	21	37,5	1,0	
<b>Escolaridade materna</b>							0,303	
Não sabe ler, escrever e fazer conta por escrito	50	19,4	32	64,0	18	36,0	1,14 (0,90-1,45)	
Sabe ler, escrever e fazer conta por escrito	209	80,6	117	56,0	92	44,0	1,0	
<b>Número de pessoas no domicílio</b>							0,169	
≥ 4	170	65,6	103	60,6	67	39,4	1,17 (0,93-1,48)	
< 4	89	34,4	46	51,7	43	48,3	1,0	
<b>Benefício do Programa Bolsa Família</b>							0,135	
Não	104	40,1	54	51,9	50	48,1	0,85 (0,68-1,06)	
Sim	155	59,9	95	61,3	60	38,7	1,0	
<b>Renda Familiar</b>							0,505	
< 2 Salários Mínimo	68	26,7	41	60,3	27	39,7	1,08 (0,86-1,37)	
≥ 2 Salários Mínimo	187	73,3	104	55,6	83	44,4	1,0	
<b>Município</b>							<b>0,000</b>	
Município 2	127	49,0	98	77,2	29	22,8	2,00 (1,58-2,53)	
Município 1	132	51,0	51	38,6	81	61,4	1,0	

p: valores de p para o teste estatístico qui-quadrado; p em negrito denota significância estatística; RP (IC 95%): Razão de Prevalência (Intervalo de Confiança de 95%).

**Tabela 4.** Associação ajustada (Regressão de Poisson) do preenchimento inadequado da Caderneta de Saúde da Criança com as características sociodemográficas de crianças menores de cinco anos atendidas por equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família de dois municípios do Estado da Paraíba, 2014.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>RP (IC 95%)</b>	<b>p</b>
<b><i>Idade da criança (meses)</i></b>		<b>0,000</b>
< 25	0,65 (0,53- 0,80)	
25-60	1,0	
<b><i>Número de pessoas no domicílio</i></b>		0,079
≥ 4	0,88 (0,76-1,02)	
< 4	1,0	
<b><i>Benefício do Programa Bolsa Família</i></b>		0,051
Não	0,95 (0,82-1,10)	
Sim	1,0	
<b><i>Município</i></b>		<b>0,000</b>
Município 2	1,55 (1,33-1,78)	
Município 1	1,0	

p em negrito denota significância estatística; RP (IC 95%): Razão de Prevalência (Intervalo de Confiança de 95%).

**Financiamento:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo 476520/2013-4) e Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (Processo 37/13).

**Conflito de interesse:** Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

**Correspondência:** Erika Morganna Neves de Araujo. Rua Luiz Marcelino de Oliveira, 503, Bodocongó, Campina Grande, PB, Brasil. E-mail: morgannaneves@hotmail.com Telefone: (83) 99640-8076.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados primários à saúde dispensados às crianças menores de cinco anos nos municípios estudados encontram-se deficitários no que se refere ao cumprimento do processo de vigilância do crescimento infantil e do manejo das doenças por causas evitáveis por esse nível de atenção.

Com relação às internações sensíveis ao cuidado primário, adverte-se que a APS não tem sido efetiva como porta de entrada do sistema de saúde e não tem atingido bons resultados quanto à reorientação do modelo de atenção, uma vez que as altas taxas de internações encontradas podem denotar a reprodução do cenário de fragmentação do sistema de saúde brasileiro. Assim, os resultados desse estudo impulsionam reflexões sobre as práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos na população menor de cinco anos. Destaca-se a necessidade de cuidados primários mais resolutivos, do fortalecimento do sistema de referência e contra-referência e de integração entre os diversos níveis de atenção, com o intuito de melhorar a qualidade de assistência a essa população, de maneira a reduzir os casos de internação. Dessa forma, reforça-se a importância de aprimorar o planejamento e a gestão dos serviços, de forma a garantir melhor articulação entre os níveis de atenção e ações de saúde adequadas às necessidades da população.

É inquestionável a importância da vigilância do crescimento infantil para a manutenção da saúde da criança. No entanto, os resultados do presente estudo revelaram que a assistência à saúde infantil está aquém do recomendado, em função da precária utilização do instrumento de vigilância, evidenciada pela inadequação do seu preenchimento nos municípios estudados. Esse fato reforça a necessidade de investimentos na formação e capacitação dos profissionais de saúde que atendem a criança, para que o instrumento cumpra efetivamente o seu papel de educação, vigilância e promoção da saúde infantil. Dessa forma, indica-se a necessidade de investimento na formação especializada dos profissionais para atuarem nesse nível de atenção, bem como na realização de treinamentos contínuos sobre o manuseio da Caderneta de Saúde da Criança, considerando aspectos como a padronização na tomada das medidas antropométricas, calibração dos antropômetros e interpretação dos gráficos de crescimento e dos novos padrões de referência contidos no instrumento. Tais questões são fundamentais na garantia de melhores resultados na vigilância da saúde da criança. Ressalta-se, que o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição mostrou-se

essencial na melhoria do desempenho da Atenção Primária à Saúde, segundo os resultados desse estudo.

Sugere-se a necessidade de compreender quais os principais fatores que levam a inefetividade da qualidade da assistência. Para tanto, novas pesquisas devem ser realizadas a fim de investigar o impacto das ações dispensadas à criança no serviço de atenção primária em saúde, abrangendo todos os sujeitos envolvidos nesse processo, como os gestores, os profissionais de saúde e a família, aspectos esses não contemplados no presente estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Andrade GN. Vivências dos profissionais da atenção primária à saúde com a Caderneta de Saúde da Criança [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
2. Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Cuidados primários de saúde: Declaração de Alma-Ata 1978. Brasil, UNICEF; 1979.
3. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc São Paulo* 2011; 20 (4): 867-74.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington: OPAS, 2007.
5. Mesquita Filho M, Luz BSR, Araújo CS. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Cien Saude Colet* 2014; 19(7): 2033- 46.
6. Campos AZ, Theme-Filha MM. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(5): 845-55.
7. Braz JC, Mello DF, David YGM, Teixeira S, Prado AS, Furtado MC. A longitudinalidade e a integralidade no cuidado às crianças menores de um ano: avaliação de cuidadores. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2013; 46(4): 416-23.
8. Medeiros JMOM. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Atenção Primária à Saúde do município de Mossoró-RN [Dissertação de Mestrado]. Mossoró: Universidade do Estado do Rio Grande do Norte; 2014.
9. Schneider GG. O tipo vivido de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil [Tese de doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
10. Oliveira CM, Casanova AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Cienc Saude Colet* 2009; 14(3): 929-36.
11. Monteiro AI, Macedo IP, Santos ADB, Araújo WM. A enfermagem e o fazer coletivo: acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. *Rev Rene* 2011; 12(1): 73-80.
12. Reichert APS, Almeida AB, Souza LC, Silva MEAS, Collet N. Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. *Rev Rene* 2012; 13(1): 114-26.
13. Modes PSSA, Gaíva MAM. Satisfação das usuárias quanto à atenção prestada à criança pela Rede Básica de Saúde. *Esc Anna Nery* 2013; (3): 455-65.
14. Figueiredo GLA, Pina JC, Tonete VLP, Mello DF. Experiências de famílias na imunização de crianças brasileiras menores de dois anos. *Rev Latino Am* 2011; 19(3): [08 telas].
15. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição Secretaria de Programas Especiais. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Brasília (DF): MS; 1993.
16. Abreu TGT, Viana LS, Cunha CLF. Desafios na utilização da caderneta de saúde da criança: entre o real e o ideal. *J Manag Prim Health Care* 2012; 3(2): 80-3.
17. Ministério da Saúde (BR), Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança: Ações básicas. Brasília (DF): MS; 1984.
18. Sousa FGM, Erdmann AL. Qualificando o cuidado a criança na Atenção Primária de Saúde. *Rev Bras Enferm* 2012; 65(5): 795-802.
19. Sardinha LMV, Pereira MG. Avaliação do preenchimento do Cartão da Criança no Distrito Federal. *Brasília Med* 2011; 48(3): 246-51.

20. Ceia MLM, Cesar JA. Avaliação do preenchimento dos registros de puericultura em unidades básicas de saúde em Pelotas, RS. *Revista da AMRIGS* 2011; 55 (3): 244-9.
21. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF): MS; 2012. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 11).
22. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA, et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(3): 583-95.
23. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
24. Oliveira DH. Do direito à saúde da criança por meio dos cuidados à mãe e a gestante segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente. *Revista de Direito Público* 2010; 5(2): 69-89.
25. Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e da outras providencias. *Diário Oficial da União* 16 jul 1990.
26. Macinko J, Souza MFM, Guanais FC, Simões CCS. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. *Social Science & Medicine* 2007; 65: 2070-80.
27. Ministério da Saúde (BR), Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: Avaliação da implementação em dez grande centros urbanos- Síntese dos principais resultados. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília (DF): MS; 2005.
28. Silva FB. A Caderneta de Saúde da Criança na percepção dos profissionais que atuam na rede básica de saúde de Cuiabá/MT [Dissertação de Mestrado]. Cuiabá: Universidade Federal do Mato Grosso; 2014.
29. Aguiar ZN. SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectiva, e desafios. São Paulo: Martinari; 2011.
30. Alfradique ME, Bonolo PR, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad Saúde Pública* 2009; 25: 1337-49.
31. Ministério da Saúde (BR), Fundação Oswaldo Cruz. Atenção Primária Integral à Saúde: Indicadores para avaliação. Rio de Janeiro; 2011.
32. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet* 2011; Série Saúde do Brasil 1: 11-31.
33. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília (DF): MS; 2009.
34. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(4): 693-705.
35. Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(6): 1187-93.
36. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília (DF): MS; 2012. (Cadernos de Atenção Básica; n. 33).
37. Assis WD, Collet N, Reichert APS, Sá LD. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. *Rev Bras Enferm* 2011; 64(1): 38-46.

38. Souza RS, Ferrari RAP, Santos TFM, Tacla MTGM. Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da Saúde da Família. *Rev Min Enferm* 2013; 17(2): 331-9.
39. Carvalhal LM, Anjos DS, Rozendo CA, Costa LMC. Agenda de Compromissos Para a Saúde Integral e Redução da Mortalidade Infantil em um município de Alagoas. *RBPS* 2013; 26(4): 530-8.
40. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação Mundial da Infância 2008-Sobrevivência Infantil. UNICEF; 2007.
41. Ministério da Saúde (BR), Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1. Brasília (DF): MS; 2002.
42. Pina JC, Mello DF, Mishima SM, Lunardelo SR. Contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(2): 142-8.
43. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet* 2011; Série Saúde do Brasil 2: 32-46.
44. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FL, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *Lancet* 2001; Série Saúde do Brasil 3: 47-60.
45. Enes CC, Loiola H, Oliveira MRM. Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(5): 1543-51.
46. Jung NM, Bairros FS, Neutzling MB. Utilização e cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saúde Colet* 2014; 19(5):1379-88.
47. Gondim SSR, Diniz AS, Cagliar MPP, Araújo ES, Queiroz D, Paiva AA. Relação entre níveis de hemoglobina, concentração de retinol sérico e estado nutricional em crianças de 6 a 59 meses do Estado da Paraíba. *Rev Nutr* 2012; 25(4): 441-9.
48. Ministério da Saúde (BR), Sociedade Civil de bem-estar Familiar do Brasil (BEMFAN). Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher- PNDS de 1996. Relatório. Brasília (DF): MS; 2008.
49. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. PROESF- Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Brasília (DF): MS; 2003.
50. Erdman AL, Sousa FGM. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. *O Mundo da Saúde São Paulo* 2009; 33(2):150-60.
51. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (DF): MS; 2004.
52. Linhares AO, Gigante DP, Cesar JA. Avaliação dos registros e opinião das mães sobre a caderneta de saúde da criança em unidades básicas de saúde, Pelotas, RS. *Revista da AMRIGS* 2012; 56(3): 245-50.
53. Dias da Costa JS, Cesar JA, Pattussi MP, Fontoura LP, Barazzetti, Nunes MF, et al. Assistência à criança: preenchimento da caderneta de saúde em municípios do semiárido brasileiro. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2014; 14(3): 219-27.
54. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Coleção Progestores – para entender a gestão do SUS. Volume 1. Brasília (DF): CONASS; 2007.
55. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização, Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes

operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Série Pactos pela Saúde 2006. Volume 1. Brasília (DF); MS; 2006

56. Fadel CB, Schneider L, Moimaz SAS, Saliba NA. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. RAP — Rio de Janeiro 2009; 43(2): 445-56.

57. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2008. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. Brasília, 23 fev 2006.

58. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, Série E. Legislação em Saúde. Brasília (DF); MS; 2012.

59. Sperandio N, Sant’Ana LFR, Franceschini SCC, Priore SE. Comparação do estado nutricional infantil com utilização de diferentes curvas de crescimento. Rev Nutr 2011; 24(4): 565-74.

60. Ministério da saúde (BR), Secretaria Executiva. Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011. Série C. Projetos, programas e relatórios. Brasília (DF): MS; 2008.

61. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. O futuro hoje: estratégia brasileiras e brasileiras saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília (DF): MS; 2010.

62. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009–2010. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília (DF): MS; 2010.

63. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010). Série I. História da Saúde. Brasília (DF): MS; 2011.

64. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: relatório de pesquisa. Brasília (DF): MS; 2013.

65. Leone C, Bertoli CJ, Schoeps DO. Novas curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde: comparação com valores de crescimento de crianças pré-escolares das cidades de Taubaté e Santo André, São Paulo. Rev Paul Pediatr 2009; 27(1): 40-7.

66. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459, 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. Brasília, 24 Jul 2013.

67. Cabral FB, Hirt LM, Van der Sand ICP. Atendimento pré-natal na ótica de puerperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(2): 281-7.

68. Fontenelle LF. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. Rev Bras Med Fam Comunidade 2012; 7(22): 5-9.

69. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, Série E. Legislação em Saúde. Brasília (DF); MS; 2012.

70. Dias da Costa G, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLSM, Franceschini SC. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). Cien Saúde Colet 2011; 16(7): 3229-40.

71. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Cien Saúde Colet 2006; 11(3): 669-81.

72. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre

indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3): 713-24.

73. Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant* 2005; 5 Supl 1: S63-9.

74. Faria M, Nogueira TA. Avaliação do uso da Caderneta de Saúde da Criança nas Unidades básicas de saúde em um município de Minas Gerais. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2013; 11(38): 8-15.

75. Gaíva MAG, Silva FB. Caderneta de Saúde da Criança: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE* 2014; 8(3): 742-9.

76. Barreto JOM, Nery IS, Costa MSC. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad Saude Pública* 2012; 28(3): 515-26.

77. Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Neto JFR. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saude Pública* 2009; 43(6): 928-36.

78. Pazó RG, Frauches DO, Galvêas DP, Stefenoni AV, Cavalcante ELB, Pereira-Silva FH. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009. *Epidemiol. Serv Saude* 2012; 21(2): 275-82.

79. Rehem TCMSB, Egry EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. *Cien Saude Colet* 2011; 16(12):4755-66.

80. Elias E, Magajewski F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Rev Bras Epidemiol* 2008;11(4):633-47.

81. Dias-da-Costa JS, Buttenbender DC, Hoefel AL, Souza LL. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Pública* 2010; 26(2): 358-64.

82. Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *European Journal of Public Health* 2004; 14(3): 246-51.

83. Hossain MM, Laditka JN. Using hospitalization for ambulatory care sensitive conditions to measure access to primary health care: an application of spatial structural equation modeling. *Int J Health Geogr* 2009;8:51.

84. Purdy S, Griffin ST, Salisbury C, Sharp D. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health* 2009;123:169-73.

85. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 221, 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. *Diário Oficial da União*. Brasília, 18 abr 2008.

86. Oliveira BRG, Vieira CS, Furtado MCC, Mello DF, Lima RA, et al. Perfil de morbidade de crianças hospitalizadas em um hospital público: implicações para a Enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2012; 65(4): 586-93.

87. Oliveira RR, Costa JR, Mathias TAF. Hospitalizaciones en menores de cinco años por causas evitables. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2012; 20(1): 135-42.

88. Cardoso CS, Pádua CM, Rodrigues-Júnior AA, Guimarães DA, Carvalho SF, Valentin RF et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 34(4): 227-34.

89. Caldeira AP, Fernandes VBL, Fonseca WP, Faria AA. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2011; 11(1):61-71.

90. Moura BLA, Cunha RC, Aquino R, Medina MG, Mota EL, Macinko J et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2012; 10(suppl1): s83-s91.
91. Rehem TCMSB, Ciosak SI, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. *Texto Contexto – Enferm* 2012; 21(3): 535-42.
92. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol Serv Saúde* 2014; 23(1): 45-56.
93. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
94. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vitamina A Mais: Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: Condutas Gerais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

**APÊNDICES**

APÊNDICE A – Instrumentos de coleta de dados

**Relação dos casos de hospitalização em crianças < 5 anos residentes em Cabedelo e Bayeux; 2013.**

Hospital:
-----------

Nome completo da criança: .....

Nome completo da mãe da criança: ... ..

Sexo da criança: ( ) M ( ) F

Data de nascimento da criança: □□/□□/20□□

Data de hospitalização: □□/□□/2013

Destino: ( ) Alta □□/□□/2013 ( ) Óbito □□/□□/2013

( ) Transferência □□/□□/2013 Motivo .....

Motivo da hospitalização: ( ) DDA ( ) IRA/Pneumonia ( ) Desnutrição

( ) Outro .....

Endereço completo: .....

Município de residência: ( ) Cabedelo ( ) Bayeux

Referência do domicílio: .....

Telefones: .....

**Questionário com as mães das crianças: Perfil sociodemográfico e econômico, situação de saúde e preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança.**

Cidade: .....

UBSF: .....

Nome completo da criança: .....

Nome completo da mãe da criança: ... ..

Endereço da criança: ... ..

Referência do domicílio: .....

Telefones: .....

Número do questionário □□

Dia e mês da entrevista □□/□□/2014

---

(Nome do entrevistador e assinatura)

---

(Nome do supervisor e assinatura)

**SAÚDE DA CRIANÇA**

1. **Sexo**
  0. Masculino
  1. Feminino
  
2. **Data de nascimento**

Dia  Mês  Ano 20
  
3. **Peso ao nascer**  g ( ) Sem informação na CSC
  
4. **O que você acha da saúde da sua criança?**
  0. Muito boa/boa
  1. Regular/ruim
  
5. **A criança esteve internada por mais de 24 horas nos últimos 12 meses?**
  0. Não
  1. Sim
  
6. **Qual foi o motivo do internamento?**
  0. Diarreia
  1. Pneumonia
  2. Desnutrição
  3. Outro \_\_\_\_\_
  8. NSA
  
7. **A criança apresentou quadro de diarreia no último mês?**
  0. Não
  1. Sim
  
8. **A criança alguma vez teve que ser consultada por quadro de diarreia em algum hospital?**
  0. Não
  1. Sim
  
9. **A criança alguma vez teve que ser consultada com o médico ou enfermeiro da sua unidade de saúde por quadro de diarreia?**
  0. Não
  1. Sim
  
10. **A criança apresentou pneumonia nos últimos seis meses?**
  0. Não
  1. Sim
  
11. **A criança alguma vez teve que ser consultada por pneumonia em algum hospital?**
  0. Não
  1. Sim

12. **A criança alguma vez teve que ser consultada com o médico ou enfermeiro da sua unidade de saúde por pneumonia?**

0. Não

1. Sim

13. **Qual o número de pessoas que dorme no mesmo cômodo com a criança (incluindo-a)?**  pessoas

### **CARACTERÍSTICAS MATERNAS**

14. **Data de nascimento**

Dia  Mês  Ano

15. **Você sabe ler jornal, revista, bilhete; escrever uma carta ou bilhete; e fazer contas por escrito?**

0. Sim, facilmente

1. Não/Sim, com dificuldade

16. **Você trabalha fora de casa?**

0. Sim

1. Não

17. **Quantos filhos biológicos seus moram com você (incluindo a criança)?**

0. 1 ou 2

1. Mais de 2

18. **Quantas consultas de pré-natal você fez durante a gravidez da criança?**

0. Seis ou mais

1. Menos de 6

### **CARACTERÍSTICAS DO DOMICILIO**

19. **Que tipo de escoamento sanitário possui o domicílio?**

0. Rede de esgoto

1. Fossa

2. Céu aberto

3. Outro: \_\_\_\_\_

20. **Qual é o destino do lixo doméstico?**

0. Coletado (coleta pública)

1. Queimado/enterrado

2. Céu aberto

3. Outro: \_\_\_\_\_

21. **Qual a principal forma de abastecimento de água no domicílio?**

0. Rede pública com disponibilidade regular

1. Rede pública sem disponibilidade regular

2. Outro: \_\_\_\_\_

22. **Qual a principal forma de consumo de água para beber no domicílio?**  
0. Filtrada, fervida, clorada  
1. Mineral  
2. Sem tratamento
23. **Tem sanitário no domicílio?**  
0. Sim, para a minha família  
1. Sim, para varias famílias  
2. Não
24. **O sanitário tem descarga?**  
0. Sim  
1. Não
25. **Qual é o material predominante na construção do domicílio?**  
0. Bloco de tijolo  
1. Outro: \_\_\_\_\_
26. **Qual é o material predominante no piso do domicílio?**  
0. Cerâmica, cimento  
1. Terra batida

### **POSSE DE BENS**

27. **Posse de televisão**  
0. Sim  
1. Não
28. **Posse de vídeo cassete ou DVD**  
0. Sim  
1. Não
29. **Posse de geladeira**  
0. Sim  
1. Não
30. **Posse de rádio ou aparelho de som**  
0. Sim  
1. Não
31. **Posse de fogão**  
0. Sim  
1. Não
32. **Posse de máquina de lavar roupa**  
0. Sim  
1. Não

Quantas pessoas residem no domicílio? (incluindo você e a criança): \_\_\_\_\_ pessoas.  
 Listar os membros da família, a exceção da criança.

Nome	Parentesco com a criança	Sexo	Idade (anos)	Renda no último mês
1. Entrevistada	-	-	-	R\$ _____
2.		( ) M ( ) F		R\$ _____
3.		( ) M ( ) F		R\$ _____
4.		( ) M ( ) F		R\$ _____
5.		( ) M ( ) F		R\$ _____
6.		( ) M ( ) F		R\$ _____
7.		( ) M ( ) F		R\$ _____
8.		( ) M ( ) F		R\$ _____
9.		( ) M ( ) F		R\$ _____
Outras rendas		Benefício	Tempo do benefício	Valor*
Bolsa Família/Bolsa Escola		( ) Sim ( ) Não		R\$ _____
Outros Programas Assistenciais (ex.: “pão e leite”; “PETI”)		( ) Sim ( ) Não		R\$ _____
Aluguel		( ) Sim ( ) Não		R\$ _____
Outras rendas (pensão, remessas, doações etc.)		( ) Sim ( ) Não		R\$ _____
<b>RENDA TOTAL</b>				<b>R\$ _____</b>

\* Para os casos de outros programas assistenciais e outras rendas em que o valor do benefício não seja expresso em R\$, deve(m) ser colocado o(s) nome(s) do(s) produto(s) recebido(s), assim como sua quantidade em uma semana ou mês. Se os produtos mencionados forem “cesta básica” ou “feira”, o seu conteúdo e procedência devem ser relatados. Para o preenchimento destas informações deve ser usado a campo de Observações.

OBSERVAÇÕES:

**Agora vou ler para a sra algumas perguntas sobre a alimentação em sua casa. Elas são muito parecidas umas com as outras, mas é importante que responda todas elas.**

Nos últimos três meses <b>a sra sentiu preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que a sra tivesse condição de comprar ou receber mais comida?</b>	(1) Sim (2) Não
Nos últimos três meses aconteceu da <b>comida acabar antes que a sra tivesse dinheiro para comprar mais?</b>	(1) Sim (2) Não
Nos últimos três meses <b>a sra ficou sem dinheiro suficiente para ter uma alimentação variada e saudável?</b>	(1) Sim (2) Não
Nos últimos três meses <b>a sra teve que se arranjar com apenas alguns alimentos porque o dinheiro acabou?</b>	(1) Sim (2) Não

***Caso a entrevistada tenha respondido “NÃO” as quatro perguntas acima, deve-se encerrar a entrevista.***

Nos últimos três meses <b>a sra não pôde oferecer à criança uma alimentação saudável porque não tinha dinheiro para isto?</b>	(1) Sim (2) Não
Nos últimos três meses <b>a criança não comeu o suficiente</b> porque não havia dinheiro para comida?	(1) Sim (2) Não
Nos últimos três meses <b>a sra diminuiu alguma vez a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeições</b> , porque não havia dinheiro suficiente para a comida?	(1) Sim (2) Não
Nos últimos três meses <b>a sra alguma vez comeu menos do que achou que devia</b> porque não havia dinheiro suficiente para comprar comida?	(1) Sim (2) Não
Nos últimos três meses <b>a sra alguma vez sentiu fome</b> mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente?	(1) Sim (2) Não
Nos últimos três meses <b>a sra perdeu peso</b> porque não tinha dinheiro suficiente para a comida?	(1) Sim (2) Não
Nos últimos três meses <b>a sra ficou alguma vez um dia inteiro sem comer, ou teve apenas uma refeição ao dia</b> , porque não havia dinheiro para a comida?	(1) Sim (2) Não
Nos últimos três meses a sra alguma vez <b>diminuiu a quantidade de alimentos das refeições da criança</b> porque não havia dinheiro suficiente para a comida?	(1) Sim (2) Não
Nos últimos três meses alguma vez a sra teve de <b>pular uma refeição da criança</b> porque não havia dinheiro para a comida?	(1) Sim (2) Não
Nos últimos três meses <b>a criança teve fome</b> mas a sra simplesmente não podia comprar mais comida?	(1) Sim (2) Não
Nos últimos três meses <b>a criança ficou sem comer por um dia inteiro</b> porque não havia dinheiro para a comida?	(1) Sim (2) Não

**Avaliação do processo de trabalho de médicos e enfermeiros relacionado ao desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição. Análise do preenchimento das CSC como medida da adequação dos cuidados.**

---

**DIMENSÃO DE PROCESSO: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE E NUTRIÇÃO DA CRIANÇA**

**Estudo da adequação dos cuidados com a saúde, crescimento e desenvolvimento da criança através das informações da Caderneta de Saúde da Criança (considerar todas as crianças analisadas da área de abrangência da equipe):**

Anotações na CSC (verificar na CSC)

- A mãe está de posse do CC ou da CSC? 0 ( ) Sim 1 ( ) Não
  - Qual a versão de posse? 0 ( ) CSC 3ª versão 1 ( ) CSC 2ª versão 2 ( ) CSC 1ª versão 3 ( ) CC 88 ( ) NSA (sem posse da CSC)
  - Quantidade de registros de perímetro cefálico no gráfico de perímetro cefálico x idade \_\_\_\_\_ registros 88 ( ) NSA (posse do CC ou sem posse da CSC)
  - Quantidade de registros de peso no gráfico de peso x idade \_\_\_\_\_ registros 88 ( ) NSA (sem posse da CSC)
  - Quantidade de registros de altura no gráfico de altura x idade \_\_\_\_\_ registros 88 ( ) NSA (posse do CC ou da CSC 1ª versão ou sem posse da CSC)
  - Quantidade de registros de IMC no gráfico de IMC x idade \_\_\_\_\_ registros 88 ( ) NSA (posse do CC ou da CSC 1ª ou 2ª versão ou sem posse da CSC)
  - Quantidade de registros de frascos de suplemento de ferro entregues segundo o quadro de anotações da suplementação preventiva de ferro e vitamina A \_\_\_\_\_ registros 88 ( ) NSA (posse do CC ou sem posse da CSC) 99 ( ) NSA (criança < 6 meses)
  - Quantidade de registros de suplementação com vitamina A no quadro de anotações da suplementação preventiva de ferro e vitamina A ou no quadro de anotações das vacinas (considerar um único registro os casos de anotações nos dois quadros com coincidência de datas) \_\_\_\_\_ registros 88 ( ) NSA (posse do CC ou sem posse da CSC) 99 ( ) NSA (criança < 6 meses)
  - Vacinas registradas
- Observação: Marcar 8 ( ) NSA, quando a idade da criança for menor à idade que a vacina deve ser tomada.
-

<b>PARA CRIANÇAS DE POSSE DO CC</b>		
VACINAS	Tempo em que a vacina deve ser tomada pela primeira vez	REGISTRO
Contra Hepatite B	1 mês	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Anti-Pólio	2 meses	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Contra Febre-Amarela	9 meses	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
DPT (Tríplice)	12 meses	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Contra Sarampo	12 meses	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Esquema Vacinal	-	0 ( ) Completo (todos os anteriores = "0" ou "8") 1 ( ) Incompleto (algum dos anteriores = "1")

<b>PARA CRIANÇAS DE POSSE DA CSC 1ª VERSÃO</b>		
VACINAS	DOSES	REGISTRO
Vacina contra hepatite B	2ª dose (1 mês)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
VOP (Vacina Oral Contra Pólio)	1ª dose (2 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Vacina tetravalente (DTP+Hib)	1ª dose (2 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
VOP (Vacina Oral Contra Pólio)	2ª dose (4 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Vacina tetravalente (DTP+Hib)	2ª dose (4 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
VOP (Vacina Oral Contra Pólio)	3ª dose (6 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Vacina tetravalente (DTP+Hib)	3ª dose (6 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Vacina contra hepatite B	3ª dose (6 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
SRC (tríplice viral)	1ª dose (12 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
VOP (Vacina Oral Contra Pólio)	Reforço (15 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
DTP (tríplice bacteriana)	1º reforço (15 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Esquema Vacinal	-	0 ( ) Completo (todos os anteriores = "0" ou "8") 1 ( ) Incompleto (algum dos anteriores = "1")

<b>PARA CRIANÇAS DE POSSE DA CSC 2ª VERSÃO</b>		
VACINAS	DOSES	REGISTRO
Vacina contra hepatite B	2ª dose (1 mês)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano)	1ª dose (2 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
VOP (Vacina Oral Contra Pólio)	1ª dose (2 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Vacina tetravalente (DTP+Hib)	1ª dose (2 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano)	2ª dose (4 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
VOP (Vacina Oral Contra Pólio)	2ª dose (4 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Vacina tetravalente (DTP+Hib)	2ª dose (4 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
VOP (Vacina Oral Contra Pólio)	3ª dose (6 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Vacina tetravalente (DTP+Hib)	3ª dose (6 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Vacina contra hepatite B	3ª dose (6 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
SRC (tríplice viral)	1ª dose (12 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
VOP (Vacina Oral Contra Pólio)	Reforço (15 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
DTP (tríplice bacteriana)	1º reforço (15 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Esquema Vacinal	-	0 ( ) Completo (todos os anteriores = “0” ou “8”) 1 ( ) Incompleto (algum dos anteriores = “1”)
<b>PARA CRIANÇAS DE POSSE DA CSC 3ª VERSÃO</b>		
VACINAS	DOSES	REGISTRO
Vacina contra hepatite B*	2ª dose (1 mês)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano)	1ª dose (2 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
VOP (Vacina Oral Contra Pólio)	1ª dose (2 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Vacina tetravalente (DTP+Hib)	1ª dose (2 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Vacina pneumocócica	1ª dose (2 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Vacina meningocócica	1ª dose (3 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano)	2ª dose (4 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
VOP (Vacina Oral Contra Pólio)	2ª dose (4 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Vacina tetravalente (DTP+Hib)*	2ª dose (4 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA

Vacina contra hepatite B	3ª dose (4 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Vacina pneumocócica	2ª dose (4 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Vacina meningocócica	2ª dose (5 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
VOP (Vacina Oral Contra Pólio)	3ª dose (6 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Vacina tetravalente (DTP+Hib)	3ª dose (6 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Vacina pneumocócica	3ª dose (6 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
SRC (tríplice viral)	1ª dose (12 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Vacina pneumocócica	Reforço (12 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
VOP (Vacina Oral Contra Pólio)	Reforço (15 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
DTP (tríplice bacteriana)	1º reforço (15 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Vacina meningocócica	Reforço (15 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
SRC (tríplice viral)	2ª dose (15 meses)	0 ( ) Sim 1 ( ) Não 8 ( ) NSA
Esquema Vacinal	-	0 ( ) Completo (todos os anteriores = “0” ou “8”) 1 ( ) Incompleto (algum dos anteriores = “1”)

\* Substituível pela pentavalente.

## APÊNDICE B – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

### Termo de consentimento livre e Esclarecido aplicado às mães ou responsáveis pelas crianças



Universidade Estadual da Paraíba  
 Av. das Baraúnas, 351 – Campus Universitário - Bodocongó  
 Centro de Pós-Graduação – 2º Andar

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Para ser assinado pelos usuários

Eu, \_\_\_\_\_,  
 responsável pela criança \_\_\_\_\_,  
 declaro, para os devidos fins, que livremente aceito participar na pesquisa intitulada  
 “Avaliação das ações de alimentação e nutrição no marco da Estratégia Saúde da Família em  
 municípios do estado da Paraíba” coordenada pelo Dr. Dixis Figueroa Pedraza, professor da  
 Universidade Estadual da Paraíba.

Na referida pesquisa serão avaliadas as ações de alimentação e nutrição no marco da  
 Estratégia Saúde da Família em dois municípios (Bayeux e Cabedelo) do Estado da Paraíba,  
 estimando os efeitos produzidos em consonância com variações do grau de implementação e  
 no desempenho da atenção à saúde da criança. Para esses fins será caracterizada a estrutura e  
 o processo de trabalho, o perfil dos profissionais de saúde e das crianças menores de cinco  
 anos, e a percepção de profissionais e usuários dos serviços oferecidos. O projeto prevê  
 entrevistas com os profissionais das unidades de saúde e com usuários, bem como a tomada  
 do peso e da estatura das crianças. Os efeitos das ações de alimentação e nutrição serão  
 estimados considerando a saúde das crianças (hospitalizações por diarreia, pneumonia e  
 desnutrição) e a satisfação dos usuários. Fui informado (a) e esclarecido (a) de que vou  
 participar de uma entrevista e/ou um grupo de discussão para responder a um questionário que  
 avaliará os aspectos necessários relacionados à consecução dos objetivos anteriores. Ficou  
 garantida a privacidade das informações que serão prestadas.

A importância da pesquisa para a comunidade científica e para a população foi ressaltada.  
 Qualquer dúvida será esclarecida pela equipe responsável, sendo assegurado que, em qualquer  
 momento do estudo, posso anular este termo de consentimento, sem qualquer  
 constrangimento ou prejuízo para mim.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Mãe ou responsável pela da criança

\_\_\_\_\_  
 Pesquisador

**Dúvidas ou informações, procurar:** Dixis Figueroa Pedraza. Telefone: (83) 3315-3300.



Universidade Estadual da Paraíba  
 Av. das Baraúnas, 351 – Campus Universitário - Bodocongó  
 Centro de Pós-Graduação – 2º Andar

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** Para ser assinado pelos profissionais de saúde

Eu, \_\_\_\_\_  
 declaro, para os devidos fins, que livremente aceito participar na pesquisa intitulada  
 “Avaliação das ações de alimentação e nutrição no marco da Estratégia Saúde da Família em  
 municípios do estado da Paraíba” coordenada pelo Dr. Dixis Figueroa Pedraza, professor da  
 Universidade Estadual da Paraíba.

Na referida pesquisa serão avaliadas as ações de alimentação e nutrição no marco da  
 Estratégia Saúde da Família em dois municípios (Bayeux e Cabedelo) do Estado da Paraíba,  
 estimando os efeitos produzidos em consonância com variações do grau de implementação e  
 no desempenho da atenção à saúde da criança. Para esses fins será caracterizada a estrutura e  
 o processo de trabalho, o perfil dos profissionais de saúde e das crianças menores de cinco  
 anos, e a percepção de profissionais e usuários dos serviços oferecidos. O projeto prevê  
 entrevistas com os profissionais das unidades de saúde e com usuários, bem como a tomada  
 do peso e da estatura das crianças. Os efeitos das ações de alimentação e nutrição serão  
 estimados considerando a saúde das crianças (hospitalizações por diarreia, pneumonia e  
 desnutrição) e a satisfação dos usuários. Fui informado (a) e esclarecido (a) de que vou  
 participar de uma entrevista e/ou um grupo de discussão para responder a um questionário que  
 avaliará os aspectos necessários relacionados à consecução dos objetivos anteriores. Ficou  
 garantida a privacidade das informações que serão prestadas.

A importância da pesquisa para a comunidade científica e para a população foi ressaltada.  
 Qualquer dúvida será esclarecida pela equipe responsável, sendo assegurado que, em qualquer  
 momento do estudo, posso anular este termo de consentimento, sem qualquer  
 constrangimento ou prejuízo para mim.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Profissional

\_\_\_\_\_  
 Pesquisador

**Dúvidas ou informações, procurar:** Dixis Figueroa Pedraza. Telefone: (83) 3315-3300.

## ANEXOS

### ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB



COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

  
Prof.ª Dra. Dornalúcia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

**PARECER DO RELATOR: (09)**

**Número do Protocolo emitido pelo CEP-UEPB: 19689613. 3.0000.5187**

**Data da 1ª relatoria PARECER DO AVALIADOR: 30/08/2013.**

**Data da 2ª relatoria: 17/12/2013**

**Pesquisador(a) Responsável: Dixis Figueroa Pedraza**

**Apresentação do Projeto:** O projeto é intitulado: "Avaliação das ações de alimentação e nutrição no marco da Estratégia Saúde da Família em municípios do estado da Paraíba". Estudo com o objetivo de avaliar as ações de alimentação e nutrição no marco da Estratégia Saúde da Família em dois municípios do Estado da Paraíba, estimando os efeitos produzidos em consonância com variações do grau de implementação e no desempenho da atenção à saúde da criança. Os municípios foram escolhidos por suas semelhanças em aspectos geográficos, sócio-demográficos, econômicos e na organização dos serviços de saúde, porém diferentes no modelo adotado em relação às ações de alimentação e nutrição. Será adotado como estratégia de pesquisa o estudo de vários níveis de análise imbricados (equipes de saúde, profissionais, população) e a utilização de medidas de múltiplos níveis de agregação (estrutura, processo, resultados). As entrevistas com os profissionais das unidades de saúde serão realizadas com aqueles responsáveis diretamente pela atenção à saúde da criança (médico e enfermeiro). Os efeitos das ações de alimentação e nutrição serão estimados considerando a saúde das crianças (hospitalizações por diarreia, pneumonia e desnutrição) e a satisfação dos usuários. A análise de desempenho será por delineamento transversal com grupo de comparação para o qual as equipes de saúde serão estratificadas segundo a inserção do nutricionista e o grau de implementação das ações de alimentação e nutrição. Para estimar o desempenho serão utilizados quatro tipos de indicadores referentes à população de crianças menores de cinco anos: i) indicadores de morbidade por doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas, ii) indicadores de crescimento infantil, iii) indicadores nutricionais, iv) coeficientes de mortalidade infantil.

**Objetivo da Pesquisa:** Avaliar as ações de alimentação e nutrição no marco da Estratégia Saúde da Família em dois municípios do Estado da Paraíba, estimando os efeitos produzidos em consonância com variações do grau de implementação e no desempenho da atenção à saúde da criança.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:** Não existem riscos. Benefícios: Do ponto de vista político, social e científico, vislumbramos várias perspectivas de benefícios que poderão advir a partir dos resultados obtidos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:** O estudo encontra-se com uma fundamentação teórica estruturada atendendo as exigências protocolares do CEP-UEPB mediante a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001 que rege e disciplina este CEP.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória e Parecer do Avaliador:** Encontram-se anexados os termos de autorização necessários para o estudo. Diante do exposto, somos pela aprovação do referido projeto. Salvo melhor juízo.

**Recomendações:** Atende a todas as exigências protocolares do CEP mediante Avaliador. Diante do exposto, não necessita de recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:** O presente estudo encontra-se completo sem pendências ou inadequações, devendo o mesmo prosseguir com a execução na íntegra de seu cronograma de atividades.

**Situação do parecer: Aprovado**

## ANEXO 2- Comprovantes de submissão dos artigos

## Submission Confirmation



---

Thank you for your submission

---

**Submitted to** São Paulo Medical Journal

**Manuscript ID** SPMJ-2016-0173

**Title** PRIMARY HEALTH CARE QUALITY: AN ANALYSIS ACCORDING TO AVOIDABLE HOSPITALIZATIONS OF CHILDREN UNDER FIVE YEARS OF AGE  
QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ANÁLISE SEGUNDO AS INTERNAÇÕES EVITÁVEIS EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS

**Authors** Araujo, Erika  
Costa, Gabriela  
Pedraza, Dixis

**Date Submitted** 09-Jul-2016

## Submission Confirmation



---

Thank you for your submission

---

**Submitted to** São Paulo Medical Journal

**Manuscript ID** SPMJ-2016-0174

**Title** PRIMARY CARE TO CHILD'S HEALTH: USE OF THE SURVEILLANCE INSTRUMENT WITH FOCUS ON GROWTH CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE DA CRIANÇA: UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE VIGILÂNCIA COM FOCO NO CRESCIMENTO

**Authors** Araujo, Erika  
GOUVEIA, MARCIA  
Pedraza, Dixis

**Date Submitted** 10-Jul-2016