

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Filipe Souza de Azevedo

**Acesso e Qualidade à Saúde da Criança no estado de Rondônia – Revelações do
Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**

Porto Velho

2021

Filipe Souza de Azevedo

**Acesso e Qualidade à Saúde da Criança no estado de Rondônia – Revelações do
Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAUDE, vinculado ao polo da Universidade Federal de Rondônia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Escobar

Linha de pesquisa: Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis.

Porto Velho

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Fundação Universidade Federal de Rondônia
Gerada automaticamente mediante informações fornecidas pelo(a) autor(a)

A994a Azevedo, Filipe.
Acesso e qualidade à saúde da criança no Estado de Rondônia - revelações do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica / Filipe Azevedo. -- Porto Velho, RO, 2021.

91 f. : il.

Orientador(a): Prof. PhD Ana Lúcia Escobar

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Fundação Universidade Federal de Rondônia

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde da Criança. 3. Qualidade da Assistência à Saúde. I. Escobar, Ana Lúcia. II. Título.

CDU 614-053.2(811.1)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA – PORTO VELHO

ATA DA REUNIÃO

	FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDONIA NUCLEO DE SAUDE Mestrado Profissional em Saude da Família
--	--

ATA DA SESSÃO DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO MESTRADO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde da Família				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional /2021 do MPSF				
Data:	25 de março de 2021	Hora de início:	9 horas	Hora de encerramento:	10h 50min
Matrícula do Discente	20191002240				
Nome do Discente:	FILIPE SOUZA DE AZEVEDO				
Título do Trabalho:	Acesso e Qualidade à Saúde da Criança no estado de Rondônia – Revelações do Programa de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção				
Área de concentração:	Saúde Coletiva				
Linha de pesquisa:	Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Programa de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica – III Ciclo				

Reuniu-se, via webconferência, na sala virtual do Google Meet, às 9 horas, em conformidade com a Portaria nº 36, de 19 de março de 2020, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, assim composta: orientador(a), Ana Lúcia Escobar; Janne Cavalcante Monteiro (Primeiro Examinador); Dhelio Batista Pereira (Segundo Examinador); e Juan Miguel Villalobos-Salcedo (Suplente).

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dra. Ana Lucia Escobar, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato, agradeceu a presença do público, e concedeu ao Discente a palavra para a exposição do seu trabalho em até 30 minutos. Após a exposição do trabalho, seguiu-se o processo de arguição do mestrado pelos membros da Banca por um prazo de até 20 minutos. Ultrapassada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a) **APROVADO**.

A Banca sugeriu que sejam revistos formatação, resumo, redação, incluindo o uso da língua, antes da entrega da versão final à Coordenação do Programa. Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UNIR. Nada mais havendo a relatar a sessão foi encerrada, e eu, Ana Lúcia Escobar -orientadora, lavrei a presente ata que, depois de lida e aprovada, será assinada por mim e pelos membros da banca examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **ANA LUCIA ESCOBAR, Docente**, em 18/05/2021, às 23:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **DHELIO BATISTA PEREIRA, Docente**, em 19/05/2021, às 09:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **JANNE CAVALCANTE MONTEIRO, Docente**, em 19/05/2021, às 09:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **FILIPE SOUZA DE AZEVEDO, Docente**, em 19/05/2021, às 15:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.unir.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0671516** e o código CRC **6E795B9A**.

Dedico, em primeiro lugar, ao meu eterno pai Francisco Marto e minha mãe Maria Alice, meus maiores orientadores e incentivadores para alçar voos mais altos para conquistar os meus sonhos.

Em segundo lugar, a todas as pessoas que lutam e defendem o SUS. Como já diria Raul Seixas, “um sonho que se sonha só, é só um sonho, mas sonho que se sonha junto é realidade”. Espero inspirar vocês para lutar por melhorias no nosso SUS – a Saúde é transformadora!

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Prof. Dr^a. Ana Lúcia Escobar, que já se faz presente e especial em vários momentos da minha jornada, desde a graduação e docência no Departamento de Medicina da Universidade Federal de Rondônia, e até agora no Programa de Mestrado – da minha aprovação até o presente momento. Meu muito obrigado e gratidão por enxergar muito além do que eu vejo em mim mesmo e apostar tão caro, mesmo já em sua aposentadoria!

À minha mãe, Maria Alice, quem sempre me apoiou e incentivou para que eu perseverasse nas minhas metas e sonhos. É meu modelo de dedicação e desempenho profissional. Sempre muito guerreira – é mãe, filha, tia, madrinha, dona de casa, assistente social, chefe. São várias funções, todas executadas com excelência.

Ao meu companheiro de vida, Caio Setúbal, que me incentiva sempre a ser e dar meu melhor, não me deixa desistir, lembra dos meus compromissos e responsabilidades assumidas, e a quem por muitas vezes eu recorro para dúvidas, não somente relacionadas a essa dissertação, mas para todas as decisões que tomo na vida pessoal, social e profissional. Esse é o verdadeiro sentido de companheirismo, só tenho a agradecer.

Ao meu eterno pai, Francisco Marto, e eterna avó, Maria Magdalena, que, do céu, são minha força e paz espiritual, que me guiam nos momentos mais difíceis, e que ainda sinto muito perto a presença e o amor dos dois por mim, e que estariam vibrantes pela minha conquista.

Ao meu irmão Lucas e a minha família, do Nordeste ao Rio de Janeiro, que vibram com minhas conquistas e acreditam que eu consigo atingir outros tantos objetivos e metas traçadas para a minha vida. Assim também os meus amigos, que são minha outra família, e se encontram espalhados pelo Brasil: Rondônia, Pernambuco, Alagoas, Brasília, São Paulo, Rio Grande do Norte, Paraná, Santa Catarina – vocês sempre torcem por mim e dizem que “já sabiam”!

Aos meus professores da área de Saúde Coletiva, em especial a Prof. Janne Monteiro, seja na graduação como na pós-graduação, todos sempre acreditaram e apostaram na minha capacidade. Ser um pediatra tão comunitário e professor, foi por influência de vocês!

Por fim, aos meus alunos, seja na sala de aula, no Google Meet, ou nos corredores dos hospitais. Vocês sempre fazem eu querer ser o melhor de mim mesmo! Muito obrigado!

É preciso avançar no monitoramento e na avaliação das políticas de saúde da criança. (...) Assim, é fundamental monitorar e avaliar para verificar em tempo oportuno se as ações planejadas e implementadas estão surtindo os efeitos esperados, bem como identificar as potencialidades e oportunidades de melhoria dos processos executados.

MOREIRA, 2012, p. 53.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta preferencial para o Sistema Único de Saúde, que se configura em redes de atenção e linhas de cuidado, tendo, dentre elas, a saúde da criança, com o objetivo de redução da mortalidade infantil e promoção do desenvolvimento saudável, com ações centradas na puericultura. O objetivo deste estudo foi identificar as dificuldades para a atenção integral à saúde da criança das equipes da APS no estado de Rondônia. Trata-se de um estudo observacional analítico, com delineamento seccional e abordagem quantitativa, através de pesquisa em banco de dados da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica, sendo inclusos para o estudo um total de cento e noventa e quatro unidades básicas de saúde, com duzentos e noventa e três equipes da APS, e duzentos e vinte e três usuários que foram elegíveis para responder sobre o domínio de saúde da criança na avaliação externa, em Rondônia. Os resultados apontam falta de instrumentos para avaliação infantil, como régua antropométrica infantil (69,0%), e a Caderneta de Saúde da Criança (70,6%), com maior prejuízo de materiais para a regional da Zona da Mata. Pelas equipes, a utilização de ficha espelho da caderneta de saúde da criança ocorre em 63,3%, sendo a regional do Cone Sul com pior desempenho. Registro e acompanhamento de casos de violência ocorrem em 70% das equipes, tendo menor desempenho nas regionais Madeira-Mamoré e Vale do Guaporé. Consultas na primeira semana de vida ocorrem em 53,3% dos casos, tendo destaque positivo para a regional do Cone Sul. A entrega da caderneta é baixa (68,9%), principalmente na regional do Vale do Guaporé. A orientação alimentar atinge somente 77,5% dos usuários, tendo na regional do Vale do Jamari os piores resultados. Vacinação e teste do pezinho atingem mais de 90% dos usuários. É possível concluir que a educação e vigilância alimentar e nutricional pelas equipes de saúde na APS se encontra prejudicado, assim como a falta de acompanhamento dos casos de violência na rede; em contrapartida, observa-se boa cobertura vacinal, aliado à oferta regular da vacinação nas unidades básicas de saúde. O cuidado programado, iniciado a partir da consulta na primeira semana de vida, torna-se fragilizado pela rotatividade de profissionais e a falta de agendamento para as consultas, prejudicando os atributos de longitudinalidade e integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is the preferential door to the Unified Health System, that is configured in care networks and care lines, having among them, child health, with the objective of reducing child mortality and promoting healthy development, with PHC actions based on childcare. The aim of this study was to identify the difficulties for comprehensive health care for children in PHC teams in the state of Rondônia. This is an analytic observational study, with sectional design and quantitative approach, through research in the database of the external evaluation of the Program for Improving Access and Quality in Primary Care, including a total of one hundred e ninety-four basic health units, with two hundred and ninety-three PHC teams, and two hundred twenty-three users who were eligible to answer about the child's health domain in the external evaluation, in Rondonia. The results point to a lack of instruments for child assessment, such as a children's anthropometric ruler (69.0%), and the Child Health Handbook (70.6%), with the greatest damage to materials for the Zona da Mata region. According to the teams, the use of the mirror file of the child's health booklet occurs in 63.3%, with the Cone Sul region having the worst performance. Registration and monitoring of cases of violence occur in 70% of the teams, with lower performance in the Madeira-Mamore and Vale do Guapore regions. Consultations in the first week of life occur in 53.3% of the cases, with positive emphasis on the Cone Sul region. The delivery of Child Health Handbook is low (68.9%), mainly in the Vale do Guapore region. Food orientation affects only 77.5% of users, with the Vale do Jamari region having the worst results. Vaccination and heel testing affect more than 90% of cases. It is possible to conclude that the food and nutrition education and surveillance performed by health teams in PHC is impaired, as well as a lack of monitoring violence cases in the network; on the other hand, there is good vaccination coverage, coupled with the regular offer of vaccination in basic health units. The programmed care, initiated from the consultation in the first week of life, becomes weakened by the turnover of professionals and the lack of scheduling for consultations, impairing the attributes of longitudinality and integrality of care.

Keywords: Primary Health Care; Child Health; Quality of Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição da quantidade de consultas das crianças de zero a 24 meses, no estado de Rondônia, segundo o PMAQ – 3º ciclo, 2017	47
Figura 2 - Distribuição dos usuários com crianças contempladas, por regional de saúde, no estado de Rondônia, segundo o PMAQ – 3º ciclo, 2017.....	48
Figura 3 - Distribuição das idades, em meses, das crianças contempladas, no estado de Rondônia, segundo o PMAQ – 3º ciclo, 2017.....	48
Figura 4 - Regiões de Saúde e População Territorial do estado de Rondônia, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	77
Figura 5 - Mapa de Saúde do Estado de Rondônia	78
Figura 6 - População estimada segundo região de saúde em 2018, estado de Rondônia.....	79
Figura 7 - Abrangência e localização das Gerências Regionais de Saúde (GRS) e as cidades de maior porte no estado de Rondônia	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência das unidades básicas de saúde com equipamentos e materiais para o atendimento em puericultura, em Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017.....	36
Tabela 2 - Frequência das unidades básicas de saúde com equipamentos e materiais para o atendimento em puericultura, por região de saúde, em Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017	38
Tabela 3 – Frequência das unidades básicas de saúde com equipamentos e materiais para o atendimento em puericultura, dos municípios sede das Regionais de Saúde do estado de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017.....	39
Tabela 4 – Frequência das variáveis relacionadas à Atenção à Saúde da Criança, por equipe de saúde, em Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017.....	41
Tabela 5 – Frequência das variáveis relacionadas à Atenção à Saúde da Criança, por equipe de saúde, das regionais de Saúde do estado de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017	43
Tabela 6 - Frequência das variáveis relacionadas à Atenção à Saúde da Criança por equipe de saúde, dos municípios sede das Regionais de Saúde do estado de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017	45
Tabela 7 - Distribuição das médias de idade das crianças e de consultas dos usuários entrevistados com crianças de zero a 24 meses, por regional de saúde, dos municípios sede do estado de Rondônia, segundo o PMAQ – 3º ciclo, 2017.....	50
Tabela 8 - Frequência das variáveis relacionadas à atenção à Saúde da Criança por usuários entrevistados, em Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017.....	51
Tabela 9 - Frequência das variáveis em relação à atenção à Saúde da Criança dos usuários entrevistados, por Regional de Saúde no estado de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017	53
Tabela 10 - Frequência das variáveis em relação à atenção à Saúde da Criança dos usuários entrevistados, dos municípios sede das regionais de saúde do estado de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017.....	55
Tabela 11 - Frequência das variáveis em relação à atenção à Saúde da Criança, por usuários entrevistados, das ações desenvolvidas na consulta de primeira semana de vida, em Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017	57

Tabela 12 - Frequência das variáveis em relação à atenção à Saúde da Criança, por usuários entrevistados, das ações desenvolvidas na consulta de primeira semana de vida, conforme as regionais de saúde do estado de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017	58
Tabela 13 - Frequência das variáveis em relação à atenção à Saúde da Criança, por usuários entrevistados, das ações desenvolvidas na consulta de primeira semana de vida, nos principais municípios de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAM	Programa Nacional de Aleitamento Materno
PNI	Programa Nacional de Imunização
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNIR	Universidade Federal de Rondônia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. JUSTIFICATIVA	16
3. OBJETIVOS	18
3.1 OBJETIVO GERAL	18
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	19
4.2 ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL.....	21
4.3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DA CRIANÇA.....	24
4.4 SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	27
4.5 PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA.....	29
5. MÉTODO	30
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	30
5.2 LOCAL DE ESTUDO	30
5.3 MATERIAL DE ESTUDO.....	31
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	31
5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	32
5.6 COLETA DE DADOS.....	32
5.7 VARIÁVEIS DE ANÁLISE	33
5.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	34
5.9 ASPECTOS ÉTICOS	35
6. RESULTADOS	36
7. DISCUSSÃO	62
8. CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	78
ANEXO A – Regiões de Saúde e População Territorial do estado de Rondônia, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	79
ANEXO B – Mapa de Saúde do Estado de Rondônia.....	80
ANEXO C – População estimada segundo região de saúde em 2018, Rondônia	81

ANEXO D – Abrangência e localização das Gerências Regionais de Saúde (GRS) e as cidades de maior porte no estado de Rondônia.....	82
ANEXO E – Parecer Consunsubstanciado do CEP	83

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica - denominada no Brasil, é definida como cuidados essenciais em métodos de trabalho e tecnologias práticas, acessíveis aos indivíduos, às famílias de uma comunidade, de baixo custo, de uso de tecnologia de leve densidade e alta complexidade, com desenvolvimento do espírito de autonomia e autodeterminação da comunidade. A APS é a estratégia de mudança e organização do Sistema Único de Saúde, com reordenação dos serviços de saúde a partir da configuração de redes de atenção à saúde. As linhas de cuidado, como a materno-infantil, atuam como modelos na reorientação dos serviços de saúde, como, apontando para ações voltadas à Saúde da Criança a serem desenvolvidas a partir da APS (MENDES, 2015).

A nível mundial, Freeman e colaboradores (2017) apresentam evidências da efetividade de intervenções comunitárias dos serviços de saúde pautados na APS, a partir do apoio dos sistemas de saúde e profissionais capacitados para o atendimento à criança, em especial de 1 a 59 meses de idade, refletindo assim na diminuição da mortalidade na infância, visto que a maioria das causas de mortalidade podem ser superadas nesse nível de atenção.

Com a estratégia saúde da família como eixo de organização e prática da APS no Brasil, há a consolidação da vigilância da saúde da criança como prática de saúde, tendo ações como monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança, bem como o incentivo ao aleitamento materno, imunização e atenção às doenças prevalentes na infância (DAMASCENO et al, 2016).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), em sua linha de cuidado, tem o modelo da estratégia saúde da família e a APS como a base para o desenvolvimento de ações que compõem a integralidade da atenção à saúde da criança, a partir da abordagem à demanda espontânea e ações programáticas tradicionais, como a puericultura e pré-natal para as mulheres gestantes, além do incentivo e desenvolvimento de ações de prevenção, promoção da saúde e vigilância no território, para crianças de zero aos dez anos (BRASIL, 2018).

Os serviços de APS no Brasil se encontram heterogêneos quando se trata da atenção à saúde da criança, determinando uma baixa orientação dos serviços da APS e pouco preparo dos profissionais de saúde, com oferta de acesso ampliada a partir da expansão da APS,

principalmente no Sul e Sudeste, porém sem a integralidade do cuidado e resolutividade necessária, com poucos estudos voltados para a longitudinalidade e coordenação do cuidado a partir da APS para a saúde da criança (DAMASCENO et al, 2016, TESSER et al 2018).

O Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), implantado em 2011 pelo Ministério da Saúde, teve como objetivo induzir a ampliação do acesso e da qualidade da APS, com terceiro ciclo realizado no ano de 2017, no Brasil, permitindo um conhecimento mais aprofundado do que efetivamente ocorre com a APS (SANTOS et al, 2016), em especial, em Rondônia, que conta com cobertura de Saúde da Família em mais de 70% do estado, conforme DATASUS, porém com desigualdades entre os municípios.

Um estudo que avaliou a coordenação do cuidado para a qualidade à atenção à saúde da mulher e da criança de 30.523 equipes, que participaram do PMAQ em 2013, apresentou que a assistência à saúde da criança se destaca com maior percentual de equipes com alto nível (63,5%), em relação às aquelas com baixo nível (36,5%) (CRUZ et al, 2019); em contrapartida, em um outro estudo, com 1.484 usuários de 115 unidades básicas de saúde de dois municípios, do sul e do nordeste do Brasil, observou que o escore de satisfação entre distintos modelos de atenção – equipes de APS tradicional ou Saúde da Família, a partir da avaliação do PMAQ, não alcançou valores satisfatórios (SANTOS et al, 2018).

Sendo assim, a partir das dificuldades que profissionais de saúde e usuários apresentam para a realização de ações voltadas à saúde da criança no âmbito da APS, o objetivo dessa dissertação foi identificar as dificuldades para a atenção integral à saúde da criança no estado de Rondônia. A pergunta de pesquisa foi: quais são as dificuldades que profissionais da saúde e usuários apontam para as ações voltadas à atenção integral à saúde da criança, realizada pela equipe de APS, no Estado de Rondônia, a partir da avaliação do PMAQ – Terceiro ciclo?

2. JUSTIFICATIVA

A presente dissertação de mestrado apresenta a importância por abordar a atenção à saúde da criança na APS do estado de Rondônia, a partir da avaliação do PMAQ, partindo do

pressuposto que o primeiro contato dos cidadãos com o sistema de saúde é a APS, e, onde há um sistema de saúde baseado na APS, apresenta melhores indicadores de saúde para a população e, em especial, os indicadores para mortalidade infantil (TESSER et al, 2018).

O reflexo dos cuidados na saúde da criança para a população adulta e idosa, assim como na expectativa de vida, tem relação direta com a promoção do desenvolvimento saudável e da prevenção de agravos crônicos que tem início no pré-natal e na infância, com garantia para o desenvolvimento adequado de gerações futuras, com indivíduos saudáveis e aptos para o desenvolvimento de suas funções em sociedade, assim como estímulo positivo para os adultos responsáveis por essas crianças (COSTA & BIGRAS, 2007).

Nos últimos cinco anos, a implementação progressiva da PNAISC tem por objetivo de qualificar as estratégias e ações voltadas à saúde da criança, para o enfrentamento de condições evitáveis, tendo a APS como ordenadora e coordenadora das ações e do cuidado no território, em comunicação com as redes de atenção em saúde, em especial, a rede temática em saúde materno-infantil – Rede Cegonha (BRASIL, 2018).

Para o cumprimento da proposta da PNAISC na APS, para a garantia de melhores resultados e impacto à saúde da criança, as ações devem estar pautadas nos atributos essenciais que compõe a Atenção Primária – acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade do cuidado e coordenação, assim como os derivados – as orientações familiar e comunitária, e a competência cultural. Desses atributos, vemos a estratégia da puericultura como central para o cuidado de saúde da criança na APS (MENDES, 2015; DAMASCENO et al, 2016).

A estratégia saúde da família (ESF) é a forma de se desenvolver e expandir a APS no Brasil, proposta pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e, dentre as funções, está previsto o cuidado e acolhimento de crianças, apresentando impacto na saúde das crianças, com melhoria da qualidade de vida, redução da mortalidade infantil, enfrentamento de doenças imunopreveníveis e diminuição de internações por condições sensíveis à APS (DAMASCENO et al, 2016).

A avaliação realizada pelo PMAQ se torna importante para averiguar as condições de acesso e qualidade dos municípios e das equipes da APS, não somente pela ótica de avaliadores externos e profissionais de saúde, mas também sob a ótica dos usuários do serviço (BRASIL, 2017). Além do *PCA tools*, os instrumentos de autoavaliação da melhoria do acesso e qualidade assim como a avaliação externa do PMAQ são possibilidade para o reconhecimento das potencialidades da APS, com foco na melhoria para garantia de serviços de qualidades no SUS.

Avaliação e monitoramento em saúde trazem impacto positivo para a identificação da realidade do acesso e qualidade dos serviços da APS, em especial, para a região Norte, que, segundo Garnelo e colaboradores (2018), concentra os piores índices de utilização de serviços de saúde no país, assim como apresentam baixos índices de desenvolvimento humano e apontam que as políticas de saúde do governo federal para a região padecem de baixa institucionalidade, descontinuidade e limitada sensibilidade às especificidades regionais.

Por fim, estudos que avaliem a APS, e, em especial, as ações em saúde da criança na APS, ou então estudos que apresentem as informações que se encontram disponíveis nos ciclos de avaliações do PMAQ, para o estado de Rondônia, ainda não se encontram disponíveis ou publicados nas bases de literatura científica, sendo possível assim, a partir deste estudo, ter um panorama sob a ótica da avaliação da APS, não somente por meio de dados de morbimortalidade infantil.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as dificuldades para a atenção integral à saúde da criança das equipes da Atenção Primária à Saúde no estado de Rondônia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a avaliação do acesso e qualidade das equipes da Atenção Primária à Saúde no estado de Rondônia;
- Descrever o domínio atenção integral à saúde da criança da avaliação da melhoria do acesso e qualidade das equipes da Atenção Primária à Saúde no estado de Rondônia;
- Analisar as ações para atenção integral à saúde da criança realizada pelas equipes da Atenção Primária à Saúde do Estado de Rondônia.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, foi emitida a Declaração de Alma-Ata, que amplia o conceito da saúde para um completo bem-estar físico, mental e social, reconhecendo como um direito humano fundamental para ser obtido, e definindo a atenção primária à saúde (APS) como a estratégia para alcançar a meta de saúde, permitindo uma vida econômica e socialmente produtiva, com repercussões positivas para o desenvolvimento populacional (OMS, 1979).

A APS refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder necessidades individuais e coletivas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012), sendo um modo de organizar um sistema, tendo como função de ser porta para o sistema, ser resolutiva para os problemas de saúde mais frequentes, minimizando custo e satisfazendo as demandas da população (BRASIL, 2015).

A APS tem sido a centralidade dos sistemas de saúde, sendo considerada internacionalmente como base para novos modelos assistenciais, tendo como foco o usuário ou cidadão, e práticas críveis e que valorizam a construção de vínculo e a relação médico e usuário (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Mendes (2015, p. 30) aponta elementos essenciais que surgem nessa concepção de APS:

A educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares (MENDES, 2015, p. 30).

A partir do conceito de APS e sua composição, foram possíveis algumas interpretações da função desse modelo, com concepções diferentes para sua implementação, como APS seletiva ou restrita a alguns serviços específicos, focalizados e de baixa resolutividade; sentido amplo, de serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, de caráter público ou não para toda a população; e a abrangente-integral, como proposto pela Declaração de Alma-Ata, com necessidades de enfrentamento para demandas individuais e coletivas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Tendo em vista o conceito da APS como estratégia de organização do sistema de saúde, entende-se que essa organização vem para recombina e reordenar os recursos da saúde,

tornando-se coordenadora do cuidado, responsável pela resolução das demandas da população, e, além de porta de entrada para o sistema, ordenadora de uma complexa rede de serviços de saúde, na garantia da integralidade do cuidado (BRASIL, 2015).

A nova concepção da APS vem ao encontro do modelo biomédico vigente no século passado, resgatando a articulação entre conhecimento científico e as práticas e saberes populares, havendo democratização do conhecimento médico, atuação do trabalho em equipe para integralidade do cuidado e melhores resultados, e maior autonomia aos usuários e população em relação à sua saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Os atributos essenciais considerados para o desenvolvimento da APS são o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. São reconhecidas que as demandas devem ter o primeiro acesso no ponto mais próximo ao território do usuário, com necessidade de acompanhamento deste, sua família e comunidade no qual se encontra inserido, a longo prazo, para a construção de vínculo, visando a completude do cuidado e a oferta de serviços que cumpra com as demandas dessa população. A APS tem de coordenar e se responsabilizar pelos encaminhamentos para outros pontos da assistência, constituindo assim uma rede de serviços (BRASIL, 2015).

Na APS também se tem atributos derivados – foco na família, orientação comunitária e competência cultural. Starfield (2002) chama a atenção para a necessidade do contato da equipe de saúde com a unidade da família e sua comunidade, para o reconhecimento dos problemas de saúde envolvidos em um indivíduo, necessitando da integração de diferentes setores para o enfrentamento do problema e seus determinantes sociais, e na comunidade na qual se encontra inserido, levando em conta a cultura e o saber popular para a prática médica.

A partir desses atributos, a APS se orienta pelos principais problemas de saúde da comunidade e presta serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (OMS, 1979), necessários para desempenhar funções de ser resolutiva, por ser o primeiro contato e o acesso prioritário aos serviços de saúde, devendo atender a cerca de 80 a 90% das demandas do seu território de responsabilidade sanitária; coordenar a rede de serviços do sistema de saúde, pela característica inerente à APS de propor ser a centralidade no sistema, regulando a referência e contrarreferência a outros pontos da atenção em saúde; e se responsabilizar pelos usuários adscritos em seu território de responsabilidade sanitária (BRASIL, 2015).

Os cuidados primários e essenciais para resolução das demandas da população, são baseados em métodos e tecnologias apropriadas, também ditas como leves, pela priorização das relações entre profissionais de saúde e usuários para a garantia do cuidado (MERHY, 2005), ao invés de exames complementares e procedimentos complexos, que se encontram acessíveis à APS, através do acolhimento, vínculo e atenção integral, sendo cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O desenvolvimento da APS está atrelado ao desenvolvimento econômico e social da população. O indivíduo e sua comunidade sofrem influência direta de determinantes sociais da saúde. Os determinantes sociais são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam ou são fatores de risco para os problemas de saúde da população, encontrados nos territórios e no cotidiano das pessoas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A importância da centralidade e do primeiro contato com o sistema para a APS se dá pela proximidade desses serviços à realidade dos usuários e suas comunidades, pelo reconhecimento dos diferentes grupos populacionais, assim como pelo incentivo a participação social nas ações em saúde. Exige-se da APS a articulação com outros setores para a resolução dos problemas e o enfrentamento dos determinantes sociais, para a promoção da saúde e desenvolvimento social (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

4.2 ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

O desenvolvimento na APS no Brasil se deu a partir dos movimentos da reforma sanitária, que culminaram com a constituição federal de 1988 e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A APS, reconhecida como Atenção Básica (AB) no Brasil, assumiu este termo para uma diferenciação ideológica daquela atenção primária focalizada e seletiva, para um sentido mais amplo, de um sistema público de saúde com a concepção de cidadania ampliada, assumindo sua característica como base do sistema, de cobertura universal (GIOVANELLA, 2018). Apesar das discussões filosóficas envolvidas para a definição do termo que melhor representa para o SUS, entende-se que os termos AB e APS são equivalentes (BRASIL, 2017; GIOVANELLA, 2018).

No Brasil, assumida como Atenção Básica, tem por objetivo ações de atenção integral à saúde, a nível individual e coletivo, através do cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

As primeiras estruturas conhecidas como APS no Brasil, surgem desde a década de 1920, com serviços que evoluíram ao longo da história e reconhecidos como a atual rede da AB (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MENDES, 2015). Esses serviços surgem, de característica estatal, com foco para o sanitarismo público – prevenção de grandes epidemias e para grupos específicos de baixo acesso aos serviços de saúde. Os primeiros centros de saúde surgem no estado de São Paulo nesse momento, para, no final da década de 1940, surgir o Serviço Especial de Saúde Pública – atual Fundação Nacional de Saúde. As secretarias estaduais de saúde surgem após a década de 1960, com foco para a prevenção de doenças infectocontagiosas e atenção focalizada em grupos especiais, como os programa materno-infantis (MENDES, 2015).

Com a Declaração de Alma-Ata e a APS como modelo de orientação dos sistemas de saúde, o crescimento da medicina comunitária na América Latina e a crise da previdência social para a assistência em saúde no Brasil, houve a reorganização dos serviços básicos estimulada pelos movimentos da Reforma Sanitária e com a instituição do SUS no final da década de 1980, e o surgimento da Atenção Básica (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MENDES, 2015).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com sua primeira portaria no ano de 2006, última edição no ano de 2017 – Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017, apresenta as diretrizes para a organização da AB no território brasileiro, definindo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como porta preferencial do SUS e ponto de partida para estruturação do SUS (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012; BRASIL, 2017), que, segundo Mendes (2015), se configura como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Na PNAB de 2011 e 2017, para a estruturação do SUS, já se tem reconhecida a necessidade de formação das Redes de Atenção à Saúde (RAS):

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma

atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população (MENDES, 2015, p. 19).

A PNAB reconhece a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário de expansão e consolidação da APS no território brasileiro, podendo haver outras equipes, conhecidas como equipes de Atenção Primária, pautadas no modelo tradicional de cuidados primários, na composição da APS (BRASIL, 2017). Para o desenvolvimento dos atributos da APS, a ESF prioriza o trabalho em equipe, assim como a formação de território e população adscrita, garantindo vínculo e a longitudinalidade do cuidado (FIGUEIREDO, 2012).

A ESF surge a partir do Programa Saúde da Família (PSF), surgido na década de 90 do século passado, caracterizando os serviços da APS como nível primário, com objetivo de um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação, com novos métodos de programar e planejar ações, havendo articulação entre comunidade e serviços de saúde para a expressão das necessidades em saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A importância do PSF na expansão da APS se deu pela descentralização do SUS, com o movimento da municipalização dos serviços de saúde e a garantia da integralidade no atendimento, aliado aos indicadores satisfatórios com as experiências variadas em Saúde da Família, tornando a ESF como eixo organizador da APS e do sistema de saúde no território brasileiro para um caráter mais abrangente, articulado com os demais níveis e pontos da assistência e reorientação do SUS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MENDES, 2015).

As características da ESF são a valorização do trabalho em equipe, assim como a intensa troca de diversidade de conhecimentos e experiências entre os profissionais de saúde que compõe a equipe de Saúde da Família, tendo o cuidado centrado no usuário como prioridade, interagindo entre si e de forma colaborativa, assim como atuação intersetorial, objetivando a promoção da saúde e atenção integral (FIGUEIREDO, 2012; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

No processo da consolidação da ESF na APS há o reconhecimento de outras conformações, que ainda flutuam entre os modelos tradicionais e o atual modelo proposto citando anteriormente no processo de construção e fortalecimento da APS (MENDES, 2015).

A Portaria 2.539, de setembro de 2019, institui as equipes de Atenção Primária, que seguem o modelo tradicional e diferem das equipes de Saúde da Família no modo de se organizar e atender as demandas do território (BRASIL, 2019). Esses arranjos acabam por competir nas formas de construção e consolidação da APS.

Um dos parâmetros para avaliação do sucesso da ESF está associada à redução de internações por condições sensíveis à APS (ARAUJO et al, 2017). As condições sensíveis à APS são aquelas passíveis de resolução a este nível, com a prerrogativa de que se espera resolutividade de mais de 90% dos problemas comuns do território que na APS (MENDES, 2015), diminuindo assim internações e mortalidade, principalmente por causas evitáveis. As Internações por Condições Sensíveis à APS (ICSAP) é um indicador hospitalar medidor, da efetividade da APS, de agravos que não deviam chegar à atenção terciária (PEREIRA et al, 2014). A lista de doenças incluídas nas ICSAP agrupa doenças imunopreveníveis, infecciosas – como pneumonia e gastroenterites, e condições crônicas (PEDRAZA; ARAUJO, 2017).

Damasceno e colaboradores (2016) apontam também que a ESF, aliada a outras ações estratégicas e programas com foco para a infância, foram responsáveis pela diminuição da taxa de mortalidade infantil. A redução da ICSAP está vinculada à atuação da Estratégia Saúde da Família nos municípios, mas somente ofertada de forma homogênea e adequada (PEREIRA et al, 2014). Assim, a atenção à saúde da criança é um campo prioritário visto sua suscetibilidade ao adoecimento e agravamento das enfermidades em função da fragilidade própria da idade, com predomínio de doenças agudas, evitáveis com a assistência oportuna dos serviços de APS (PEDRAZA & ARAUJO, 2017).

Um dos limitantes que a APS e a ESF enfrentam ainda atualmente é o quantitativo de áreas descobertas ainda presentes nos territórios, qualidade de acesso e assistência à saúde, além da heterogeneidade das equipes que compõe a APS – ESF e equipes tradicionais de Atenção Primária, impactando em indicadores como o do ICSAP, assim como barreiras de acesso e acompanhamento das famílias com a ESF a nível da APS (ARAUJO et al, 2014; DAMASCENO et al, 2016).

4.3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DA CRIANÇA

Em uma revisão, Araújo e colaboradores (2014) resgatam o processo histórico do reconhecimento da criança como indivíduo de direito, sendo anteriormente não percebida pela família e nem pelo Estado como etapa de ciclo vital e de necessidades individuais e peculiares a sua faixa etária.

Atualmente, no Brasil, consta na Constituição Federal de 1988 a garantia do direito universal à saúde, e no Estatuto da Criança e do Adolescente, em especial, a proteção integral da criança (BRASIL, 2018), assim como o reconhecimento da criança como ser biopsicossocial e detentora de direitos enquanto cidadão, com necessidade de atenção à saúde específica para esse segmento populacional (ARAUJO et al 2014).

Estratégias como incentivo ao aleitamento materno e a atenção ao ciclo gravídico-puerperal foram as primeiras iniciativas voltadas ao cuidado do binômio mulher e criança. Os índices de mortalidade materna e infantil no século passado encontravam-se altos, com taxa de mortalidade de 120 óbitos em crianças menores de um ano em 1000 nascidos vivos (ARAUJO et al 2014). O surgimento de programas como o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, iniciando ações de caráter preventivo, e posteriormente com o Programa de Assistência Integral em Saúde da Criança (PAISC), em 1984, com ações básicas para ampliar o cuidado a criança, tiveram foco para diminuição da mortalidade infantil (ARAUJO et al, 2014; BRASIL, 2018).

A mortalidade infantil é um dos parâmetros para avaliação da qualidade da atenção à saúde da criança. Tem-se constatado redução da taxa de mortalidade infantil no Brasil, mas com estagnação na última década. Ainda figuram causas de internação hospitalar, como pneumonia, gastroenterites e a asma - doenças em declínio acentuado no país - e afecções perinatais são responsáveis hoje por grande parcela das internações de crianças menores de um ano e a principal causa de óbito infantil (PEDRAZA; ARAUJO, 2017).

Os Programas de Agente Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF), posteriormente com a denominação de Estratégia de Saúde da Família, foram ações que influenciaram positivamente no declínio da mortalidade infantil, por modelos focados na promoção à saúde, trabalho interdisciplinar e participação comunitária, voltados para APS, enquanto outras ações, como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com vistas a assistência humanizada no parto e nascimento e suporte hospitalar para recém nascidos (ARAUJO et al, 2014).

Outra estratégia que envolve a APS é a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) em situações de vulnerabilidade no Brasil. Esta estratégia tem foco para crianças menores de cinco anos, com condições relacionadas à mortalidade na infância, necessitando de avaliação nos cuidados primários e qualidade na assistência. Foi uma das estratégias resultante de declínio importante da mortalidade infantil, aliada a outras políticas, como a expansão da própria APS, extinção de doenças imunopreveníveis pelo sucesso do Programa Nacional de Imunização (PNI), incentivo ao aleitamento materno pelo Programa Nacional de Aleitamento Materno (PNAM) e programas sociais, como o Programa Bolsa Família (ARAUJO et al, 2014; BRASIL, 2017)

O predomínio de mortes no período neonatal é de cerca de 70% dos casos, sendo que mais de 60% poderiam ter sido evitadas por ações sensíveis à APS, visto que a mortalidade neonatal precoce está vinculada às causas preveníveis, relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde, qualidade de assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (SILVA & VIEIRA, 2014). Surge assim, ações estratégicas voltadas para atenção ao pré-natal, parto e puerpério, como a Norma de Atenção Humanizada do Recém-nascido Baixo Peso – Método Canguru e o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (ARAUJO et al, 2014).

Em 2015, com cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, com a taxa de mortalidade infantil na média de quinze óbitos no primeiro ano de vida para 1000 nascidos vivos, a necessidade de enfrentamento de doenças infectocontagiosas e de novos desafios, como as condições crônicas não transmissíveis, óbitos neonatais e morbimortalidade por causas externas, aliada ao envelhecimento populacional, emerge a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com a necessidade de intervenção sobre nas iniquidades relacionadas às diferentes realidades regionais e condições sociais e de saúde (BRASIL, 2018).

Guiado pela ideia da concepção de linha de cuidado em saúde da criança, trabalhando em RAS, a PNAISC tem por objetivo:

Promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015, p. 9).

A RAS deve ser resolutiva, coordenar fluxos e contrafluxos, com responsabilidade pelos usuários, com centralidade na APS. A resolução dos problemas da criança engloba não somente essa personagem, como também, a família e o contexto sociocultural e econômico que se encontra a família (ARAÚJO et al, 2014). A atenção integral à criança deve responder à todas as suas necessidades, seja na APS ou na Atenção Especializada, hospitalar ou de urgência e emergência (BRASIL, 2018).

4.4 SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A saúde da criança é área de atuação da APS, prevista pelo Ministério da Saúde na PNAISC, com ações visando assegurar a integralidade da assistência e garantir que a criança desenvolva todo o seu potencial, com o intuito de reduzir a morbimortalidade da infância e o fortalecimento para que os problemas fossem resolvidos na APS e em RAS (SOARES et al, 2016).

A APS deve ser prioritária aos cuidados de saúde da criança, esgotando todas as possibilidades de atenção à saúde antes de encaminhá-las a outros pontos da atenção, com portas abertas às famílias, sem barreiras físicas, logísticas e culturais que dificultem o acesso aos serviços de saúde (SILVA; VIEIRA, 2014).

Para o desenvolvimento dos eixos estratégicos propostos pela PNAISC, com melhores resultados, efetividade e melhor qualidade, a APS deve estar estruturada conforme os atributos essenciais e derivados - acesso de primeiro contato, integralidade, coordenação da atenção e longitudinalidade, orientação familiar e comunitária, e competência cultural (DAMASCENO et al, 2016; SILVA; FRACOLLI, 2016). Tendo como princípios a integralidade e a longitudinalidade, ou cuidado continuado, estudos comprovam que há associação com melhora da utilização dos serviços de saúde e cuidados preventivos, tanto para crianças saudáveis como para aquelas com doenças crônicas, assim como a facilidade para acesso aos profissionais de saúde ser fator preditivo positivo para a construção da longitudinalidade (CHRISTAKIS et al, 2004).

Sendo assim, os serviços da APS são considerados como porta de acesso prioritária para a atenção integral à saúde da criança e suas famílias, pela proximidade e responsabilização da APS, sendo fundamentais as diminuições de barreiras para o atendimento, sejam físicas ou

político-administrativas, não somente pelo atendimento nas unidades básicas de saúde, mas também através do uso de estratégias como visitas domiciliares, reuniões de grupos comunitários e interlocução com demais entidades e setores da comunidade (SILVA; VIEIRA, 2014).

As questões sensíveis à APS referentes à saúde da criança são ações de vigilância e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, com a finalidade de prevenção e promoção à saúde (FINKLER, 2014), e a forma para o acompanhamento à saúde das crianças é por meio da puericultura, um momento em que ocorre a avaliação da criança, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor, a garantia de cobertura vacinal, estímulo à prática do aleitamento materno, orientação sobre a introdução da alimentação complementar e prevenção das doenças que mais frequentemente acometem as crianças no primeiro ano de vida, como a diarreias e as infecções respiratórias (BRIGIDO et al, 2019). Outras estratégias também englobam o acompanhamento pré-natal, para desfechos perinatais negativos evitáveis, e as ações intersetoriais, como medidas de saneamento e educação ambiental para enfrentamento de determinantes sociais do processo saúde-doença (PEDRAZA; ARAUJO, 2017).

O aumento da cobertura vacinal também é estratégia para a redução da morbimortalidade infantil, em municípios com pelo menos 75% dos imunobiológicos disponíveis (ARAUJO et al, 2017). APS dispõe de recursos de baixa densidade tecnológica para prevenir doenças respiratórias como, por exemplo, a pneumonia, por meio de imunização e antibióticos, evitando a hospitalização, assim como terapia de reidratação oral e a vacina oral contra rotavírus humano, capazes de prevenir as gastroenterites e suas complicações (PEDRAZA; ARAUJO, 2017).

O seguimento da criança na APS, por meio da puericultura, é considerado uma tecnologia de cuidado em saúde de forma continuada, que remete a reconstrução de saberes e práticas para novas dimensões do cuidado, com objetivo de educação e promoção de um desenvolvimento saudável para a criança (DAMASCENO et al, 2016). No contexto da ESF, ao comparar com modelos tradicionais de cuidados primários, esse acompanhamento sistemático da criança, promovendo continuidade do cuidado, cria condições favoráveis para a integralidade do cuidado, com olhar ampliado para a família (Ibdem).

Brígido e colaboradores (2019) apontam a importância da puericultura para além da avaliação da criança, como momento para se estender o olhar para o entorno familiar e social, identificando possíveis vulnerabilidades, promoção de acesso a condutas necessárias, educação em saúde, troca de experiências e corresponsabilização do cuidado com a família, para promoção de saúde e qualidade de vida das crianças. Exige da equipe preparo, planejamento e desenvolvimento de ações para o cuidado à criança na APS.

Em uma revisão integrativa, está apresentada que o contexto familiar e comunitário em que a criança vive, assim como o olhar dos usuários cuidadores de crianças, precisa ser incluído e valorizado por profissionais de saúde para que as necessidades sejam dadas devidas assistência, devendo o profissional de saúde desenvolver habilidades de comunicação e acompanhamento da população e território sob responsabilidade da ESF. Cuidadores e famílias reconhecem a APS como ponto de afiliação e referência para os cuidados em saúde, devido ao acesso, utilização e a longitudinalidade do cuidado (ARAUJO FILHO et al, 2019).

4.5 PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

Visando à melhoria do acesso e qualidade na APS, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), programa de monitoramento e avaliação da APS, avalia o acesso e qualidade dos serviços, inclusive com domínio voltado à área da saúde da criança, conforme prioridade elencada pela PNAB, permitindo conhecer com mais profundidade a realidade da APS (MATTA-MACHADO et al, 2016).

O PMAQ está inserido nas ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Saúde Mais Perto de Você, com objetivo de institucionalizar a cultura da avaliação e monitoramento dos serviços de saúde na APS – equipes Saúde da Família e equipes tradicionais de Atenção Primária - averiguando as condições de acesso e qualidade da totalidade de equipes participantes do programa. O objetivo da cultura da avaliação e monitoramento é a garantia da qualidade da APS comparável nacional, regional e localmente (BRASIL, 2011 apud SANTOS et al 2016).

O PMAQ apresenta questões voltadas para a atenção integral à saúde da criança, que podem servir de parâmetro para avaliação de fragilidades da APS, pois ainda é possível se deparar com um cuidado descoordenado, com ações fragmentadas e pouco resolutivas frente às demandas de saúde da criança e sua família (SANTOS et al, 2018). É possível, assim,

acompanhar o impacto das ações em saúde por meio dos indicadores produzidos pela avaliação do PMAQ e a incorporação de práticas contínuas de vigilância em saúde (SANTOS et al 2016).

Um estudo aponta que níveis de alta ou máxima certificação no PMAQ tem relação diretamente proporcional com a satisfação dos usuários, principalmente aquelas equipes que apresentavam algum tipo de apoio institucional (MATTA-MACHADO et al, 2016). Outro estudo aponta níveis altos de coordenação da APS em saúde da criança, aliado principalmente aos investimentos para redução da mortalidade infantil e a garantia do crescimento e desenvolvimento (CRUZ et al, 2019).

5. MÉTODO

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo com base em dados coletados pela equipe de pesquisadores da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), responsáveis pela aplicação dos instrumentos da Avaliação Externa do PMAQ. Este é um estudo observacional, com delineamento seccional e abordagem quantitativa, através de pesquisa em banco de dados da avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro Ciclo. Os dados foram acessados a partir das bases nacionais, disponíveis no sítio <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>.

5.2 LOCAL DE ESTUDO

O estado de Rondônia está situado na região Norte do país, com 1.796.460 habitantes, índice de desenvolvimento humano de 0.69, renda *per capita* de R\$ 1.136 reais, sendo 55.7% da população de pessoas com 16 anos ou mais em trabalho formal, conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para 2020. É formado por 52 municípios, dividido em sete regionais de saúde – Madeira Mamoré (com sede no município de Porto Velho), Vale do Jamari (com sede no município de Ariquemes), Central (com sede no município de Ji-Paraná), Zona da Mata (com sede no município de Rolim de Moura), Café (com sede no

município de Cacoal), Cone Sul (com sede no município de Vilhena), e Vale do Guaporé (com sede no município de São Francisco do Guaporé). Nos anexos I - IV, se encontram o quadro e os mapas das regionais de saúde, municípios e população/densidade populacional para o estado de Rondônia.

No estado de Rondônia, atualmente a cobertura da Estratégia Saúde da Família alcança 74,93%, com um total de 382 equipes para 261 unidades básicas de saúde, segundo Cnes/DATASUS em novembro de 2020. O estudo analisou os resultados das equipes de Atenção Primária do estado de Rondônia, participantes do PMAQ – Terceiro Ciclo. No estado de Rondônia, foram inclusas 228 unidades básicas de saúde (UBS), de 50 municípios do estado no PMAQ - os municípios de Ouro Preto d'Oeste e São Felipe do Guaporé não participaram desta avaliação.

5.3 MATERIAL DE ESTUDO

Dentre as UBS, 228 UBS participaram do PMAQ – Terceiro ciclo, conforme indicação das gestões municipais e participação nos ciclos anteriores, tendo amostragem por conveniência. Dentre as equipes de saúde da família e tradicionais, atuantes na APS, 369 equipes foram participantes e credenciadas para participar do programa de avaliação.

O estudo analisou a opinião de 1105 usuários entrevistados da área de território das equipes da Atenção Primária das UBS participantes do PMAQ – Terceiro ciclo. A amostra dos usuários foi calculada conforme o método proposto pelo PMAQ, de uma equipe para quatro usuários, conforme a Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2018).

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão no estudo são os seguintes: equipes da Atenção Básica participantes e certificadas pelo PMAQ – Terceiro ciclo; equipes da Atenção Básica com os resultados disponíveis na plataforma digital da Secretaria de Atenção Primária em Saúde; UBS e equipes da atenção básica ativas e funcionantes; equipes de Saúde da Família ou de Atenção

Básica Tradicional; equipes da Atenção Básica com usuários agendados para atendimento no momento da realização da avaliação externa; usuários que tinham crianças e se aplicava o domínio de saúde da criança, assim como responderam ao domínio durante a avaliação externa.

5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão no estudo são os seguintes: avaliação externa que não pode ser aplicada na própria UBS; UBS e equipes da atenção básica desativadas ou não funcionantes, por reforma ou ampliação da estrutura ou das equipes; UBS na qual a gestão não concordou com a avaliação externa do PMAQ; equipes de saúde para situações especiais, como equipe de saúde fluvial e população ribeirinha, consultório na rua, sistema penitenciário e indígena; equipe da Atenção Básica sem profissionais de nível superior no momento da avaliação externa; usuários que não responderam ou não se aplicou a participação às perguntas em relação ao domínio de saúde da criança durante a avaliação externa.

5.6 COLETA DE DADOS

A avaliação externa “Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade” contempla a segunda fase - de certificação - do PMAQ – Terceiro ciclo, realizada por instituições de ensino superior ou de pesquisa parceiras do Ministério da Saúde, averiguando aspectos prioritários apontados na Política Nacional da Atenção Básica.

Em Rondônia, os dados do PMAQ – Terceiro Ciclo foram coletados por equipe de pesquisadores da UNIR, em consórcio com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A coleta de dados foi realizada in loco, com uma etapa de observação e verificação da estrutura da UBS e dos documentos, posteriormente aplicação de questionário aos profissionais de ensino superior das equipes da atenção básica, e aos usuários presentes na unidade básica de saúde.

O instrumento da avaliação externa para as equipes de Atenção Primária conta com seis módulos, com objetivos de avaliar a unidade básica de saúde, os profissionais da equipe de Atenção Primária à Saúde, usuários, equipe do NASF e equipe de Saúde Bucal, com divulgação dos dados obtidos, em forma de planilha, das equipes contratualizadas, no Portal da Secretaria da Atenção Primária em Saúde (<http://aps.saude.gov.br/>). Foram filtrados os dados relativos às

equipes dos municípios do Estado de Rondônia contratualizados e certificados, e as variáveis relacionadas à atenção à saúde da criança.

Os dados extraídos, relevantes à Saúde da Criança, são os resultados da avaliação externa do PMAQ – Terceiro ciclo, dos módulos I – Observação na Unidade Básica de Saúde, II - Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, e III – Entrevista com o Usuário na Unidade Básica de Saúde (Pesquisa de Satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil), das equipes dos municípios do estado de Rondônia, que passaram pelas etapas de adesão, contratualização e certificação do PMAQ.

5.7 VARIÁVEIS DE ANÁLISE

As variáveis a serem analisadas, por município e do estado de Rondônia, nas UBS e suas respectivas equipes de saúde e usuários, podem ser categorizadas da seguinte forma:

Nas UBS:

- Identificação da Unidade de Saúde: município e endereço da unidade de saúde, aplicação da avaliação externa na UBS;
- Equipamentos e materiais observados na Unidade de Saúde para uso em atendimento de crianças menores que dois anos: balanças e réguas antropométricas infantis, disponibilidade de fitas métricas, disponibilidade de caderneta de saúde da criança;
- Imunobiológicos disponíveis na Unidade de Saúde: oferta/realização de vacinação; oferta regular de vacinação; disponibilidade de geladeira para armazenamento exclusivo de imunobiológicos;

Com os profissionais das equipes de Atenção Primária:

- Atenção à criança desde o nascimento até os dois anos de vida pelas Equipes de Atenção Primária: realização de puericultura para crianças até 2 anos, utilização de protocolos voltados para atenção às crianças até 2 anos, atualização dos cadastros de crianças até 2 anos do território, utilização da caderneta da criança para o acompanhamento, registro sobre vacinação, crescimento, desenvolvimento, estado nutricional, teste do pezinho, violência familiar e acidente, acompanhamento de casos de violência familiar com a rede intersetorial, realização de busca ativa de

crianças com riscos para o crescimento e desenvolvimento, desenvolvimento de ações de promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses; desenvolvimento de ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança, e o conhecimento e cumprimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras;

E com os usuários contemplados na Pesquisa de Satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil:

- Condições de saúde de crianças menores que dois anos de vida a partir do olhar do usuário: atendimentos com até sete dias de vida (primeira semana de vida), realização do teste do pezinho na primeira semana de vida, vacinação atualizada, motivação para vacinação não estar atualizada, busca ativa pela equipe em casos de vacinação atrasada, local onde é realizada vacinação, quantidade de consultas para a criança, profissionais que atendem a criança durante as consultas, agendamento de cuidado programado de crianças, avaliação do desenvolvimento da criança durante as consultas e orientação da alimentação da criança durante as consultas;
- Atividades realizadas na consulta da primeira semana de vida das crianças dos usuários: local que foi feita a consulta com até sete dias de vida, atividades realizadas na consulta de primeira semana de vida, como pesagem, medição, avaliação da amamentação, condição do umbigo, verificação da certidão da criança e recebimento de caderneta da criança.

5.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram armazenados e analisados no Microsoft Excel® e SPSS. Após o levantamento de dados, foi realizada a descrição dos dados a partir de frequências absoluta relativa, medidas de tendência central e de dispersão, distribuição e agrupamento dos resultados por cidade e por regional de saúde.

Para análise estatística, inicialmente realizado o teste Qui-Quadrado para verificar se as frequências encontradas são as esperadas, assim como a existência de associação ou dependência entre as categorizações utilizadas neste estudo – regionais e municípios, com valor-p < 0,05 (FIELD, 2009).

Para testar se existe diferença significativa de percepção de dois ou mais grupos, foi utilizado o teste não paramétrico Kruskal-Wallis para amostras independentes, com nível de significância de 5%. O teste de Kruskal-Wallis tem como objetivo verificar se k amostras independentes ($k > 2$) possuem diferença de percepção entre dois grupos, sendo uma alternativa à Análise de Variância (ANOVA) quando as hipóteses de normalidade dos dados e igualdade das variâncias forem violadas. Sempre que se verificou a existência de diferenças significativas entre, pelo menos dois, dos grupos no teste, foi realizado seguidamente um teste post hoc. O post hoc testa as variáveis dependentes entre todos os possíveis pares de grupos estabelecidos. Neste estudo, para se descobrir quais os grupos que diferiam entre si, foi utilizado o Método post hoc de Bonferroni (FIELD, 2009).

5.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de conclusão de mestrado foi elaborado seguindo as normas e diretrizes propostas pela resolução 510/16 do CNS, também de acordo com o Código de Nuremberg de 1947 e Declaração de Helsinki de 1964. Este projeto faz parte de um plano de trabalho vinculado ao projeto Avaliação Externa das Equipes da Atenção Básica no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ/AB - 3o Ciclo, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa parecer nº. 1.441.293/CAAE 02396512.8.0000.5149, de 07 de março de 2016.

6. RESULTADOS

Dentre as 228 UBS participantes e credenciadas para o PMAQ – Terceiro ciclo, foram elegíveis 194 unidades no estado de Rondônia. Das 369 equipes de saúde destas UBS, com profissionais participantes da entrevista, 289 equipes foram elegíveis e que realizam ações às crianças menores de dois anos de vida. Participaram da “Pesquisa de Satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil, em Rondônia”, 1105 usuários, sendo elegíveis 223 usuários, que tinham crianças menores que dois anos e responderam sobre o atendimento para crianças na unidade de saúde.

Sobre os equipamentos e materiais presentes nas UBS durante a avaliação externa, estão discriminados na tabela 1.

Tabela 1 - Frequência das unidades básicas de saúde com equipamentos e materiais para o atendimento em puericultura, em Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017

Equipamentos e Materiais	n	%
Balança antropométrica infantil	161	82,9
Régua antropométrica infantil	134	69,0
Disponibilidade de fita métrica	185	95,3
Disponibilidade de Caderneta de Saúde da Criança	137	70,6
Disponibilidade de geladeira exclusiva para armazenamento de imunobiológicos (vacinas)	123	63,4

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Nenhuma das UBS do estado de Rondônia apresenta todos os materiais listados que compõe a avaliação da saúde da criança. Destaca-se que as ferramentas, como a balança e a régua antropométrica infantil, para avaliação do crescimento das crianças dos territórios da UBS não são encontradas na sua totalidade. Chama mais atenção a falta de cadernetas de saúde da criança disponíveis aos usuários em quase 30% das UBS de Rondônia.

A presença de geladeira exclusiva para armazenamento de vacinas é deficitária. Porém, ao se avaliar as unidades conforme a oferta da vacinação para os usuários do seu território, tem-se que 64,4% (n = 125) das unidades de saúde tem disponíveis as vacinas. Destas 125 unidades, 88% (n = 110) ofertam regularmente as vacinas para os usuários do seu território e município.

Ao se discriminar essa distribuição conforme as regionais de saúde, observa-se que a regional com menor oferta de vacinação nas UBS é a Zona da Mata, com 37% (n = 10) das UBS dessa regional com oferta disponível de vacinação, enquanto a regional Madeira-Mamoré apresenta a maior oferta de vacinação, com 82,8% (n = 29) das UBS da regional com oferta de vacinação.

Ao se comparar entre as regionais de saúde, foi estatisticamente significativa a diferença entre a baixa oferta da Zona da Mata em relação às regionais Madeira-Mamoré, do Café e Central. A regional Madeira-Mamoré também foi estatisticamente superior à oferta na regional do Vale do Jamari. Em relação à oferta regular e adequada de vacinação, observa-se que varia entre 79,3% das UBS com oferta de vacinação da regional Madeira-Mamoré, a 100% de cobertura naquelas UBS da regional do Vale do Guaporé, não havendo diferença estatisticamente significativa na variação entre as regionais.

Segundo os principais municípios de Rondônia, observa-se que Rolim de Moura, município sede da regional da Zona da Mata, tem a menor proporção de UBS com oferta de vacinação, com 62,5% (n = 05) de um total de oito UBS inclusas no PMAQ, enquanto Ariquemes, da regional do Vale do Jamari, com 100% (n = 10) das UBS participantes do PMAQ, do município, com oferta de vacinação, e de forma regular, para a população. Cacoal (n = 06) e Vilhena (n = 05) também apresentam 100% de forma regular a vacinação para aquelas UBS que apresentaram, durante a avaliação do PMAQ, a oferta de vacinação.

Apesar da oferta de cerca de 62,5% das UBS em Rolim de Moura, todas que ofertam a vacinação ofertam conforme o calendário vacinal, de forma regular. Porto Velho, município sede da regional Madeira-Mamoré, teve menor proporção de regularidade de oferta de vacinas, com um total de 77,2% (n = 17) das 22 UBS inclusas no PMAQ, que vai de encontro com o que foi evidenciado entre as regionais de saúde no estado.

Nas tabelas 2 e 3, tem-se discriminadas as distribuições dos materiais segundo as regiões de saúde no estado de Rondônia e os principais municípios no estado de Rondônia.

Tabela 2 - Frequência das unidades básicas de saúde com equipamentos e materiais para o atendimento em puericultura, por região de saúde, em Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017

Equipamentos e Materiais	Madeira-Mamoré (n 35)		Vale do Jamari (n 37)		Central (n 46)		Zona da Mata (n 27)		Café (n 18)		Cone Sul (n 24)		Vale do Guaporé (n 07)		Valor-p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Balança antropométrica infantil	28	80,0	31	83,7	41	89,1	17	62,9	17	94,4	21	87,5	6	85,7	0,018
Régua antropométrica infantil	22	62,8	30	81,0	32	69,5	11	40,7	15	83,3	17	70,8	7	100,0	0,000
Disponibilidade de fita métrica	29	82,8	37	100,0	45	97,8	25	92,5	18	100,0	24	100,0	7	100,0	0,007
Disponibilidade de Caderneta de Saúde da Criança	27	77,1	26	70,2	33	71,7	15	55,5	14	77,7	14	58,3	5	71,4	0,327
Disponibilidade de geladeira exclusiva para armazenamento de imunobiológicos (vacinas)	28	80	21	56,7	31	67,3	10	37,0	14	77,7	15	62,5	4	57,1	0,169

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Tabela 3 – Frequência das unidades básicas de saúde com equipamentos e materiais para o atendimento em puericultura, dos municípios sede das Regionais de Saúde do estado de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017

Equipamentos e Materiais	Porto Velho (n 23)		Ariquemes (n 10)		Ji-Paraná (n 12)		Rolim de Moura (n 08)		Cacoal (n 08)		Vilhena (n 07)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Balança antropométrica infantil	18	78,2	10	100,0	12	100,0	05	62,5	08	100,0	06	85,7
Régua antropométrica infantil	18	78,2	09	90,0	11	91,6	01	12,5	08	100,0	06	85,7
Disponibilidade de fita métrica	20	86,9	10	100,0	12	100,0	06	75,0	08	100,0	07	100,0
Disponibilidade de Caderneta de Saúde da Criança	19	82,6	10	100,0	10	83,3	02	25,0	07	87,5	05	71,4
Disponibilidade de geladeira exclusiva para armazenamento de imunobiológicos (vacinas)	20	86,9	10	100,0	11	91,6	05	62,5	06	75,0	05	71,4

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Entre as regionais de saúde, obteve-se diferença estatisticamente significativa ao se avaliar a proporção de balanças infantis, réguas infantis e fitas métricas – o que impacta na avaliação do crescimento e estado nutricional de crianças. A regional da Zona da Mata foi estatisticamente com a proporção mais baixa de balanças e réguas infantis, enquanto a regional do Vale do Guaporé foi a que teve maior proporção de réguas infantis por unidade básica de saúde, estatisticamente significativa, quando comparada às demais regionais. A regional Madeira-Mamoré apresentou a menor quantidade de fitas métricas, quando comparada com as regionais Vale do Jamari, Café, Cone Sul e Central.

A baixa oferta de cadernetas de saúde da criança entre todas as regionais de saúde não apresentou diferença significativa entre as regionais de saúde, em menos de 80% das UBS se encontrava disponível este instrumento para dispensação aos usuários. Essa realidade aparentemente não se reflete quando avaliada pelos municípios sede das regionais, como Ariquemes, onde todas as UBS tinham disponíveis exemplares da caderneta de saúde da criança, e municípios como Porto Velho, Ji-Paraná e Cacoal em mais de 80% das UBS apresentando a caderneta.

Apesar do problema da distribuição e disponibilidade de vacinas e imunobiológicos envolver questões multifatoriais, observa-se que as UBS do estado de Rondônia apresentam pouca disponibilidade de geladeiras de uso exclusivo para armazenamento de imunobiológicos, sem diferenças entre sua distribuição.

Da entrevista com os profissionais das equipes de saúde e verificação dos documentos, 289 profissionais referem que as equipes realizam puericultura para crianças até dois anos de vida, representando 78,3% das equipes participantes do PMAQ – Terceiro ciclo. A tabela 4 apresenta a distribuição dos resultados destas equipes.

Tabela 4 – Frequência das variáveis relacionadas à Atenção à Saúde da Criança, por equipe de saúde, em Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017

Variável	n	%
Protocolos voltados para crianças menores que dois anos	239	82,6
Cadastramento atualizado de crianças até dois anos no território	252	87,1
Utilização da caderneta de saúde da criança no acompanhamento	267	92,3
Espelho da caderneta ou outra ficha de registro na unidade	183	63,3
Registro de:	284	98,3
Vacinação em dia	282	97,5
Crescimento e Desenvolvimento	276	95,5
Estado nutricional	279	96,5
Teste do pezinho	280	96,8
Violência familiar	211	73,0
Acidentes	210	72,6
Nenhum dos anteriores	05	01,7
Acompanhamento de casos de violência com outros serviços (CRAS, Conselhos Tutelares)	217	75,0
Busca ativa de:	275	95,1
Crianças prematuras	240	83,0
Crianças com Baixo peso	258	89,2
Crianças com puericultura atrasada	238	82,3
Crianças com calendário vacinal atrasado	266	92,0
Não realiza busca ativa	14	04,9
Promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses	279	96,5
Ações de introdução à alimentação saudável e aleitamento materno a partir dos seis meses	281	97,2
Conhecimento e cumprimento de normas de comercialização de alimentos para lactentes e crianças na primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras	243	84,0

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Da tabela 4, evidencia-se que as equipes utilizam da caderneta de saúde da criança para realizar o acompanhamento de puericultura das crianças de seu território. Em contrapartida, há

adesão de ferramentas como espelho da caderneta de saúde da criança para registro na unidade básica de saúde foi observado em um pouco mais de 60% das equipes de saúde participantes do PMAQ.

O uso de protocolos voltados para crianças menores que dois anos, já previstos para a APS, são em 82,6% das equipes de saúde, não por todas avaliadas no PMAQ. O cadastramento atualizado de crianças no território também não foi de 100% das equipes.

Das informações registradas pelas equipes, foram levantados de forma satisfatória a avaliação da vacinação, crescimento, desenvolvimento e alimentação da criança até os dois anos de vida, apesar de não ter sido 100% das equipes, visto que são ações preconizadas para a puericultura. Nem todas as equipes apontam registros voltados para casos de violência familiar ou para acidentes.

Dentre a busca ativa de situações específicas de crianças no território das equipes, destaca-se a busca de crianças com calendário vacinal atrasado. Mesmo com dificuldades no armazenamento e oferta de vacinas, as crianças adscritas no território, que se encontravam em situação vacinal atrasada, são procuradas pelas equipes.

As ações relacionadas à amamentação e alimentação saudável nos primeiros dois anos de vida são apontadas pelas equipes do estado de Rondônia, em mais de 90% das equipes de saúde.

O Conhecimento e cumprimento de normas de comercialização de alimentos para lactentes e crianças na primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras não é de conhecimento da totalidade das equipes de saúde.

Nas tabelas 5 e 6, encontram-se distribuídas as informações conforme as regionais de saúde e os principais municípios do estado de Rondônia.

Tabela 5 – Frequência das variáveis relacionadas à Atenção à Saúde da Criança, por equipe de saúde, das regionais de Saúde do estado de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017

Variável	Madeira-Mamoré (n 54)		Vale do Jamari (n 46)		Central (n 66)		Zona da Mata (n 35)		Café (n 33)		Cone Sul (n 41)		Vale do Guaporé (n 14)		Valor -p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Protocolos voltados para crianças menores que dois anos	42	77,7	42	91,3	54	81,8	25	71,4	30	90,9	32	78,0	14	100,0	0,073
Cadastramento atualizado de crianças até dois anos no território	43	79,6	40	86,9	58	87,8	30	85,7	32	96,9	35	85,3	14	100,0	0,248
Utilização da caderneta de saúde da criança no acompanhamento	50	92,5	40	86,9	62	93,9	33	94,2	31	93,9	37	90,2	14	100,0	0,479
Espelho da caderneta ou outra ficha de registro na unidade	40	74,0	31	67,3	51	77,2	21	60,0	16	48,4	10	24,3	14	100,0	0,000
Registro de Vacinação em dia	53	98,1	46	100,0	64	96,9	34	97,1	31	93,9	40	97,5	14	100,0	0,509
Registro do Crescimento e Desenvolvimento	51	94,4	45	97,8	64	96,9	33	94,2	29	87,8	40	97,5	14	100,0	0,471
Registro do Estado nutricional	52	96,2	46	100,0	63	95,4	34	97,1	30	90,9	40	97,5	14	100,0	0,726
Registro do Teste do pezinho	52	96,2	46	100,0	64	96,9	34	97,1	31	93,9	39	95,1	14	100,0	0,719
Registro de Violência familiar	39	72,2	36	78,2	45	68,1	20	57,1	26	78,7	32	78,0	13	92,8	0,179
Registro de Acidentes	41	75,9	34	73,9	47	71,2	20	57,1	25	75,7	31	75,6	12	85,7	0,474
Nenhum dos anteriores	01	01,8	00	00,0	00	00,0	01	02,8	02	06,0	01	02,4	00	00,0	0,260

Variável	Madeira- Mamoré (n 54)		Vale do Jamari (n 46)		Central (n 66)		Zona da Mata (n 35)		Café (n 33)		Cone Sul (n 41)		Vale do Guaporé (n 14)		Valor -p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Acompanhamento de casos de violência com outros serviços (CRAS, Conselhos Tutelares)	37	68,5	33	71,7	57	86,3	25	71,4	28	84,8	31	75,6	06	42,8	0,017
Busca ativa de Crianças prematuras	45	83,3	37	80,4	54	81,8	26	74,2	30	90,9	34	82,9	14	100,0	0,222
Busca ativa de Crianças com baixo peso	48	88,8	42	91,3	58	87,8	28	80,0	32	96,9	36	87,8	14	100,0	0,160
Busca ativa de Puericultura atrasada	42	77,7	37	80,4	55	83,3	25	71,4	30	90,9	35	85,3	14	100,0	0,083
Busca ativa de Crianças com vacina atrasada	49	90,7	43	93,4	61	92,4	31	88,5	31	93,9	37	90,2	14	100,0	0,635
Não realiza busca ativa	03	05,5	03	06,5	02	03,0	03	08,5	01	03,0	02	04,8	00	00,0	0,510
Promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses	49	90,7	43	93,4	66	100,0	35	100,0	32	96,9	40	97,5	14	100,0	0,044
Ações de introdução à alimentação saudável e aleitamento materno a partir dos seis meses	54	100,0	41	89,1	65	98,4	35	100,0	32	96,9	40	97,5	14	100,0	0,016
Conhecimento e cumprimento de normas de comercialização de alimentos para lactentes e crianças na primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras	47	87,0	38	82,6	58	87,8	27	77,1	28	84,8	31	75,6	14	100,0	0,300

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Tabela 6 - Frequência das variáveis relacionadas à Atenção à Saúde da Criança por equipe de saúde, dos municípios sede das Regionais de Saúde do estado de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017

Variável	Porto Velho (n 35)		Ariquemes (n 15)		Ji-Paraná (n 26)		Rolim de Moura (n 12)		Cacoal (n 17)		Vilhena (n 22)	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
	Protocolos voltados para crianças menores que dois anos	34	97,1	15	100,0	26	100,0	8	66,6	16	94,1	20
Cadastramento atualizado de crianças até dois anos no território	32	91,4	15	100,0	25	96,1	11	91,6	16	94,1	21	95,4
Utilização da caderneta de saúde da criança no acompanhamento	32	91,4	14	93,3	26	100,0	12	100,0	16	94,1	21	95,4
Espelho da caderneta ou outra ficha de registro na unidade	27	77,1	12	80,0	25	96,1	05	41,6	10	58,8	03	13,6
Registro de Vacinação em dia	35	100,0	15	100,0	26	100,0	11	91,6	17	100,0	22	100,0
Registro do Crescimento e Desenvolvimento	33	94,2	14	93,3	25	96,1	11	91,6	16	94,1	22	100,0
Registro do Estado nutricional	34	97,1	15	100,0	24	92,3	11	91,6	17	100,0	22	100,0
Registro do Teste do pezinho	35	100,0	15	100,0	25	96,1	11	91,6	17	100,0	22	100,0
Registro de Violência familiar	29	82,8	14	93,3	19	73,0	09	75,0	14	82,3	17	77,2
Registro de Acidentes	30	85,7	14	93,3	20	76,9	09	75,0	16	94,1	17	77,2
Nenhum dos anteriores	00	00,0	00	00,0	00	00,0	01	08,3	00	00,0	00	00,0

Variável	Porto Velho (n 35)		Ariquemes (n 15)		Ji-Paraná (26)		Rolim de Moura (n 12)		Cacoal (n 17)		Vilhena (n 22)	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Acompanhamento de casos de violência com outros serviços (CRAS, Conselhos Tutelares)	26	74,2	13	86,6	25	96,1	09	75,0	14	82,3	17	77,2
Busca ativa de Crianças prematuras	31	88,5	15	100,0	25	96,1	10	83,3	15	88,2	20	90,9
Busca ativa de Crianças com baixo peso	32	91,4	15	100,0	26	100,0	11	91,6	16	94,1	20	90,9
Busca ativa de Puericultura atrasada	31	88,5	15	100,0	22	84,6	10	83,3	16	94,1	20	90,9
Busca ativa de Crianças com vacina atrasada	34	97,1	15	100,0	24	92,3	11	91,6	16	94,1	20	90,9
Não realiza busca ativa	01	02,8	00	00,0	00	00,0	00	00,0	01	05,8	01	04,5
Promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses	32	91,4	15	100,0	26	100,0	12	100,0	17	100,0	22	100,0
Ações de introdução à alimentação saudável e aleitamento materno a partir dos seis meses	35	100,0	15	100,0	25	96,1	12	100,0	16	94,1	22	100,0
Conhecimento e cumprimento de normas de comercialização de alimentos para lactentes e crianças na primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras	34	97,1	15	100,0	25	96,1	11	91,6	15	88,2	19	86,3

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Ao analisar a avaliação externa das equipes de saúde, identifica-se a baixa utilização de espelhos da caderneta de saúde da criança ou outra ficha de registro na unidade, que pode estar associada ao excesso de demandas ou atividades a se desempenhar na rotina de atendimentos da UBS, e, em especial, durante a puericultura. Os profissionais das equipes de saúde apontam utilizarem-se das cadernetas de saúde da criança para apontamento dos registros. Ao comparar o registro em fichas de espelho do atendimento de puericultura, a regional do Cone Sul foi, estatisticamente, a que apresentou o menor número de registros (24,3%), não tendo diferença somente quando comparada à regional do Café (48,4%). As regionais do Vale do Guaporé, Madeira-Mamoré e Central foram as que as equipes mais referiram ter ficha espelho quando comparada às demais regionais.

As ações de promoção do aleitamento materno exclusivo e introdução alimentar e aleitamento materno a partir dos seis meses tiveram bom desempenho entre as equipes e respectivas regionais de saúde. Ao se comparar as ações para o aleitamento materno exclusivo, a regional Madeira-Mamoré apresentou menor proporção quando comparada com as regiões Central, Zona da Mata e Cone Sul, que apresentaram ações na totalidade de equipes. Nas ações com relação à alimentação saudável a partir dos seis meses, a regional do Vale do Jamari se apresenta deficitária, sendo estatisticamente inferior às regionais Madeira-Mamoré, Zona da Mata, Vale do Guaporé, que atingem 100% das suas equipes, assim como a Central, que atinge 98,4%.

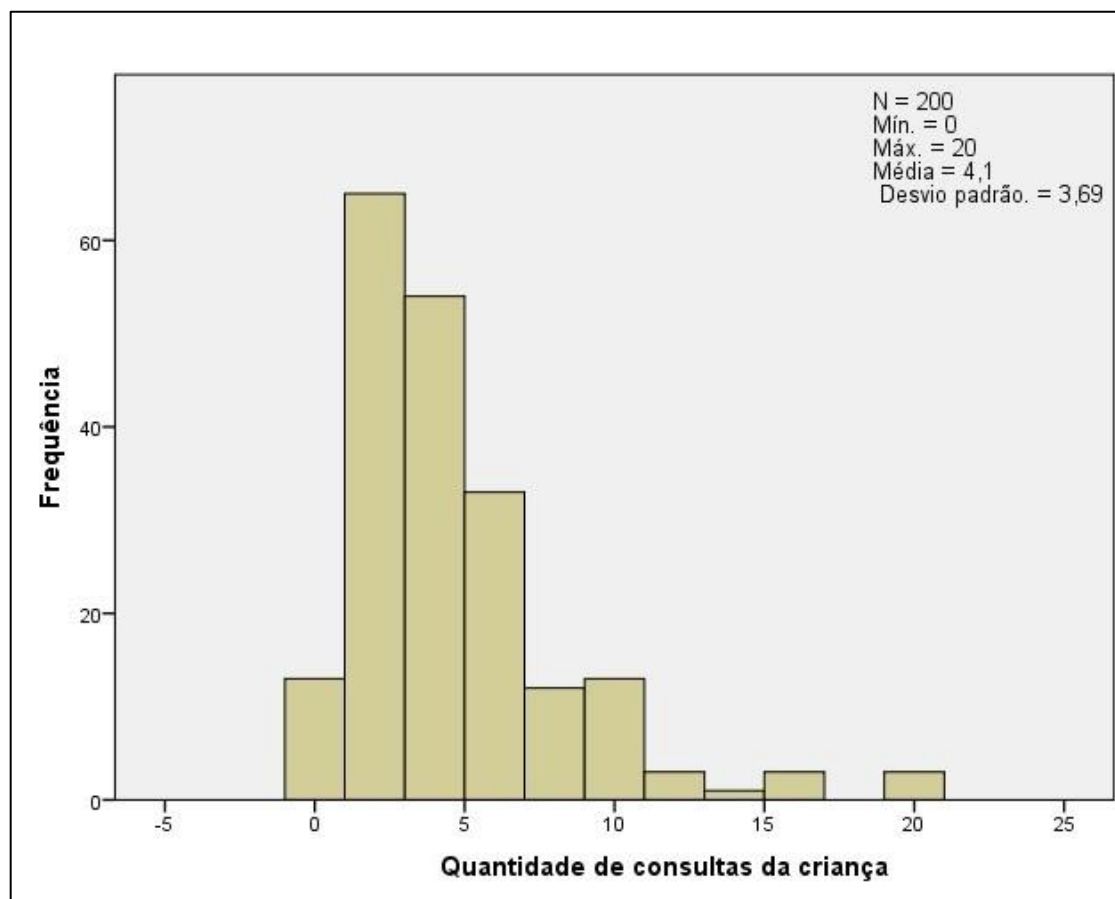
Sobre o acompanhamento dos casos de violência com os outros pontos de assistência na rede intra e intersetorial de enfrentamento à violência, quando comparada entre as regionais, a do Vale do Guaporé é inferior às demais, não havendo diferença estatística com a regional Madeira-Mamoré. A regional Central apresentou o maior índice de acompanhamento desses tipos de casos. Essa falha pode ser reflexo dos poucos registros de casos de violências e acidentes, pelas equipes de saúde, quando comparado aos demais pontos de avaliação na rotina da puericultura.

Dentre os municípios, destaca-se que as equipes de saúde de Rolim de Moura apresentam, em média, as proporções mais baixas quando analisados de uma forma global.

Dentre os usuários entrevistados para a avaliação externa do PMAQ – Terceiro ciclo, aqueles aptos para responder as perguntas relativas ao cuidado de condições em saúde da criança foram os que tinham crianças filho ou filha de até dois anos de idade (24 meses de vida). Dos 1105 usuários, a amostra final é de 20,1 %, representando um total de 223 usuários.

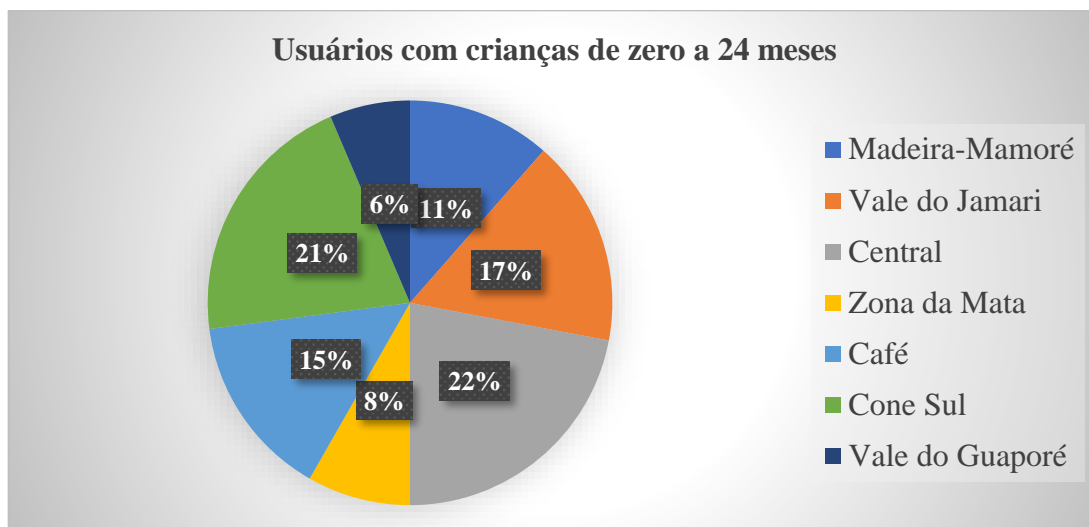
A média de idade, em meses, das crianças dos usuários entrevistados é de nove meses e vinte dias, variando entre zero a 24 meses de vida. A média de consultas realizadas pelas equipes de saúde para essas crianças foi de quatro consultas. A figura 1 distribui a quantidade de consultas no geral para crianças no estado de Rondônia. As figuras 2 e 3 apresentam a proporção dos usuários com crianças de zero a 24 meses por regional de saúde, e a distribuição das idades das crianças por regional. A tabela 7 apresenta a média de idade, em meses, e de consultas nos principais municípios do estado de Rondônia.

Figura 1 - Distribuição da quantidade de consultas das crianças de zero a 24 meses, no estado de Rondônia, segundo o PMAQ – 3º ciclo, 2017



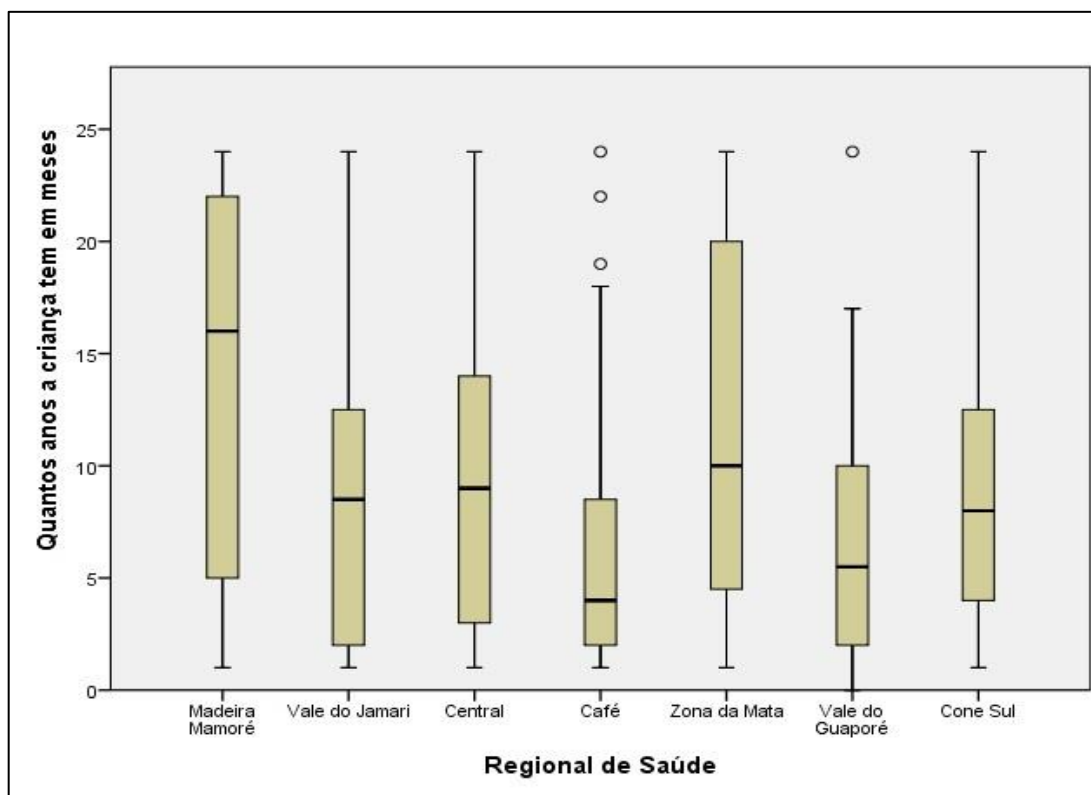
Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Figura 2 - Distribuição dos usuários com crianças acompanhadas pelas equipes de saúde, por regional de saúde, no estado de Rondônia, segundo o PMAQ – 3º ciclo, 2017



Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Figura 3 - Distribuição das idades, em meses, das crianças acompanhadas pelas equipes de saúde, no estado de Rondônia, segundo o PMAQ – 3º ciclo, 2017



Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Tabela 7 - Distribuição das médias de idade das crianças e de consultas dos usuários entrevistados com crianças de zero a 24 meses, por regional de saúde, dos municípios sede do estado de Rondônia, segundo o PMAQ – 3º ciclo, 2017

Localidade	Média da Idade (em meses)	Média de número de consultas
Porto Velho	14	6,2
Ariquemes	11	2,8
Ji-Paraná	12	3,6
Rolim de Moura	15	4,0
Cacoal	07	2,8
Vilhena	08	3,8

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Ao se comparar as regionais conforme a distribuição da proporção de usuários com crianças de zero a 24 meses, observa-se que as regionais do Café e do Cone Sul são, estatisticamente, as regionais com maiores proporções de usuários que tinham crianças elegíveis para responder as perguntas relativas aos cuidados de saúde da criança do PMAQ.

A média de idade das crianças da regional Madeira-Mamoré foi estatisticamente maior quando comparada com as demais regionais de saúde. A da regional do Café foi a que apresentou a menor média de idade, entre zero e 5 meses, tendo diferença estatística inclusive com a regional da Zona da Mata. Ao observar as médias de idade dos municípios sede das regionais de saúde do estado, são equivalentes às suas regionais de saúde.

A tabela 8 apresenta os resultados referentes à atenção à saúde da criança da entrevista com os usuários.

Tabela 8 - Frequência das variáveis relacionadas à atenção à Saúde da Criança por usuários entrevistados, em Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017

Variáveis	n	%
Consulta na 1ª semana de vida	119	53,3
Teste do pezinho na 1ª semana de vida	215	96,4
Vacinação atualizada	219	98,2
Motivos para a vacinação desatualizada	04	07,8
Na unidade não tem ou está em falta	03	75,0
A criança nunca recebeu	01	25,0
Busca ativa por crianças com vacinação desatualizada	00	00,0
Local para realização de vacinação na criança	220	98,6
Na unidade básica de saúde	135	60,5
Em outra unidade básica de saúde	60	26,9
Clínica particular	03	01,3
Outro lugar	22	09,8
Quantidade de consultas que a criança fez até o momento da avaliação	200	89,6
Nenhuma consulta	13	05,8
1 – 5 consultas	138	61,8
6 – 7 consultas	24	10,7
8 – 9 consultas	04	01,7
Mais que 9 consultas	21	09,4
Não sabe / não lembra	23	10,3
Consulta para criança na unidade	210	94,1
Atendimento pelo mesmo profissional	149	70,9
Agendamento de consulta	98	46,6
Perguntas ou observações sobre o desenvolvimento	171	81,4
Orientações sobre alimentação até os dois anos de vida	173	77,5

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

A partir da opinião dos usuários entrevistados, destaca-se positivamente a estratégia da vacinação, atualizada em 98,2% das crianças dos usuários entrevistados. Quando apontada

o local da realização, encontra-se que mais da metade dos usuários buscam a unidade de referência, enquanto os demais procuram em outras localidades. Outra estratégia bem-sucedida é a realização do teste do pezinho até sétimo dia de vida.

Em relação às consultas realizadas pela equipe de saúde na visão dos usuários, pouco mais da metade dos usuários (53,3%) apontam ter sido realizada a consulta na primeira semana de vida. A maioria das crianças, de zero a dois anos de idade, realizaram de uma a cinco consultas com a equipe de saúde. Observa-se que 5,8% dos usuários apontam ter realizado nenhuma consulta. Vale ressaltar que, na amostra, estavam inclusos usuários cadastrados e cobertos pelas equipes de saúde.

Sobre a consulta na unidade, o atendimento pelo mesmo profissional da equipe foi apontado por aproximadamente 70% dos usuários, e que o agendamento para as consultas consecutivas, somente 46% dos usuários referiram ter sido apontado ou orientado.

Chama a atenção que a orientação para aleitamento materno e alimentação saudável nos primeiros dois anos de vida, medida que exige tecnologias leves e de baixa complexidade, foi referida por 77,5% dos usuários.

As tabelas 9 e 10 discriminam as informações dos usuários sobre a atenção à saúde da criança conforme as regionais de saúde e os principais municípios do estado de Rondônia.

Tabela 9 - Frequência das variáveis em relação à atenção à Saúde da Criança dos usuários entrevistados, por Regional de Saúde no estado de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017

Variáveis	Madeira-Mamoré (n 25)		Vale do Jamari (n 36)		Central (n 48)		Zona da Mata (n 18)		Café (n 32)		Cone Sul (n 45)		Vale do Guaporé (n 14)		Valor-p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Consulta na 1ª semana de vida	09	36,0	14	38,8	24	50,0	09	50,0	19	59,3	32	71,1	08	57,1	0,029
Teste do pezinho na 1ª semana de vida	23	92,0	35	97,2	47	97,9	18	100,0	31	96,8	43	95,5	13	92,8	0,707
Vacinação atualizada	25	100,0	36	100,0	44	91,6	18	100,0	32	100,0	45	100,0	14	100,0	0,038
Vacinação desatualizada	00	00,0	00	00,0	04	08,3	00	00,0	00	00,0	00	00,0	00	00,0	-
Na UBS não tem/está em falta	-	-	-	-	03	06,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A criança nunca recebeu	-	-	-	-	01	02,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Local de vacinação	25	100,0	36	100,0	47	97,9	18	100,0	32	100,0	45	100,0	14	100,0	0,038
Na UBS do território	20	80,0	19	52,7	28	58,3	09	50,0	20	62,5	29	64,4	09	64,2	-
Em outra UBS	03	12,0	14	38,8	10	20,8	04	22,2	10	31,2	12	26,6	03	21,4	-
Clínica particular	02	08,0	00	00,0	00	00,0	00	00,0	01	03,1	00	00,0	00	00,0	-
Outro lugar	00	00,0	03	08,3	08	16,6	05	27,7	00	00,0	04	08,8	01	07,1	-
Não lembra/não sabe	00	00,0	00	00,0	01	02,0	00	00,0	01	03,1	00	00,0	00	00,0	-

Variáveis	Madeira- Mamoré (n 25)		Vale do Jamari (n 36)		Central (n 48)		Zona da Mata (n 18)		Café (n 32)		Cone Sul (n 45)		Vale do Guaporé (n 14)		Valor-p
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	
Quantidade de consultas	18	72,0	32	88,8	37	77,0	18	100	26	81,2	41	91,1	11	78,5	0,585
Nenhuma consulta	01	04,0	01	02,7	04	08,3	00	00,0	04	12,5	01	02,2	02	14,2	-
1 – 5 consultas	13	52,0	22	61,1	26	54,1	14	77,7	19	59,3	31	68,8	09	64,2	-
6 – 7 consultas	02	08,0	06	16,6	03	06,2	02	11,1	03	09,3	07	15,5	01	07,1	-
8 – 9 consultas	00	00,0	01	02,7	01	02,0	00	00,0	01	03,1	01	02,2	00	00,0	-
Mais que 9 consultas	03	12,0	03	08,3	07	14,5	02	11,1	03	09,3	02	04,4	01	07,1	-
Não sabe / não lembra	06	24,0	03	08,3	07	14,5	00	00,0	02	06,2	03	06,6	01	07,1	-
Atendimento pelo mesmo profissional	13	52,0	21	58,3	28	58,3	12	66,6	21	65,6	37	82,2	11	78,5	0,100
Agendamento de consulta	11	44,0	13	36,1	18	37,5	06	33,3	16	50,0	21	46,6	09	64,2	0,107
Perguntas ou observações sobre o desenvolvimento	16	64,0	26	72,2	37	77,0	15	83,3	24	75,0	37	82,2	12	85,7	0,354
Orientações sobre alimentação até os dois anos de vida	19	76,0	21	58,3	35	72,9	15	83,3	26	81,2	39	86,6	14	100	0,022

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Tabela 10 - Frequência das variáveis em relação à atenção à Saúde da Criança dos usuários entrevistados, dos municípios sede das regionais de saúde do estado de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017

Variáveis	Porto Velho (n 19)		Ariquemes (n 10)		Ji-Paraná (n 09)		Rolim de Moura (n 08)		Cacoal (n 18)		Vilhena (n 24)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Consulta na 1ª semana de vida	07	36,8	03	30,0	05	55,5	05	62,5	12	66,6	18	75,0
Teste do pezinho na 1ª semana de vida	17	89,4	10	100,0	09	100,0	08	100,0	17	94,4	23	95,8
Vacinação atualizada	19	100,0	10	100,0	09	100,0	08	100,0	18	100,0	24	100,0
Local para realização de vacinação	19	100,0	10	100,0	09	100,0	08	100,0	18	100,0	24	100,0
Na unidade básica de saúde	15	78,9	07	70,0	05	55,5	07	87,5	12	66,6	15	62,5
Em outra unidade básica de saúde	02	10,5	03	30,0	03	33,3	01	12,5	04	22,2	07	29,1
Clínica particular	02	10,5	00	00,0	00	00,0	00	00,0	01	5,55	00	00,0
Outro lugar	00	00,0	00	00,0	00	00,0	00	00,0	00	00,0	02	08,3
Não lembra/não sabe	00	00,0	00	00,0	01	11,1	00	00,0	01	5,55	00	00,0
Quantidade de consultas por criança	14	73,6	08	80,0	06	66,6	08	100,0	14	77,7	22	91,6
Nenhuma consulta	00	00,0	00	00,0	00	00,0	00	00,0	03	16,6	01	04,1
1 – 5 consultas	09	47,3	07	70,0	06	66,6	06	75,0	10	55,5	17	70,8
6 – 7 consultas	02	10,5	01	10,0	00	00,0	01	12,5	02	11,1	03	12,5
8 – 9 consultas	00	00,0	00	00,0	00	00,0	00	00,0	01	5,55	01	04,1
Mais que 9 consultas	03	15,7	00	00,0	00	00,0	01	12,5	01	5,55	01	04,1
Não sabe / não lembra	05	26,3	02	20,0	03	33,3	00	00,0	01	5,55	01	04,1

Variáveis	Porto Velho (n 19)		Ariquemes (n 10)		Ji-Paraná (n 09)		Rolim de Moura (n 08)		Cacoal (n 18)		Vilhena (n 24)	
	n	%	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n
Atendimento pelo mesmo profissional	11	57,8	03	30,0	06	66,6	07	87,5	11	61,1	19	79,1
Agendamento de consulta	10	52,6	02	20,0	04	44,4	03	37,5	09	50,0	14	58,3
Perguntas ou observações sobre o desenvolvimento	14	73,6	06	60,0	08	88,8	07	87,5	12	66,6	20	83,3
Orientações sobre alimentação até os dois anos de vida	16	84,2	08	80,0	06	66,6	06	75,0	15	83,3	22	91,6

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Uma avaliação positiva apresentada nos dados coletados pela avaliação externa do PMAQ é que as estratégias como a vacinação e o teste do pezinho, tem cobertura satisfatória sob a ótica dos usuários, sendo apontada a realização adequada por mais de 90% dos usuários entrevistados. A vacinação atualizada foi estatisticamente significativa quando comparada a regional Central com as demais regionais, visto que essa foi a única regional que os usuários não referem 100% das crianças com vacinação atualizada.

Em contrapartida, em relação às orientações sobre alimentação até os dois anos de idade, fica evidenciado que a regional Vale do Jamari é a que apresenta o pior desempenho, sendo significativo quando comparada às regionais do Vale do Guaporé, Cone Sul e Zona da Mata.

A tabela 11 apresenta informações sobre as ações que a equipe de saúde desenvolve, assim como o local de realização, conforme apontaram os 119 usuários que receberam essa orientação na consulta da primeira semana de vida. As tabelas 12 e 13 estão com as distribuições conforme as regionais de saúde e os principais municípios do estado de Rondônia.

Tabela 11 - Frequência das variáveis em relação à atenção à Saúde da Criança, por usuários entrevistados, das ações desenvolvidas na consulta de primeira semana de vida, em Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017

Variável	N	%
Local da consulta de 1ª semana de vida	119	100%
No domicílio	14	11,7
Na unidade básica de saúde	78	65,5
Em outra unidade básica de saúde	13	10,9
Em clínica particular	2	1,6
Em hospital particular	5	4,2
Outro serviço	7	5,8
Realização da pesagem da criança	97	81,5
Realização da medição da criança	96	80,6
Avaliação da amamentação da criança	78	65,6
Avaliação do umbigo da criança	89	74,7
Avaliação do registro de nascimento	95	79,8
Orientação sobre a posição adequada para a criança dormir	74	62,1
Entrega da caderneta de saúde da criança	82	68,9

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Tabela 12 - Frequência das variáveis em relação à atenção à Saúde da Criança, por usuários entrevistados, das ações desenvolvidas na consulta de primeira semana de vida, conforme as regionais de saúde do estado de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017

Variável	Madeira-Mamoré (n 09)		Vale do Jamari (n 14)		Central (n 24)		Zona da Mata (n 09)		Café (n 19)		Cone Sul (n 32)		Vale do Guaporé (n 08)		Valor-p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Consulta da 1ª semana de vida	09	100,0	14	100,0	24	100,0	09	100,0	19	100,0	32	100,0	08	100,0	0,029
No domicílio	01	11,1	00	00,0	03	12,5	00	00,0	04	21,0	04	12,5	02	25,0	-
Na UBS	06	66,6	08	57,1	18	75,0	09	100	10	52,6	21	65,6	03	37,5	-
Em outra UBS	02	22,2	01	07,1	01	04,1	00	00,0	02	10,5	05	15,6	01	12,5	-
Em clínica particular	00	00,0	01	07,1	00	00,0	00	00,0	01	05,2	00	00,0	00	00,0	-
Em hospital particular	00	00,0	03	21,4	01	04,1	00	00,0	00	00,0	01	03,1	00	00,0	-
Outro serviço	00	00,0	01	07,1	01	04,1	00	00,0	02	10,5	01	03,1	02	25,0	-
Realização da pesagem da criança	08	88,8	08	57,1	21	87,5	08	88,8	14	73,6	29	90,6	05	62,5	0,854
Realização da medição da criança	08	88,8	07	50,0	20	83,3	09	100	14	73,6	29	90,6	05	62,5	0,580
Avaliação da amamentação da criança	07	77,7	04	28,5	18	75,0	07	77,7	12	63,1	24	75,0	04	50,0	0,632

Variável	Madeira- Mamoré (n 09)		Vale do Jamari (n 14)		Central (n 24)		Zona da Mata (n 09)		Café (n 19)		Cone Sul (n 32)		Vale do Guaporé (n 08)		Valor-p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Avaliação do registro de nascimento	07	77,7	08	57,1	20	83,3	09	100,0	14	73,6	29	90,6	05	62,5	0,500
Orientação sobre a posição adequada para a criança dormir	06	66,6	07	50,0	16	66,6	05	55,5	12	63,1	22	68,7	04	50,0	0,729
Entrega da caderneta de saúde da criança	08	88,8	05	35,7	22	91,6	08	88,8	12	63,1	23	71,8	02	25,0	0,023

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Tabela 13 - Frequência das variáveis em relação à atenção à Saúde da Criança, por usuários entrevistados, das ações desenvolvidas na consulta de primeira semana de vida, nos principais municípios de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017

Variável	Porto Velho (n 07)		Ariquemes (n 03)		Ji-Paraná (n 05)		Rolim de Moura (n 05)		Cacoal (n 12)		Vilhena (n 18)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Local da consulta da 1ª semana de vida	07	100,0	03	100,0	05	100,0	05	100,0	12	100,0	18	100,0
No domicílio	01	14,2	00	00,0	01	20,0	00	00,0	01	08,3	02	11,1
Na unidade básica de saúde	04	57,1	03	100,0	03	60,0	05	100,0	07	58,3	13	72,2
Em outra unidade básica de saúde	02	28,5	00	00,0	01	20,0	00	00,0	01	08,3	02	11,1
Em clínica particular	00	00,0	00	00,0	00	00,0	00	00,0	01	08,3	00	00,0
Em hospital particular	00	00,0	00	00,0	00	00,0	00	00,0	00	00,0	01	05,5
Outro serviço	00	00,0	00	00,0	00	00,0	00	00,0	02	16,6	00	00,0
Realização da pesagem da criança	07	100,0	03	100,0	04	80,0	04	80,0	09	75,0	16	88,8
Realização da medição da criança	07	100,0	03	100,0	04	80,0	05	100,0	09	75,0	16	88,8
Avaliação da amamentação da criança	07	100,0	02	66,6	03	60,0	05	100,0	07	58,3	14	77,7
Avaliação do umbigo da criança	06	85,7	03	100,0	04	80,0	05	100,0	08	66,6	15	83,3
Avaliação do registro de nascimento	06	85,7	03	100,0	04	80,0	05	100,0	08	66,6	16	88,8
Orientação sobre a posição para dormir	06	85,7	03	100,0	03	60,0	04	80,0	07	58,3	12	66,6
Entrega da caderneta de saúde da criança	06	85,7	03	100,0	05	100,0	04	80,0	06	50,0	13	72,2

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

A consulta da primeira semana de vida do recém-nascido é uma estratégia que atingiu aproximadamente 50% dos usuários entrevistados, tendo maior proporção para regional do Cone Sul. O principal local de realização dessa consulta é na própria UBS de referência dos usuários. Ao se comparar a realização de consulta na primeira semana de vida das crianças dos usuários entrevistados, encontra-se diferença estatisticamente significativa entre a regional do Cone Sul em relação às regionais Central, Vale do Jamari e Madeira-Mamoré.

Observa-se que as medidas de orientação de cuidados e educação em saúde, como a avaliação e orientação para a amamentação, condições do umbigo e posição para dormir, não atingem mais de 20% dos usuários. Sobre a entrega da caderneta de saúde, observa-se que 68,9% dos usuários referem ter recebido na primeira semana de vida. Ao comparar entre as regionais, a regional Central é a que apresenta a maior proporção de usuários que receberam a caderneta nesse primeiro encontro.

A macrorregião que engloba o norte do estado – Madeira-Mamoré, Vale do Jamari e Central, foram as que menos apresentaram a realização da estratégia de visita domiciliar ao recém-nascido na primeira semana de vida – por vezes, sem a realização da visita domiciliar, como ocorre na regional do Vale do Jamari e Central. A regional do Vale do Jamari é a que apresentou menor proporção de realização das atividades inerentes à primeira semana de vida.

Ao avaliar os principais municípios do estado de Rondônia, Cacoal foi o município que apresentou as menores proporções da realização das atividades da consulta da criança na primeira semana de vida – pesagem, medição, avaliação da mamada, condições do umbigo, orientação sobre posição de dormir, resgate do registro de nascimento e entrega da caderneta de saúde da criança.

7. DISCUSSÃO

Os resultados apontam que as ações voltadas para a saúde da criança, como a orientação para amamentação e alimentação, se encontram fragilizadas, com uma baixa cobertura desses pelas equipes de saúde da família em concordância com o que os usuários apontam. Damasceno e colaboradores (2016) apontam que a ESF é a principal estratégia para vigilância de saúde infantil, devido à adoção de instrumentos como monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança, incentivo ao aleitamento materno e alimentação saudável, e imunização, mas que ainda prevalece o atendimento individual, com visão biomédica e pautada na queixa-conduta, não atendendo integralmente às necessidades das crianças e suas famílias.

Damasceno e colaboradores (2016) também apontam que a maioria das unidades dispõe apenas de balança, fita métrica, régua e termômetro para desenvolver o atendimento voltado à criança, porém carecendo de ambiência para o atendimento. Pedraza (2016) aponta que a escassez de estrutura de saúde pode ter um efeito negativo no monitoramento de crianças e adolescentes. No estudo, apesar de apresentar falta de materiais como a régua antropométrica, ou oferta irregular de imunobiológicos, não está prejudicada a avaliação antropométrica das crianças, tanto na visão do profissional como dos usuários, nem a cobertura e acompanhamento da vacinação na visão dos atores.

A puericultura é pautada na educação em saúde, e observa-se que, domínios como a amamentação e alimentação, assim como a exploração do desenvolvimento na infância e cuidados com o recém-nascido, não estão sendo trabalhados adequadamente, tanto na visão das equipes de saúde como dos usuários.

Devido à predominância do modelo biomédico no atendimento à puericultura, observa-se que o crescimento se apresenta como uma das principais atividades desenvolvidas no âmbito das unidades de saúde por estar ligado aos fatores biológicos, comumente priorizados, enquanto o desenvolvimento pode estar sendo mascarado pela abordagem simultânea com o crescimento, e por vezes não apresentando registros nas cadernetas de saúde da criança (SAMELLI et al, 2019).

Em relação à nutrição, Pedraza (2016) em sua revisão apontam que a deficiência no treinamento de profissionais de saúde da ESF são um dos maiores fatores limitantes na vigilância nutricional em municípios brasileiros. Palombo e colaboradores (2018), no seu

estudo em uma cidade no interior de São Paulo, aponta déficit do conhecimento na interpretação dos índices antropométricos e manejo clínico nutricional entre 83 profissionais de saúde da família, e Samelli e colaboradores (2019), ao analisar a rede de cuidado para bebês de risco na região oeste do município de São Paulo, reforçam baixa oferta de programas de suplementação nutricional para a estratégia, dentre os 81 profissionais, afetando assim em seu julgamento clínico.

Santos e colaboradores (2018) e Palombo e colaboradores (2018) apontam que, para amamentação, apesar das capacitações e educação permanente voltadas aos profissionais de saúde, ainda apresenta lacuna e profissionais de saúde ainda não se sentem preparados para orientação e avaliação da amamentação exclusiva e total na infância.

Enloft e colaboradores (2018) completam que a educação materna e seu empoderamento, bem como o fortalecimento dos sistemas de saúde, apresentam-se como fatores para projeção de intervenções mais eficazes na saúde infantil, particularmente na questão da amamentação e da alimentação complementar.

Ao olhar para o trabalho de educação em saúde e orientação da puericultura, exemplificados no PMAQ através das orientações para a amamentação e alimentação saudável, assim como, na consulta da primeira semana de vida, orientações para condições do umbigo e posição para dormir, percebe-se a pouca recordação dos usuários para essas ações. No modelo biomédico, observa-se o profissional de saúde como detentor do conhecimento, e a família como receptor de informações, reforçando assim relações assimétricas de subordinação. Essas ações de âmbito educativo e preventivo periféricas, com foco na assistência médica individual interferindo no processo de empoderamento e cuidado da família para a criança e fragilidade na construção de vínculos e o desenvolvimento do cuidado compartilhado (DAMASCENO et al, 2016; ENLOFT et al, 2018).

Por outro lado, a vacinação é um dos domínios com melhor cobertura, tanto pelo monitoramento das equipes de saúde da família e pelo olhar dos usuários de saúde, inclusive com a manutenção conforme o calendário vacinal, apesar da oferta de imunobiológicos estar aquém do desejado pelo Ministério da Saúde. Outra estratégia efetiva está na realização da triagem neonatal – teste do pezinho, com cobertura em mais de 90% das equipes e usuários, mas com necessidade de reforçar a importância da realização na primeira semana de vida.

Santos e colaboradores (2018), em seu estudo em 115 unidades de APS, em três municípios do Brasil, sendo dois na Região Sul (Cascavel e Londrina, Paraná), e um na Região

Nordeste (João Pessoa, capital do Estado da Paraíba), envolvendo 1484 usuários, apresentam sucessos para ações de vacinação e triagem neonatal, justificadas pela melhoria na oferta das atividades como a imunização na atenção primária a saúde, seja por unidades em ESF como nas tradicionais.

Para as ações em Saúde da Criança, observa-se programas que fortaleceram suas estratégias devidos aos investimentos na área ao longo dos anos, no Brasil, como a própria Estratégia Saúde da Família, o Programa Nacional de Imunizações, Programa Nacional de Triagem Biológica, ampliando o acesso aos serviços e incrementando ações de prevenção e promoção, impactaram diretamente na redução da mortalidade infantil (CRUZ et al, 2019).

Em relação às situações de violências e acidentes, observa-se poucos registros por parte das equipes de saúde, sendo questionado se há subdiagnóstico ou subnotificação dos casos, ou ausência da ocorrência destes problemas. Egry e colaboradores (2016) apontam que há dificuldades para o reconhecimento de que existe a violência, e que, em estudos na região metropolitana de São Paulo, com 22 profissionais de saúde da APS, apresentam que o não enfrentamento dessas situações se dá por medo do contexto de narcotráfico no território, gerando medo e insegurança; sentem-se ameaçados e não reportam os casos de violência; consideram o âmbito familiar como privado e portanto não passível de intervenção – o que pode interferir no acompanhamento desses casos na rede intrasetorial da saúde assim como nos demais setores de assistência aos casos de violência.

Carlos e colaboradores (2016), em um estudo qualitativo com profissionais da APS e famílias envolvidas com violência contra crianças e adolescentes, no interior do estado de São Paulo, apontam que as redes de apoio são fragilizadas e apontam lacunas, tanto para os profissionais, no que tange ao preparo para o seguimento e a organização dos serviços, como para os usuários, pela falta de acolhimento, não somente da criança ou adolescente vítima, mas como da família. As reflexões apresentadas podem ser as explicações para a dificuldade das equipes de saúde da APS realizarem o acompanhamento interdisciplinar.

Apesar do PMAQ não apresentar uma avaliação, do ponto de vista dos usuários, sobre a abordagem às crianças, adolescentes e famílias em situação de violência, pode-se levantar algumas barreiras que poderiam interferir nesses casos: rotatividade de profissionais e dificuldade para o acesso aos serviços de saúde e falta da integração da rede de serviços.

Como a puericultura é uma estratégia de cuidado contínuo e programado na atenção primária a saúde, precisa ser avaliada questões apontadas na avaliação externa, como a

rotatividade de médicos no atendimento às crianças, atendimento por um mesmo profissional, assim como a falta de agendamento ou planejamento para o cuidado contínuo do usuário, que acaba por romper com a integralidade do cuidado e na construção de vínculo com a criança e sua família. Ao recordar os atributos da atenção primária, observa-se fragilidade do atributo de longitudinalidade do cuidado.

A longitudinalidade e integralidade do cuidado são atributos da atenção primária à saúde. Coutinho e colaboradores (2020), em seu estudo, apresentam 344 usuários na Paraíba e 531 usuários no Paraná apontando uma boa experiência de cuidados com ações derivadas daqueles atributos, principalmente pela relação dos profissionais e o conhecimento da situação de saúde da criança. A longitudinalidade permite diagnósticos e tratamentos mais precisos, maior resolutividade em nível da APS, e, em se tratando de criança, maior interação com a família (DAMASCENO et al, 2016).

Para esse acompanhamento a longo prazo, identifica-se dois problemas, tanto do ponto de vista dos profissionais, como dos usuários: a limitação para acesso às Cadernetas de Saúde da Criança e a falta de registro em espelho, prontuário ou fichas similares pelas equipes de saúde.

A caderneta de saúde da criança tem por objetivo promover maior envolvimento da família no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, mas hoje associada somente a melhores taxas de imunização. Possui informações destinadas tanto às famílias como aos profissionais de saúde, da gravidez, parto, nascimento e durante o acompanhamento da criança, e estudos como de Amorim e colaboradores (2018), realizado em Belo Horizonte – MG, assim como de Costa e colaboradores (2014), realizado no interior do estado do Piauí, apresentam deficiências no preenchimento desse instrumento.

O Ministério da Saúde aponta como fundamental o uso da caderneta de saúde da criança para registrar as principais informações sobre a saúde da criança, sendo elemento preconizado por políticas públicas voltadas à saúde integral das crianças, incluindo a APS (AMORIM et al, 2018). Há também a necessidade de sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para promover a valorização e o preenchimento de forma adequada do instrumento, para que assim cumpra com seus objetivos e garanta a integralidade do cuidado (COSTA et al, 2014; AMORIM et al, 2018).

Neste estudo, nota-se que, a baixa disponibilidade da caderneta de saúde da criança interfere diretamente nos resultados para distribuição e entrega de cadernetas para as famílias,

como apontado nos dados apresentados para a Zona da Mata do estado de Rondônia, por exemplo. Um momento oportuno para a entrega dessas cadernetas de saúde da criança é nas maternidades ou na visita domiciliar realizada pelas equipes de saúde na APS. O município de Cacoal, também, foi o que apresentou menor proporção de cadernetas, assim como, na fala dos usuários, o menor recebimento deste instrumento na consulta da primeira semana de vida.

Damasceno e colaboradores (2016) apontam que a visita domiciliar é um facilitador de acesso à ESF, porém não foi evidenciado entre as ações das equipes de saúde no estado de Rondônia, visto a ausência da estratégia da visita domiciliar na primeira semana de vida entre a maioria das equipes. Santos e colaboradores (2019) salientam a importância da visita domiciliar para o estímulo à participação ativa das famílias na vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil.

Frente à rotatividade dos profissionais no atendimento às crianças, há a fragilidade no estabelecimento de vínculo. A vinculação do usuário aos serviços depende diretamente do conhecimento do nome do médico, motivação da consulta e suas implicações (DAMASCENO et al, 2016; SANTOS et al, 2019).

Na ESF, há a regularidade de atendimento pelo mesmo profissional, com estabelecimento de vínculo dos usuários com a equipe a unidade, sendo referência em saúde, aumentando assim a resolutividade. (SAMELLI et al, 2019; COUTINHO et al, 2020). Outros estudos apontam barreiras, como agendamentos, falta de estrutura, filas para atendimento, entre outros, como possíveis causas para a quebra da longitudinalidade e integralidade do cuidado (DAMASCENO et al, 2016).

Santos e colaboradores (2018) apresentam em seu estudo que o modelo de saúde da família não apresenta resultados satisfatórios para o cuidado à saúde da criança, por limitações em reconhecer a criança como sujeito integral no processo saúde-doença, mas destaca-se em relação ao modelo tradicional, principalmente por priorizar o acompanhamento com a equipe de saúde e os profissionais de referência, o que vai de encontro aos resultados deste estudo, devido à falta de reconhecimento desses profissionais de referência e do acompanhamento adequado sob o olhar dos usuários.

Damasceno e colaboradores (2016), em sua revisão, apresentam que a ESF, em comparação às UBS tradicionais, tem maior integração entre os profissionais, o acompanhamento sistemático da criança e continuidade do cuidado, favorecendo a integralidade.

Nos Cadernos de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, recomenda-se sete consultas no primeiro ano de vida, duas consultas no segundo ano e uma consulta anual a partir dos 2 anos de idade. Ao avaliar a média de consultas e a faixa etária dos filhos dos usuários entrevistados pela Avaliação Externa do PMAQ, observa-se que a média de consultas está aquém do preconizado para a APS no estado de Rondônia, com média de quatro consultas por criança. Vale ressaltar que a variabilidade de idades foi grande para a amostra, o que prejudica para aproximação com a realidade. Porém, um agravante é que os usuários entrevistados são de áreas cobertas pela ESF, e mesmo assim se apresenta uma baixa quantidade de consultas.

A puericultura é uma proposta de acompanhamento da criança e sua família a longo prazo, tendo a educação em saúde como método primordial para a promoção e cuidados em saúde, com a necessidade da construção de vínculo entre a equipe de saúde e as famílias. Santos e colaboradores (2019) apontam, a partir do estudo qualitativo com famílias acompanhadas por meio de visitas domiciliares, que o vínculo é potencializador das relações da criança no ambiente familiar e nas ações em saúde, com vistas para o estímulo do crescimento e desenvolvimento infantil, e reforça a necessidade de fortalecimento das redes na atenção à saúde para o atendimento integral a crianças.

É importante também o olhar do usuário no processo de melhoria das ações em saúde da criança. Araújo Filho e colaboradores (2019), em sua revisão, ainda apontam problemas relativos aos processos e estruturas, assim como má avaliação, por parte dos usuários, em relação às orientações prestadas pelos profissionais de saúde. No geral, em Rondônia, foi identificado que o acesso dos usuários e as orientações realizadas são fragilidades na perspectiva do usuário – a partir da observação da média e agendamento de consultas, e das perguntas sobre orientação na consulta na primeira semana de vida, sobre o desenvolvimento e alimentação.

Por outro lado, Araújo Filho e colaboradores (2019) reforçam o forte grau de afiliação dos usuários aos serviços da APS, como principal ponto de referência dos cuidados em saúde. Neste estudo, alguns achados podem reforçar essa afirmativa: vacinação atualizada, realização de teste do pezinho e a busca pela UBS do território (para consulta, realização de vacinação), foram as maiores proporções na amostra.

Outros estudos que avaliam ações programáticas a partir do PMAQ, como o Matta-Machado e colaboradores (2016) e Cruz e colaboradores (2019), trazem pontos positivos no desenvolvimento das ações em saúde da criança. O primeiro, aponta que para a APS que conta

com apoio institucional, apresenta melhores graus de certificação, principalmente com processos de autoavaliação e avaliação – trazendo um impacto positivo do PMAQ para o cuidado. O segundo aponta que um alto nível de coordenação do cuidado pela APS apresenta alto grau de certificação para ações em saúde da criança, e com isso resulta na queda da mortalidade infantil e garantia de crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Vale ressaltar, que, apesar da afiliação positiva com a APS e os serviços públicos, foi encontrado também que os usuários por vezes buscam atendimento em serviços fora da rede, como, por exemplo, clínicas e hospitais particulares. Quando perguntado sobre a consulta na primeira semana de vida, é apontado em mais de 10% dos casos a busca por esses serviços, com destaque para a regional de saúde do Vale do Jamari.

A qualidade dos serviços da APS tem relação direta com o acesso e coordenação do cuidado, e programas como o PMAQ auxiliam para a melhoria dos serviços das equipes da APS, por identificarem fragilidades e potencialidades na estrutura, nos processos de trabalho da equipe de saúde e a visão do usuário.

Mendes (2016) destaca a importância da organização dos serviços de saúde em redes de atenção à saúde, objetivando melhoria no acesso e coordenação da saúde, garantindo integralidade do cuidado, a partir da planificação da APS. Em Rondônia, o processo de planificação se deu no ano de 2017, iniciado no interior do estado, com cidades como Vilhena, Cacoal e Ji-Paraná. Destaca-se que, mesmo após o processo de planificação, com ênfase na linha de cuidado materno-infantil, é possível identificar, através deste estudo, que ainda há dificuldades para o desenvolvimento dos atributos da APS nesses municípios citados, não os diferenciando de outras cidades onde o processo está incipiente, como em Porto Velho.

A regional de saúde do Vale do Guaporé, por ser a menor em termos de população e de serviços da atenção primária, apresentou bom desempenho no olhar da equipe e dos usuários, quando comparadas às regionais e cidades mais desenvolvidas do estado de Rondônia. Necessita de mais estudos para poder avaliar se a APS para menores populações são mais resolutivas ou se comparadas entre de zona urbana e rural se há ou não diferença o acesso e qualidade da APS.

8. CONCLUSÃO

A partir do estudo realizado, foi possível identificar as principais fragilidades e potencialidades que os serviços da APS apresentam para as ações em saúde da criança no estado de Rondônia, refletindo nos atributos da APS, a saber: a dificuldade do acesso, falta de resolução dos problemas do território e a quebra do vínculo com os profissionais de saúde, acarretam à falha da integralidade do cuidado para as crianças e suas famílias.

A indisponibilidade de materiais como régua infantil e fita métrica prejudicam para a avaliação do crescimento pelos profissionais de saúde, como visto na regional de saúde da Zona da Mata e no seu município sede, Rolim de Moura. Outro material de relevância no acompanhamento de crianças na puericultura é a caderneta de saúde da criança, que, no geral, foi um material que se mostrou indisponível em muitas UBS, e reflete na ausência da entrega deste instrumento para as famílias na consulta na primeira semana de vida.

Apesar da oferta de vacinação não ter atingido 70% das UBS, observou-se que não acarreta prejuízos para a vacinação, sob a ótica dos profissionais de saúde e dos usuários, que apresentam na maioria dos casos a vacinação atualizada. A falta de oferta adequada de vacinação tem causas multifatoriais, mas algo que chama a atenção é a falta de geladeiras exclusivas para o armazenamento dos imunobiológicos em mais de 30% das UBS.

Em relação aos profissionais das equipes de saúde da APS, na avaliação foi identificado no geral um bom desempenho das equipes. Chama a atenção que, apesar de apontarem a aplicação dos protocolos de atendimento para crianças até dois anos em suas rotinas, vale ressaltar que o Ministério da Saúde prevê a puericultura como função básica da equipe de Saúde da Família, inclusive com materiais como o Caderno de Atenção Básica de Crescimento e Desenvolvimento Infantil como referência para o desenvolvimento de ações de puericultura, devendo ser aplicada por todas as equipes de saúde da APS. Cabe também as secretarias municipais e estaduais fomentarem materiais conforme as peculiaridades das suas localidades para auxiliar e capacitar o profissional da ponta.

Sobre a caderneta de saúde da criança, além da disponibilidade limitada, observou-se que as equipes de saúde não apresentam espelho ou fichas similares nas UBS para registro das informações, o que pode refletir a falha da continuidade do cuidado, caso haja troca de profissionais na equipe, ou a família não apresente a caderneta para o seguimento das consultas.

A falta de medidas de orientação, em especial, para a alimentação, reflete em usuários que alegam não terem recebidos orientações sobre alimentação saudável nos primeiros dois anos de vida. Chama a atenção essa relação na regional do Vale do Jamari, por exemplo. Além disso, a falta de conhecimento e cumprimento de normas de comercialização de alimentos para lactentes e crianças na primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras. É necessário fortalecer a formação do profissional de saúde para a educação e promoção em saúde, e, em especial, para a alimentação saudável, que reflete diretamente no cuidado de doenças crônicas não transmissíveis, como a obesidade, hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus*.

As causas externas, como violências e acidentes, que figuram como causas de morbimortalidade entre crianças e adolescentes, são observados com menos registros e acompanhamentos quando comparados a outros quesitos, como o crescimento e desenvolvimento. Além disso, foi identificada dificuldade para o seguimento dos casos de violência na rede intra e intersetorial. É necessário tanto a organização e comunicação na rede como o preparo dos profissionais de saúde para acolhimento e seguimento dos casos.

A puericultura é estratégia voltada para a educação e promoção da saúde, de suma importância o trabalho de orientações para o desenvolvimento e alimentação, que refletem para uma infância saudável. As principais fragilidades apresentadas pelas equipes se encontram justamente nesses processos de orientação às famílias.

Como preconizado pelo Ministério da Saúde, a primeira consulta de uma criança deve ser realizada na sua primeira semana de vida, e que, inclusive, possa ser realizada por meio da visita domiciliar – aproximando a equipe de saúde da família ao binômio mãe e recém-nascido. Porém, menos de 60% dos usuários realizaram essa consulta, e, quando realizada, foi na UBS de referência. O município que se destacou na realização de atenção domiciliar materno-infantil foi Vilhena, município sede da regional do Cone Sul.

Para corroborar com essas fragilidades, foi possível identificar que o acesso às consultas na APS se encontra prejudicado, visto a baixa média de consultas distribuídas nas regionais. Essa avaliação pode ter sido prejudicada também pela grande variabilidade entre as idades das crianças consideradas para a avaliação externa. Na garantia da integralidade e da promoção à saúde, verifica-se também a rotatividade de profissionais, que prejudica na construção do vínculo e referência, assim como a falta de agendamentos para consultas futuras, com a quebra da longitudinalidade do cuidado.

Potencialidades identificadas neste estudo estão nos outros serviços disponíveis na APS – vacinação e realização do teste do pezinho, que atinge a maioria dos usuários, tanto sob a ótica das equipes de saúde como dos próprios usuários. Estratégias reconhecidas pelo Ministério da Saúde para a prevenção de doenças infectocontagiosas e identificação precoce de agravos crônicos. A vinculação da população à UBS aparenta ser para realização de exames e consultas de livre demanda, não para o acompanhamento regular da puericultura em atividades de rotina.

Os municípios que passaram pela planificação da APS, como Vilhena, Cacoal e Ji-Paraná, não aparentaram ter um desempenho superior aos outros municípios mais desenvolvidos do estado de Rondônia. Chama a atenção que, mesmo após a planificação, as regionais do Café e Cone Sul, com sedes em Cacoal e Vilhena respectivamente, apresentam fragilidades na disponibilidade de materiais e processos de trabalho, como espelho das cadernetas de saúde da criança, falha na continuidade do cuidado na puericultura e média de quantidade de consultas de puericultura.

As limitações que podem ser apontadas para esse estudo é por se tratar de um estudo com uso secundário de um banco de dados formado a partir de um programa de avaliação e monitoramento que não apresentava foco exclusivo para ações em saúde da criança; a falta da adesão de 100% das equipes de saúde do estado de Rondônia, principalmente no município de Porto Velho e a ausência de municípios que não aderiram ao PMAQ, como Ouro Preto d'Oeste e São Felipe do Guaporé.

Os vieses apresentados são de memória e seleção dos avaliados pelo PMAQ – os usuários e profissionais de saúde apontam aquilo que eles recordam das perguntas feitas pelos avaliadores externos – por vezes não apresentando documentos que possam comprovar tais questionamentos; foram selecionados usuários que são cobertos e acompanham com as equipes de saúde nas UBS, não há participação de usuários de áreas descobertas ou que se encontram ausentes ou com dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

Este estudo possibilita refletir sobre as ações que a APS hoje desenvolve em prol à saúde da criança, com necessidade de formalização de protocolos para capacitar e auxiliar as equipes de saúde para o cuidado com a criança e sua família, estimular a realização da consulta na primeira semana de vida – idealmente com a visita domiciliar – assim como reforçar a formação dos profissionais para promoção da saúde e orientações para as famílias, principalmente em relação à alimentação, que tem impacto direto na morbidade entre adultos, com as doenças crônicas não transmissíveis.

A nível de gestão, possibilita apresentar as fragilidades para melhoria das condições de trabalho das equipas de saúde para o desenvolvimento das atividades inerentes à puericultura e a manutenção de um crescimento e desenvolvimento saudável. Essas condições também devem refletir na fixação de profissionais, diminuindo assim a rotatividade de profissionais que prejudica na construção e fortalecimento do vínculo das famílias com a equipa e com a UBS.

Com esse estudo, pode-se explorar a realização de mais estudos, comparando o desempenho dos diferentes tipos de equipas de saúde, de diferentes localidades (zona rural e zona urbana), e associação do desempenho dessas equipas com as taxas de mortalidade infantil e nas repercussões para a saúde da população adulta.

Destaca-se a inovação com este estudo ao avaliar os cuidados em saúde da criança através da perspectiva do PMAQ, com uma amostra definida, instrumento de avaliação externa validado e já aplicado e banco de dados pronto e disponível *online*, com dados referentes às unidades básicas de saúde, equipas de saúde e usuários, contemplando todo o estado de Rondônia, permitindo uma visão ampla das ações programáticas em saúde da criança. Os estudos realizados nessa temática são pautados nas experiências profissionais com o trabalho em puericultura e ações intersectoriais.

A avaliação da saúde da criança através do PMAQ amplia o olhar para a quebra de barreiras do acesso e qualidade dos serviços da atenção primária à saúde, tirando da subjetividade dos estudos relacionados à importância da puericultura, trazendo dados objetivos para a avaliação das ações no estado de Rondônia, e permite visualizar os domínios que necessitam de fortalecimento para as ações efetivas dessa área, a fim de se preservar a manutenção e a plena saúde da criança e de suas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMORIM, L. P. et al. Avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e qualidade do preenchimento segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(2):585-597, 2018.
- ARAUJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev. Bras. De Enfermagem**. p. 1000-7, 2014.
- ARAUJO, W. R. M. et. al. Estrutura e processo de trabalho na Atenção Primária e internações por condições sensíveis. **Rev. de Saúde Pública**. 51-75. 2017.
- ARAUJO FILHO, A. C. A.; et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde sob a ótica de cuidadores de crianças: revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2019.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica 2017**. Portaria Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em jul. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica**. Disponível: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/nota_metodologica_certificacao.pdf. Brasília – DF. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade**. Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ Terceiro Ciclo. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Manual Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Coberturas vacinais no Brasil – Período: 2010-2014**. Disponível: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/17/AACOBERTURAS-VACINAIS-NO-BRASIL---2010-2014.pdf> . Brasília – DF, 2015.

BRIGIDO, A.; SANTO, E.; DO PRADO, E. Qualificação do cuidado a puericultura: uma intervenção em serviço na estratégia de saúde da família. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, vol: 11 (2). P. 448, 2019.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis [online]**, vol.17, n.1, pp.77-93. 2007.

CARLOS, D. M.; DE PADUA, E. M. M.; FERNANDES, M. I. D.; LEITÃO, M. N. C.; FERRIANI, M. G. C. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: olhares sobre a rede de apoio. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2016.

CHRISTAKIS, D. A.; KAZAK, A. E.; WRIHGT, J. A.; et al. What Factors Are Associated with Achieving High Continuity of Care?. **Family Medicine**, vol. 36, n. 1, p. 55-60, 2004.

COSTA, J. S. D. et al. Assistência à criança: preenchimento da caderneta de saúde em municípios do semiárido brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 14 (3): 219-227, 2014.

COSTA, M. C. O.; BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 12(5):1101-1109, 2007.

COUTINHO, S. E. D. et al. Avaliação em saúde: dimensão processual e estrutural da saúde da criança na atenção primária. **Rev. Saúde Debate**, v. 44, n. 124, p. 115-129, Rio de Janeiro, jan-mar 2020.

CRUZ, M. J. B. et al. A coordenação do cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança no PMAQ. **Cad. Saúde Pública**; 35(11):e00004019, 2019.

DAMASCENO, S. S. et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2961-2973, 2016.

EGRY, E. Y. et al. Enfrentar a violência infantil na atenção básica: como os profissionais percebem? **Rev. Bras. Enferm.**;70(1):119-25, jan-fev 2017.

EINLOFT, A. B. N. COTTA, R. M. M. ARAUJO, R. M. A. Promoção da alimentação saudável na infância: fragilidades no contexto da Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(1):61-72, 2018.

FIELD, A. Descobrimo a estatística usando o SPSS. 2ª edição. Tradução Lorí Viali. Porto Alegre: **Artmed**, 2009.

FIGUEIREDO, E. N. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica. Universidade Federal de São Paulo - **UNA-SUS/UNIFESP**. 2012.

FINKLER, A. L.; VIERA, C. S.; TACLA, M. T. G. M.; TOSO, B. R. G. O. O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. **Acta Paul Enferm.**, vol. 27, n. 6, p. 548-53, 2014.

GARNELO, L. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região Norte do Brasil. **Rev. Saúde Debate**. Vol. 42. p. 81-99. Rio de Janeiro: setembro, 2018.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou Atenção primária à saúde?. **Cad. de Saúde Pública**, 34(8). 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, **Editora Fiocruz**, 2012.

MATTA-MACHADO, A. T. G.; SATOS, A. F.; ABREU, D. M. X; et al. Assistência contexto, certificación de calidad y apoyo institucional: La atención primaria ver Brasil. **Salud Publica del Mexico**, v. 58, n.3, p. 358-365, 2016.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: **Hucitec**; 2005.

MOREIRA, L. M. C. et al. Políticas públicas voltadas para redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. **Rev. Médica de Minas Gerais**, 2012; 22, S48-S55.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan-mar 2018.

OMS. **Declaracion de Alma-Ata**. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Alma-Ata. URSS. 1978; 6-12. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270

PALOMBO, C. N. T. et al. Capacitação em aconselhamento nutricional: avaliação de conhecimento e aplicabilidade na atenção à saúde da criança. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, 18 (1): 75-82, Recife, jan-mar 2018.

PEDRAZA, D. F. Growth surveillance in the context of the Primary Public Healthcare Service Network in Brazil: literature review. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, 16 (1): 7-19, Recife, jan-mar 2016.

PEDRAZA, D. F.; ARAUJO, I. S. Avaliação da vigilância do crescimento nas consultas de puericultura na Estratégia Saúde da Família em dois municípios do estado da Paraíba, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 26(4):847-855, out-dez 2017.

RONDONIA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde de Rondônia 2020-2023**. Secretaria de Estado de Saúde. Rondônia. 2019.

SAMELLI, A. G. et al. Avaliação do cuidado ao bebê de risco: comparação de modelos de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**; 53:98, 2019.

SANTOS, G. S.; PIESZAK, G. M.; GOMES, G. C.; BIAZUS, C. B.; SILVA, S. O. Contribuições da Primeira Infância Melhor para o crescimento e desenvolvimento infantil na percepção das famílias. **Rev Fun Care Online**. 2019.

SANTOS, N. C. C. B. et al. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. **Cad. Saúde Pública**; 34(1):e00014216, 2018.

SANTOS, N.; VAZ, E.; NOGUEIRA, J.; et al. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, vol: 34 (1), 2018.

SANTOS, T. C.; OZORIO, J. C.; FERREIRA, A. V.; RIBEIRO, D. T.; NASCIMENTO, D. T.; CUNHA, F. M., et al. PMAQ-AB e os Pactos do SUS: função, dispositivo ou repetição? In: Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA (Org.). *Atenção Básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB)*. Porto Alegre: **Rede UNIDA**. 2016.

SILVA, R. M. M.; VIEIRA, C. S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol: 67 (5). P. 794-802. 2014.

SILVA, S.; FRACOLLI, L. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol: 69 (1). P. 54-61. 2016.

SOARES, D. G.; PINHEIRO, M. C. X.; QUEIROZ, D. M. Implantação da puericultura e desafios do cuidado na Estratégia Saúde da Família em um município do estado do Ceará. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, 29(1): 132-138, jan./mar., 2016.

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

TESSER, C. D., NORMAN, A. H., VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Rev. Saúde Debate**, v. 42, número especial 1, p. 361-378, Rio de Janeiro, setembro de 2018.

ANEXOS

ANEXO A

Figura 4 - Regiões de Saúde e População Territorial do estado de Rondônia, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Região de Saúde*	Município	População*	Densidade Demográfica (hab/km ²)**	IDH**	
Madeira-Mamoré População: 631.326	Porto Velho	519.531	12,57	0,736	
	Guajará-Mirim	45.783	1,68	0,657	
	Nova Mamoré	29.757	2,24	0,587	
	Candeias do Jamari	25.983	2,89	0,649	
	Itapuã do Oeste	10.272	2,10	0,614	
Vale do Jamari População: 269.044	Ariquemes	106.168	20,41	0,702	
	Buritis	38.937	9,92	0,616	
	Machadinho do Oeste	39.097	3,66	0,596	
	Cujubim	24.226	4,19	0,612	
	Alto Paraíso	20.999	6,46	0,625	
	Monte Negro	15.695	7,30	0,607	
	Campo Novo de Rondônia	14.009	3,68	0,593	
	Cacaulândia	6.190	2,92	0,646	
	Rio Crespo	3.723	1,93	0,643	
	Ji-Paraná	127.907	16,91	0,714	
Central População: 344.033	Jaru	51.933	17,66	0,689	
	Ouro Preto do Oeste	36.340	19,25	0,682	
	São Miguel do Guaporé	22.931	2,93	0,646	
	Presidente Médici	19.409	12,69	0,664	
	Alvorada do Oeste	14.722	5,56	0,643	
	Urupá	11.665	15,60	0,609	
	Mirante da Serra	11.080	9,97	0,643	
	Theobroma	10.494	4,85	0,589	
	Vale do Anari	11.028	2,99	0,584	
	Governador Jorge Teixeira	8.095	2,07	0,596	
	Vale do Paraíso	6.998	8,50	0,627	
	Nova União	7.047	9,28	0,587	
	Teixeirópolis	4.384	10,63	0,643	
	Zona da Mata População: 136.153	Rolim de Moura	54.702	34,74	0,700
		Alta Floresta do Oeste	23.167	3,45	0,641
Nova Brasilândia do Oeste		20.459	11,67	0,643	
Alto Alegre dos Parecis		13.227	3,24	0,592	
Novo Horizonte do Oeste		8.751	12,14	0,634	
Santa Luzia do Oeste		6.781	7,42	0,670	
Parecis		5.947	1,89	0,617	
Café População: 171.275	Castanheiras	3.119	4,00	0,658	
	Cacoal	84.813	20,72	0,718	
	Pimenta Bueno	36.434	5,42	0,710	
	Espigão do Oeste	32.047	6,36	0,672	
	Ministro Andreazza	9.762	12,97	0,638	
	São Felipe do Oeste	5.280	11,11	0,649	
	Primavera de Rondônia	2.939	5,82	0,641	
Cone Sul População: 156.201	Vilhena	97.448	6,62	0,731	
	Colorado do Oeste	16.227	12,81	0,685	
	Cerejeiras	16.444	6,12	0,692	
	Chupinguaia	10.886	1,62	0,652	
	Corumbiara	7.567	2,87	0,613	
	Cabixi	5.438	4,80	0,650	
	Pimenteiras do Oeste	2.191	0,38	0,665	
Vale do Guaporé População: 49.557	São Francisco do Guaporé	19.842	1,46	0,611	
	Costa Marques	17.855	2,74	0,611	
	Seringueiras	11.860	3,08	0,598	
Total		1.757.589	6,58	0,690	
*População estimada de 2016 a 2018 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)					
**Dados do censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)					

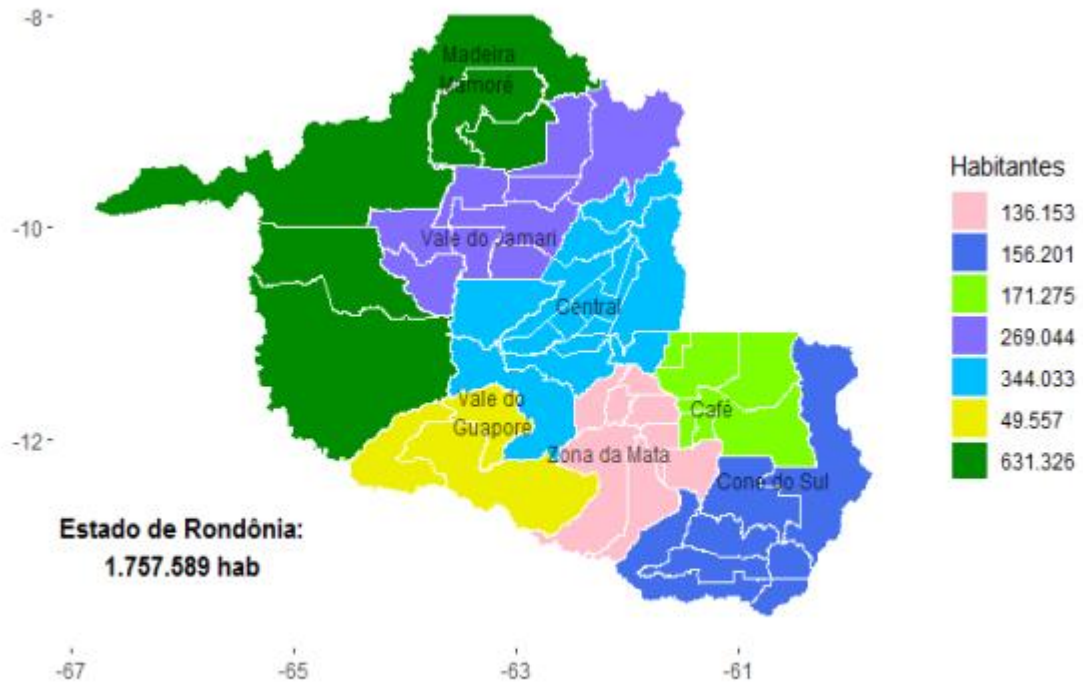
ANEXO B

Figura 5 - Mapa de Saúde do Estado de Rondônia



Fonte: Plano Estadual da Saúde de Rondônia 2020-2023 (2019).

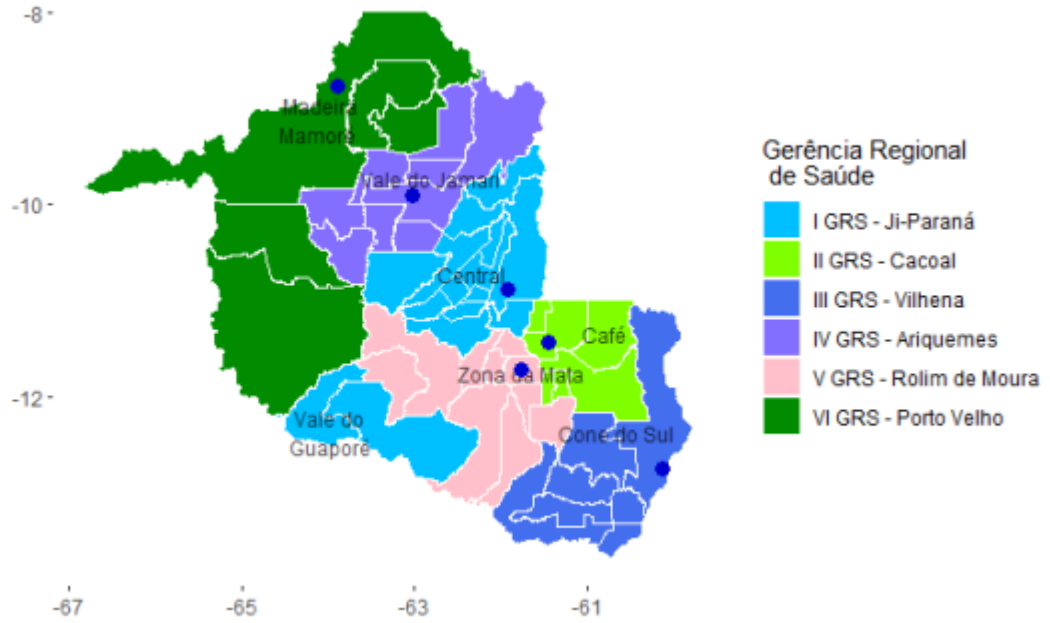
ANEXO C

Figura 6 - População estimada segundo região de saúde em 2018, Rondônia

Fonte: Plano Estadual da Saúde de Rondônia 2020-2023 (2019).

ANEXO D

Figura 7 - Abrangência e localização das Gerências Regionais de Saúde (GRS) e as cidades de maior porte no estado de Rondônia



Fonte: Plano Estadual da Saúde de Rondônia 2020-2023 (2019).

ANEXO E

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO EXTERNA DAS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA NO ÂMBITO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA - PMAQ/AB- 3º Ciclo

Pesquisador: Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 02396512.8.0000.5149

Instituição Proponente: Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.441.293

Apresentação do Projeto:

No Brasil, frente à importância do tema qualidade em saúde, no ano de 2011, o Ministério da Saúde propõe mudanças nas diretrizes da atenção primária à saúde com o objetivo de incentivar os gestores locais do Sistema Único de Saúde a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS nas Unidades Básicas de Saúde e por meio das equipes de Saúde da Família. Neste contexto, inscreve-se o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB-PMAQ-AB, cujo objetivo é apoiar tecnicamente e induzir economicamente a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, garantindo um padrão de qualidade comparável e passível de acompanhamento público. Assim, essa pesquisa se insere na terceira fase do PMAQ-AB, que consiste na avaliação externa das equipes de saúde e gestão da atenção básica, em que se realizará um conjunto de ações para averiguar o acesso da população aos serviços de saúde e a qualidade das equipes da Atenção Básica, que aderiram ao Programa. O Nescon também vai subsidiar as fases de desenvolvimento, reconstrução e certificação por meio da disponibilização de conteúdos,

elementos e instrumentos técnicos para aprimorar o PMAQ. Serão verificadas as condições de infraestrutura de todas as unidades básicas de saúde dos estados do Acre, Roraima e mesorregiões de Minas Gerais e São Paulo, assim distribuídas nas seguintes modalidades: Equipes de Atenção Básica - 2416; Equipes de Saúde Bucal – 3.282 e Núcleos de Apoio à Saúde da Família - 745. O instrumento de avaliação externa será organizado em seis módulos, conforme o método de coleta das informações:

- Módulo I – Observação direta: objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde. Para isso, o avaliador da qualidade deverá ser acompanhado por um profissional da equipe avaliada;
- Módulo II – Entrevista com profissionais das equipes de atenção básica: objetiva obter informações sobre o processo de trabalho da equipe de atenção básica e sobre a organização do cuidado com o usuário;
- Módulo III – Entrevista com usuários: visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização;
- Módulo IV – Entrevista com profissionais dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF): objetiva obter informações sobre processo de trabalho da equipe NASF e sobre a organização do apoio matricial às equipes de atenção básica;
- Módulo V – Observação direta: objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos do Consultório Odontológico. Para isso, o avaliador da qualidade deverá ser acompanhado por um profissional da equipe de saúde bucal avaliada;
- Módulo VI – Entrevista com profissionais de saúde bucal: objetiva obter informações sobre processo de trabalho da equipe de saúde bucal e sobre a organização do cuidado com o usuário.

Houve alteração da metodologia da avaliação da satisfação do usuário da Atenção Básica no Brasil no PMAQ 3º Ciclo, no que se refere ao acesso, utilização e participação da população geral. A população alvo é a população geral, a unidade amostral são os domicílios particulares permanentes e a unidade observacional são as pessoas acima de 18 anos moradoras de domicílios particulares permanentes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Realizar a avaliação externa das equipes de atenção básica no âmbito do PMAQ-AB, de acordo com a Portaria 1.654/19/07/2011;
- Realizar um censo para avaliar as condições de infraestrutura de todas as UBS em funcionamento na totalidade dos municípios brasileiros.
- Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.
- Subsidiar as fases de desenvolvimento, reconstrução e certificação por meio da disponibilização de conteúdos, elementos e instrumentos técnicos para aprimorar o PMAQ.

Objetivo Secundário:

- I - Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;
- II - Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;
- III - Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;
- IV - Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo;
- V - Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da AB;
- VI - Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e
- VI - Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Na medida em que os sujeitos da pesquisa participam dando informações de natureza opinativa e não pessoal, sobre as condições de funcionamento da atenção básica, não existe risco previsível nem qualquer constrangimento de ordem pessoal para os participantes. Ainda assim, os participantes responderão às questões, apenas se o desejarem, podendo desistir de participar do estudo em qualquer momento. Ademais, no relatório técnico da pesquisa, os entrevistados não serão identificados nominalmente.

Benefícios: Esta pesquisa, ao propor avaliar o desempenho da ABS representa uma iniciativa relevante para o Sistema Único de Saúde-SUS e para a população brasileira. Construir um sistema de monitoramento que contemple mecanismo de premiação ao melhor desempenho e apoio técnico-científico sistêmicos pode estimular a melhoria nas Unidades Básicas de Saúde-UBS/Saúde da Família-SF e criar um ciclo virtuoso de promoção de equidade e cobertura universal em saúde nos territórios dos serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Justificativa da Emenda: O Projeto de pesquisa PMAQ está entrando no terceiro ciclo, assim tem se tornado um estudo longitudinal, com um grande número de informações que está possibilitando a gestão e a academia avaliar e indicar caminhos possíveis para a atenção primária no Brasil. Este projeto de pesquisa, desta forma passa por ajustes metodológicos e de pessoal para aprofundar e qualificar as informações. Encaminhamos este projeto referente ao 3º ciclo, solicitamos que seja analisado pelo COEP, uma vez que ocorreu alteração de pesquisadores, do cronograma e do orçamento. Para melhoria das informações sobre o funcionamento e satisfação dos usuários a metodologia foi modificada e está detalhada no projeto de pesquisa. Com a abertura pelo Ministério da Saúde para que equipes de atenção básica, de saúde bucal e dos Nasfs aderissem ao PMAQ, mais equipes estão participando da avaliação, resultando em acréscimo nos abordados diretamente por esse centro de pesquisa.

Previsão de término da pesquisa em 18/12/2017. Orçamento financeiro de R\$ 8.033.856,22.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes:

Folha de Rosto TCLE usuario.docx

TCLE representante equipe.docx

Projeto de Pesquisa

Instrumento Usuários.

Instrumento avaliacao externa ABeSB. Instrumento avaliacao externa NASF. Parecer
Câmara Departamental.

Currículo Alaneir de Fatima dos Santos. Currículo Ana Lucia Escobar.

Currículo Angela Maria de Lourdes Dayrell de Lima. Currículo Daisy Maria Xavier de Abreu.

Currículo Delcio da Fonseca Sobrinho. Currículo Janne Cavalcante Monteiro. Currículo

Erica Araujo Silva Lopes.

Currículo Valeria Rodrigues.

Currículo Lucas Henrique Lobato de Araujo.

Currículo Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado.

Currículo Cristiano Lucas de Menezes Alves.

Recomendações:

Gentileza acrescentar nos TCLEs:

“Os únicos riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são o desconforto e constrangimento em responder a entrevista como Profissional do NASF, emitindo opinião sobre as atividades profissionais e sobre a equipe PMAQ (no TCLE do representante da equipe) (ou seu atendimento na Unidade Básica de Saúde (no TCLE dos usuários)”. De acordo com a Res.466/12 toda pesquisa envolve riscos, mesmo que mínimos (estes riscos não devem ser negados no TCLE e no projeto).

“Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo, assim também como não será remunerado por participar”.

Recomenda-se a aprovação da emenda ao projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis à aprovação da emenda ao projeto "AVALIAÇÃO EXTERNA DAS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA NO ÂMBITO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA - PMAQ/AB- 3º Ciclo" do Pesquisador Responsável Prof. Dr. Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado, com ajustes metodológicos e de pessoal para aprofundar e qualificar as informações, alteração de pesquisadores, do cronograma e do orçamento.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG/ COEP-UFMG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da emenda proposta ao projeto de pesquisa.

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Continuação do Parecer: 1.441.293

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_608853_E2.pdf	02/03/2016 09:32:43		Aceito
Outros	CurriculoCristianoLucasdeMenezesAlves.pdf	01/03/2016 12:09:58	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	CurriculoAntonioThomazGonzagadaMattaMachado.pdf	01/03/2016 12:08:34	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	CurriculoLucasHenriqueLobatodeAraujo.pdf	01/03/2016 12:07:20	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	CurriculoValeriaRodrigues.pdf	01/03/2016 12:06:52	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	CurriculoEricaAraujoSilvaLopes.pdf	01/03/2016 12:01:17	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	CurriculoJanneCavalcanteMonteiro.pdf	01/03/2016 11:59:44	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	CurriculoDelciodaFonsecaSobrinho.pdf	01/03/2016 11:59:27	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	CurriculoDaisyMariaXavierdeAbreu.pdf	01/03/2016 11:59:10	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	CurriculoAngelaMariadeLourdesDayreldeLima.pdf	01/03/2016 11:58:29	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	CurriculoAnaLuciaEscobar.pdf	01/03/2016 11:58:12	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	CurriculoAlaneirdeFatimadosSantos.pdf	01/03/2016 11:57:27	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	ParecerCamaraDepartamental.pdf	01/03/2016 11:27:33	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	InstrumentoavaliacaoexternaNASF.doc	01/03/2016 11:25:31	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	InstrumentoavaliacaoexternaABeSB.doc	01/03/2016 11:21:25	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	InstrumentoUsuarios.doc	01/03/2016	Antonio Thomaz	Aceito

Continuação do Parecer: 1.441.293

Outros	InstrumentoUsuarios.doc	11:16:58	Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisaPlataformaBrasilfinal.docx	01/03/2016 11:10:04	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEREpresentanteequipe.docx	01/03/2016 11:09:20	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	01/03/2016 11:07:15	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUusuario.docx	01/03/2016 11:06:39	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	Termos_de_compromisso_pesquisadore s.pdf	25/04/2012 11:40:40		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 07 de
Março de 2016

Assinado por:

**Telma Campos Medeiros
Lorentz(Coordenador)**