

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA
E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

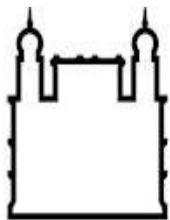
COMO ESTÁ O ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E
DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM UNIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA (ESF) EM MANAUS – AM?

AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO

NUBYA RODRIGUES DA SILVA

Rio de Janeiro

Maior/2013



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente
Fernandes Figueira
Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança

**COMO ESTÁ O ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E
DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM UNIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA (ESF) EM MANAUS – AM ?**

AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO

NUBYA RODRIGUES DA SILVA

Dissertação apresentada como pré-requisito para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.

ORIENTADORA: ELIZABETH ARTMANN

Rio de Janeiro

Maio/2013

FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE**INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

S381C Silva, Nubya Rodrigues
Como está o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento
Infantil em unidades da estratégia saúde da família (ESF) em Manaus –
AM?: avaliação do grau de implantação. Nubya Rodrigues da Silva/Rio de
Janeiro, 2013.
205f;il.:tab.

Dissertação (mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) – Instituto
Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RL, 2013.

Orientador: Elizabeth Artmann

Bibliografia: f.162-168

1. Avaliação. 2. Saúde da família. 3. Crescimento e desenvolvimento.
I. Título

CDD 22 ed. 362.17098113

NUBYA RODRIGUES DA SILVA

**COMO ESTÁ O ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E
DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM UNIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA (ESF) EM MANAUS – AM ?**

AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO

Dissertação apresentada como pré-requisito para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.

Aprovada em 02 de maio de 2013.

Presidente:

Dra. Elizabeth Artmann

Pesquisador Titular da ENSP / FIOCRUZ

1º. Examinador

Dr. Francisco Javier Uribe Rivera

Pesquisador Titular da ENSP / FIOCRUZ

2º. Examinador

Dr^a. Maria Gomes

Pesquisadora Titular do IFF / FIOCRUZ

AGRADECIMENTOS

Enfim a página de agradecimentos... Não foi fácil chegar até aqui, foi um longo caminho percorrido: das viagens para o processo seletivo, passando pela mudança de cidade para participar das disciplinas até a conclusão do Mestrado, foi um longo e difícil caminho. Caminhos trilhados em companhias muito especiais.

Quero agradecer a todos que confiaram em mim desde sempre e a todos que me apoiaram nesta caminhada:

À Professora Dra. Elizabeth Artmann, minha orientadora, por sua gentileza e apoio e inspiração no amadurecimento dos meus conhecimentos e conceitos.

Aos professores Maria Gomes e Francisco Javier Rivera por terem aceitado participar da banca, mesmo em condições adversas, e terem contribuído ricamente para este trabalho.

Aos professores, funcionários e colegas de curso do Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança, do Instituto Fernandes Figueira, pelas aulas, pela solicitude e solidariedade perante minhas dificuldades. Em especial a amiga Amanda Sena que tornou mais fácil minha estadia no Rio de Janeiro

Às Secretarias Estadual de Saúde do Amazonas e Municipal de Saúde de Manaus, bem como à Fundação de Apoio a Pesquisa do Estado do Amazonas pelo apoio irrestrito para a realização e conclusão do curso de Mestrado.

À minha mãe, Maria Rodrigues, meu infinito agradecimento pelo amor e dedicação incondicional, a quem devo tudo. Isso me fortaleceu e me fez tentar fazer o melhor de mim,

À minha outra metade, Elton Andretta, por dividir as alegrias e dificuldades, pelo amor, paciência e companheirismo. Especialmente nas tabulações.

Aos amigos, pelo apoio e pelos momentos de descontração. Em especial Otávia Souza, que tantas vezes me socorreu nos momentos de dúvidas e à Danielen Cestari, uma advogada que aprendeu análise de conteúdo para me auxiliar nas análises de entrevistas.

Às minhas queridas amigas e “chefes” Katherine Benevides e Kassia Veras pela motivação, apoio e incentivo. Sem sua compreensão, nada disso seria possível.

À amiga-irmã Adriana Elias pela compreensão e paciência nos tempos difíceis de redação, meus sinceros agradecimentos.

E acima de tudo à Deus, que tem realizado muitas graças em minha vida.

LISTA DE ABREVIATURAS

APS:	Atenção Primária à Saúde
AC	Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança
ATSC	Área Técnica de Saúde da Criança
AB:	Atenção Básica
ACS:	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI:	Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AMQ:	Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
BF	Bolsa Família
CD	Acompanhamento do Crescimento e desenvolvimento
CMI:	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CPO	Contexto Político Organizacional
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CGPAN	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição
DISA:	Distrito de Saúde
EAS:	Estabelecimento Assistencial de Saúde
ESF:	Estratégia Saúde da Família
GI	Grau de implantação
IMC:	Índice de Massa Corpórea
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LM	Leite Materno
MS:	Ministério da Saúde
M&A	Monitoramento e Avaliação
ONU:	Organização das Nações Unidas

OMS:	Organização Mundial de Saúde
PNAD:	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PIB:	Produto Interno Bruto
PIM:	Pólo Industrial de Manaus
PMAQ:	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade
PAS:	Programação Anual de Saúde
PMS:	Plano Municipal de Saúde
PA:	Pressão arterial
PSSI:	Primeira Semana de Saúde Integral
PNAB:	Política Nacional de Atenção Básica
PAISC:	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
RN:	Recém-nascido
RAG:	Relatório anual de gestão
SUS:	Sistema Único de Saúde
SEMSA/Manaus	Secretaria Municipal de Saúde de Manaus
SIAB:	Sistema de Informação de Atenção Básica
SISREG:	Sistema de Informação de regulação
USF:	Unidade de Saúde da Família
UBS:	Unidade Básica de Saúde
UBSF:	Unidade Básica de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	Triângulo de Governo de Carlos Matus.	42
Figura 02	Calendário mínimo de consultas para assistência à criança.	46
Figura 03	Modelo Lógico do Programa Saúde da Criança – Ações prioritárias	52
Figura 04	Modelo Lógico do Programa Saúde da Criança – Contextos	53
Figura 05	Tipos de pesquisa avaliativa.	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Pontos de corte de peso para a idade para crianças menores de 10 anos	48
Quadro 02	Pontos de corte de IMC para a idade para crianças menores de 10 anos.	48
Quadro 03	Pontos de corte comprimento/altura para a idade para crianças menores de 10 anos	49
Quadro 04	Dimensões do modelo teórico de avaliação.	61
Quadro 05	Modelo da Matriz de análise e julgamento.	69
Quadro 06	Classificação do grau de implantação.	72
Quadro 07	Demonstrativo de evolução dos indicadores financeiros, 2009-2011.	97
Quadro 08	Matriz de análise e julgamento: contexto político-organizacional	106
Quadro 09	Matriz da subdimensão infraestrutura.	115
Quadro 10	Matriz de análise e julgamento da UBSF A1.	125
Quadro 11	Matriz de análise e julgamento da UBSF A2.	126
Quadro 12	Matriz de análise e julgamento da UBSF B1.	127
Quadro 13	Matriz de análise e julgamento da UBSF B2.	128
Quadro 14	Matriz de análise e julgamento da UBSF C1.	129
Quadro 15	Matriz de análise e julgamento da UBSF C2.	130
Quadro 16	Matriz de análise e julgamento da UBSF F1.	131
Quadro 17	Matriz de análise e julgamento da UBSF F2.	132
Quadro 18	Avaliação do grau de implantação da ação de acompanhamento do CD na estratégia saúde da família de Manaus.	143

Quadro 19	Classificação de grau de implantação.	146
Quadro 20	Comparativo do GI alcançado por UBSFs tradicionais e ampliadas.	152

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Distribuição da população segundo faixa etária. Fonte: IBGE, 2010.	74
Tabela 02	Proporção da população em idade escolar segundo nível escolar.	76
Tabela 03	Distribuição das unidades de saúde segundo tipo de gestão.	81
Tabela 04	Cobertura da Estratégia Saúde da Família por Distrito de Saúde em Manaus, 2009	82
Tabela 05	Dotação financeira da SEMSA/Manaus 2006-2009.	95
Tabela 06	Demonstrativo do balanço orçamentário, período 2006-2011.	96
Tabela 07	Demonstrativo de resultados da análise de prontuários.	136

RESUMO

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é uma ação básica que se constitui no eixo central da organização da assistência infantil, com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança sadia e diagnosticar precocemente desvios de crescimento que possam comprometer sua saúde e qualidade de vida futura. As atividades de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento devem desenvolver-se, essencialmente, na Atenção Primária à Saúde, por meio do monitoramento criterioso de crianças menores de 2 anos. Assim, esta pesquisa tem o objetivo de avaliar o grau de implantação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, nas unidades da estratégia saúde da família de Manaus. Foi desenhada a partir do referencial teórico proposto por Hartz, 2005, constituindo-se em uma pesquisa avaliativa, do tipo análise de implantação e do referencial de Carlos Matus, 1996, para análise das dimensões estratégicas. A estratégia metodológica utilizada foi o estudo de casos múltiplos com triangulação de métodos de pesquisa. Foram avaliadas 3 dimensões estratégicas: contexto externo, contexto político-organizacional e assistencial. Os dados foram coletados por análise documental, entrevistas semiestruturadas, observação direta e análises de prontuários. Os dados coletados foram dispostos em uma matriz de análise e julgamento, cujo resultado foi submetido ao sistema de classificação do grau de implantação. Os resultados encontraram um contexto político-organizacional parcialmente implantado (77%) e um contexto assistencial de implantação incipiente (49,8%). Conclui-se, portanto, que a puericultura é um grande desafio no âmbito da estratégia saúde da família de Manaus, pois as exigências modernas de atenção somadas às ações tradicionais excedem à capacidade de atendimento do modelo de atenção à criança praticado no município.

ABSTRACT

The monitoring of children's growth and development is a basic action that constitutes the central axis of the Organization of child care, with the objective of promoting and protecting the health of the healthy child, and diagnose early growth deviations that may compromise their health and quality of life in the future. The activities of monitoring of growth and development should develop mainly on primary health care, through the careful monitoring of children younger than 2 years. Thus, this research aims to assess the degree of implementation of the monitoring of children's growth and development, in the family health strategy units of Manaus. Was drawn from the theoretical framework proposed by Hartz, 2005, constituting an evaluative research, deployment and analysis of referential Carlos Matus, 1996, for analysis of strategic dimensions. The methodological strategy used was multiple case studies with triangulation of research methods. 3 strategic dimensions were evaluated: external context, political and organizational assistance context. The data were collected by document analysis, semi-structured interviews, direct observation and analysis of patient records. The collected data were arranged in an array of analysis and judgment, the result of which was submitted to the degree classification system. The results found a political-organizational context partially deployed (77%) and an incipient deployment assistance context (49.8%). It is therefore concluded that childcare is a big challenge in the context of the family health strategy of Manaus, since modern demands attention added to traditional actions exceed the capacity of child care model practiced in the municipality.

SUMÁRIO

1.	Introdução e justificativa	15
2.	Objetivos	20
	2.1. Objetivo Geral	20
	2.2. Objetivos Específicos	20
3.	Referencial Teórico	
	3.1. A saúde da criança	21
	3.2. A epidemiologia da saúde infantil no Brasil	27
	3.3. A Atenção Primária na saúde das crianças	30
	3.4. Estratégia Saúde da Família	34
4.	Avaliação de programas de saúde e análise de implantação	38
5.	O enfoque situacional de Carlos Matus	41
6.	Modelo teórico de avaliação e estratégia metodológica	44
	6.1. Descrição da Intervenção	44
	6.1.1. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento	45
	6.1.2. Acompanhamento do Desenvolvimento	49
	6.1.3. Modelo Lógico da intervenção	51
	6.2. Desenho da avaliação	54
7.	Estratégia Metodológica	60
	7.1. Análise de dados e julgamento	70
	7.2. Construção de escores	71
8.	Resultados	73

8.1. Caracterização do contexto externo	73
8.1.2 Aspectos sócio demográficos e sanitários	73
8.2. Caracterização do contexto político-organizacional	78
8.2.1 A rede de serviços de saúde em Manaus	78
8.2.2. Programa saúde da criança no município de Manaus	83
8.2.3. O projeto de governo	87
8.2.3.1. Planejamento e prestação de contas	87
8.2.3.2. Financiamento	94
8.2.4. A capacidade de governo	98
8.2.5. A governabilidade	101
8.2.6. Contexto político-organizacional	103
8.3. Caracterização do contexto interno: da intervenção/assistencial	108
8.3.1. Caracterização das unidades estudadas	108
8.3.2. Subdimensão infraestrutura	114
8.3.3. Subdimensão processos	118
8.3.4. Análise de prontuários	134
8.3.5. Avaliação do grau de implantação segundo os contextos	136
8.4. Classificação do grau de implantação	146
9. Discussão	147
10. Conclusões	155
11. Recomendações	159
12. Limitações do estudo	161

13.	Referências bibliográficas	162
	Apêndices	
	Apêndice A- Roteiro para análise documental	170
	Apêndice B – Roteiro de entrevista com informante-chave-	171
	Apêndice C- Roteiro de entrevista com informante-chave – Gestor Municipal de Saúde da Criança	173
	Apêndice D- Roteiro de análise de prontuários	175
	Apêndice E – Check-list infraestrutura	177
	Apêndice F – Questionário profissionais de saúde - ESF	187
	Apêndice G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais de Saúde	193
	Apêndice H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Informantes-chaves	195
	Apêndice I – Matriz de análise e julgamento: contexto político-organizacional	197
	Apêndice J – Matriz de análise e julgamento: contexto da intervenção/assistencial	199
	Apêndice L – Matriz de informação: contexto político-organizacional	201
	Apêndice M – Matriz de informação: contexto da intervenção/assistencial	203

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

No Brasil, a atenção infantil nos serviços públicos de saúde confunde-se com a própria criação deles no país, a partir do final do século XIX, de tal forma que desde a criação dos primeiros centros de saúde, ocupou boa parte desses serviços com a criação de postos de puericultura. ⁽¹⁾

A implantação das “Ações Básicas na Assistência Integral à Saúde da Criança”, na década de 70, a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), em 1984⁽²⁾, e a proposta da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, em 2004, incluíram definitivamente a saúde da criança na agenda de saúde brasileira ⁽³⁾. Entretanto, mesmo com a implantação dessas ações e reconhecendo os limites dessas iniciativas, principalmente no combate a mortalidade neonatal precoce, o Ministério da Saúde implantou a Rede Cegonha, com o objetivo de garantir atenção qualificada a todos os recém-nascidos. ⁽⁴⁾

Contudo, todo esse esforço para a sobrevivência dos recém-nascidos nas maternidades é frustrado, sem um processo adequado de seu encaminhamento para continuidade dos cuidados, seja na Atenção Primária à Saúde ou em ambulatórios de referência. Esse processo se inicia na maternidade com a entrega da caderneta de saúde da criança, para o seguimento da criança em toda sua linha de cuidado, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. ⁽⁴⁾.

Em todas essas iniciativas o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento configurou-se como ação básica, como estratégia de atenção e eixo central da organização da assistência infantil. ^(2, 5).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) é uma ciência que reúne todas as noções (higiene, fisiologia, sociologia, etc.) suscetíveis de favorecer o desenvolvimento físico e psíquico das crianças desde o período da gestação até a

puberdade ⁽⁶⁾ (Dicionário Houaiss). Nasceu na Europa Ocidental, no século XIX, quando a mortalidade infantil era elevada, com o objetivo de definir e divulgar a forma ideal de cuidar das crianças. É uma disciplina de aplicação de saberes e técnicas de avaliação e preservação da saúde da criança sadia, sendo, portanto, integradora, concebendo a criança como um corpo anatomo-fisiológico, inserido em uma família, ou seja, em um contexto social. ⁽¹⁾

Não obstante, da mesma forma que outras especialidades, o CD desenvolveu-se sobre as bases do modelo biomédico, centrado na doença, gerando um descompasso entre a prática dos pediatras e as demandas de saúde das crianças. Esse descompasso, associado às novas morbidades” (novos arranjos familiares, problemas escolares, maus-tratos, violência, obesidade, abuso de drogas, etc.), tem se agravado em decorrência de mudanças no processo-saúde-doença, das alterações demográficas, socioculturais e estilos de vida. Tais problemas não podem ser resolvidos pelo modelo de prática isolado, demonstrando a valorização do médico de família para o enfrentamento desse novo cenário. ^(1,7)

Duncan et al afirmam que desde a Conferência de Alma-Ata, em 1978, a efetividade da Atenção Primária em Saúde (APS) vem se consolidando por meio de evidências científicas que atestaram seus e seus atributos sobre os indicadores de saúde populacionais com menor custo, sendo, portanto, um instrumento importante para o enfrentamento dos problemas de saúde infantil ⁽⁸⁾.

Concordando com Duncan, segundo a Agenda ⁽³⁾ e o Caderno de Atenção Básica No. 33 – Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento ⁽⁴⁾, as atividades de CD devem desenvolver-se essencialmente na APS, ordenada pela Estratégia Saúde da Família, onde os profissionais devem realizar o acompanhamento criterioso de crianças menores de 2 anos, realizando as seguintes atividades/procedimentos: visita domiciliar

para a família do recém-nascido, a primeira consulta do recém-nascido, anamnese, exame físico e aconselhamento; imunizações, monitoramento do crescimento, acompanhamento do desenvolvimento, promover a alimentação saudável, suplementação com vitaminas e minerais, promoção da saúde bucal; e prevenção, proteção e cuidados para crianças em situação de violência. ⁽⁴⁾

Todavia, segundo uma revisão sistemática realizada por Blank, em 2003, somente a partir das últimas duas décadas foram identificadas evidências científicas sólidas para fundamentar as intervenções preventivas do CD.. ⁽⁷⁾

Também foi encontrado um número limitado de pesquisas brasileiras focalizadas no CD, principalmente no que se refere a estudos de avaliação. Segundo a Associação Brasileira de Saúde Coletiva: em virtude do número de programa desenvolvidos nos últimos anos, poucas avaliações foram realizadas, não se conhecendo minimamente o grau de integralidade das ações ofertadas, sua eficiência, eficácia e efetividade. A partir desse contexto, propõe a realização de estudos locais e regionais sobre a análise de implantação dos programas e sua correlação com os indicadores de impacto. ⁽⁹⁾

As análises de implantação são extremamente relevantes para avaliação de programas de saúde uma vez que permite ao investigador pesquisar sobre a operacionalização dos mesmos, bem como os resultados são úteis para a formulação de recomendações aos gestores, com a finalidade instrumentalizar a tomada de decisões.

Esta pesquisa avaliativa é fruto de inquietações originadas no cotidiano profissional enquanto componente da equipe estadual de saúde da criança, na Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, e como responsável técnica distrital pela área técnica na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. A indisponibilidade de informações sobre a implantação do CD que subsidiem o planejamento efetivo e o monitoramento dessa

ação e a hipótese de que essa ação prioritária apresente implantação deficiente, despertou o interesse pela elaboração deste estudo.

Manaus concentra 52% da população de todo o estado do Amazonas, da qual 325.812 são menores de 10 anos de idade, o que constitui uma importante faixa da população a ser assistida pelos serviços de saúde municipal. Contudo, no cotidiano observou-se que, na maioria das unidades, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é realizado de duas maneiras: pontualmente, durante o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, isto é, a cada seis meses, como mera formalidade do programa de transferência de renda e durante o acompanhamento do Programa Leite do Meu Filho, como condição para a entrega de fórmulas infantil. ⁽¹⁰⁾ O que leva a crer que a ação não é realizada de forma sistemática nas unidades, conforme preconizado pelo MS.

Nessa perspectiva, considerando que os indicadores de saúde infantil no Brasil indicam um grave problema de saúde pública, sobretudo a mortalidade infantil ^[3]; a magnitude da mortalidade infantil, por causas evitáveis, no estado do Amazonas (13,9) ⁽¹⁰⁾; a necessidade de obtenção de dados/informações que subsidiem o planejamento e a tomada de decisão; a avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada como um dos princípios norteadores do cuidado na saúde da criança ^[3]; e que pouca ou nenhuma avaliação, baseada em princípios técnico-científicos, do CD foi implementada, foi escolhido o objeto desse estudo.

A relevância do estudo justifica-se pela adequação do tema às prioritárias de saúde da criança e do objeto de estudo às prioridades nacionais; pela inexistência de estudos avaliativos sobre o grau de implantação das ações prioritárias de saúde da criança no estado do Amazonas; por subsidiar o planejamento e a readequação das ações do programa; pela necessidade de formação de avaliadores locais e uma vez que

os resultados de uma pesquisa avaliativa podem contribuir para a readequação estratégica das intervenções e pode contribuir para a identificação dos fatores associados aos resultados negativos da assistência infantil local.

Assim, baseado no referencial teórico apresentados por Hartz ^[9] esse projeto propõe-se a responder à seguinte questão: qual o grau de implantação alcançado pela ação de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, considerando os resultados da avaliação de estrutura, processo e de resultados de suas atividades?

Em linhas gerais, este estudo está dividido em 4 momentos. O primeiro momento faz uma revisão da literatura sobre a atenção à saúde da criança, a epidemiologia da saúde infantil, e sobre as bases teóricas de análise dos resultados, avaliação em saúde e enfoque situacional de Carlos Matus. Na segunda, descreve-se o modelo teórico da avaliação, seguida da estratégia metodológica. A terceira parte é composta pelos resultados, apresentados segundo os contextos analisados. A quarta parte e última seção comporta a discussão dos achados, as recomendações e por fim as considerações finais com as limitações do estudo.

2. OBJETIVOS GERAIS E ESPECIFICOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar o grau de implantação da ação de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil realizada em unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), na cidade de Manaus.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (estrutura e processos) realizado por unidades da ESF de Manaus-AM;
- Analisar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil de acordo com a normativa (Agenda de Compromissos pela Saúde Integral da Criança), considerando os contextos interno e externo;
- Determinar o grau de implantação da ação Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em unidades da ESF de Manaus-AM.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. A SAÚDE DA CRIANÇA

O movimento de proteção à maternidade e à infância tem origem na sociedade ocidental em meados do século XVIII. O período de 1750 a 1830 é importante na evolução das práticas de saúde, particularmente para a introdução das bases do movimento sanitário do século XIX, influenciando, inclusive, os tempos atuais. De lá para cá, ocorreram revoluções políticas, econômicas e filosóficas, na Europa e na América, sendo umas das manifestações a preocupação crescente com os problemas de saúde de grupos específicos ^[11].

As transformações ocorridas impactaram as famílias e a relação entre mães e filhos, trazendo à tona problemas para os quais eram necessários novos meios de prevenção e proteção à saúde. Mulheres e crianças adentraram o mercado de trabalho, expondo-se a condições adversas de moradia, transporte e alimentação e conseqüentemente à precarização de sua saúde, fato este evidenciado pelos indicadores da época: coeficientes de mortalidade infantil, decréscimos na taxa de natalidade, comparações e confrontos entre mortalidades por faixa etária e entre nações, revelando a influencia dos determinantes sociais no processo saúde-doença ^[12].

Esse contexto inaugurou a proposta de assistência social para crianças pobres e abandonadas no século XVIII, quando emergiu a Pediatria, como uma proposta de assistência social, e a Puericultura com caráter disciplinador de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil do nascimento à idade adulta ^[12].

O mesmo contexto impulsionou também o movimento de proteção à infância no século XIX. Já no século XX, desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1947, foram realizadas várias convenções pela Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização Mundial de Saúde (OMS) colocando em questão as minorias, iniciando a

formulação de ações e políticas dirigidas às crianças, diferenciando-as do restante da população.^[12]

Dentre esses movimentos, é importante salientar a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, que originou a Declaração de Alma-Ata, estabelecendo como meta a Saúde para Todos no ano 2000 e definindo a APS como principal estratégia para esse fim, representando portanto, um marco na implantação e implementação de diretrizes da APS^[13]. Salienta-se também a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989)^[14] que apontou as crianças como grupo vulnerável e como alvo de preocupação internacional e ainda, a Cúpula Mundial em Favor da Infância, em Nova York (1990), quando foi aprovado o Plano de ação para o decênio 1990-2000, servindo de referência aos planos nacionais para o desenvolvimento de ações de saúde materno-infantil em nível local como estratégia fundamental para o combate à morbimortalidade infantil e materna nos países signatários^[15].

No Brasil, até a década de 70 predominava um modelo de atenção à saúde orientado por práticas curativas e assistenciais, quando por demandas sociais e econômicas e seguindo a tendência mundial emergiu um novo modelo de assistência, com enfoque médico sanitário e predomínio de ações de prevenção e promoção da saúde^[8].

A partir de então, com base na Declaração de Alma Ata e como signatário da Cúpula Mundial em Favor da Infância, o Ministério da Saúde (MS) estendeu o atendimento médico-sanitário à população mais carente através de programas de saúde específicos como o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), Programa Materno-infantil, entre outros. Dessa iniciativa resultou uma rede de postos e centros de saúde, unidades mistas e hospitalares dos quais os principais usuários foram mulheres e crianças^[8].

E assim, em 1974 é implantado o programa de saúde materno-infantil com o objetivo de reduzir a morbimortalidade infantil e garantir o nascimento de crianças saudáveis e implantou-se também o programa de “Ações Básicas na Assistência Integral à Saúde da Criança”, constituindo na época o elemento estruturante da assistência a ser prestada na rede básica de serviços de saúde no Brasil. Contudo esses dispositivos não foram suficientes para melhorar as condições de saúde infantil da época, resultando na prestação de serviços esporádica e fragmentada ^[2].

A década de 80 foi marcada tanto pela democratização do país, considerado um momento de crescimento político, como por deterioração econômica, redução da renda per capita, expansão da dívida interna e externa, queda das taxas de investimento e de salários e crescimento das desigualdades na distribuição de renda ^[12].

E é nesse contexto que o governo criou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), em 1984, com o objetivo de enfrentar os fatores condicionantes da morbimortalidade infantil no país através da promoção da saúde integral da criança, da melhoria da qualidade e de cobertura dos serviços de saúde. O programa era desenvolvido pela execução de 05 ações básicas de assistência: aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, assistência e controle das doenças respiratórias agudas, imunização, controle de doenças diarreicas e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento ^[2].

Essas ações, do ponto de vista epidemiológico, atendiam aos agravos mais frequentes e de maior peso na mortalidade de menores de 5 anos e tinham como estratégia o uso do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como eixo central da organização da assistência infantil ^[2].

Contudo, um estudo de avaliação do grau de implantação das ações do PAISC em municípios de Pernambuco em 1995, revelou que o programa não conseguiu atingir

o grau de implantação proposto, a cobertura e a qualidade da atenção adequadas na maioria dos municípios avaliados ^[16].

Na década de 90 foram instituídos uma série de dispositivos legais visando à integralidade e equidade no atendimento da população infantil, através da instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) ^[17], da criação da Unidade de cuidados neonatais intermediários no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (1999) ^[18] e da garantia de assistência por neonatologista na sala de parto (1999) ^[19].

A partir de então o governo brasileiro amplia a oferta de serviços de saúde com:

- A instituição do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (2000) ⁽²⁰⁾;
- Instituição do Programa Nacional de Triagem Neonatal e acesso e tratamento dos doentes diagnosticados (2001 e 2002) ⁽²¹⁾;
- Aprovação do regulamento técnico para promoção comercial de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância (2002) ⁽²²⁾;
- Inclusão na tabela de procedimentos do SUS do incentivo ao registro civil de nascimento (2002) ⁽²³⁾;
- Instituição do Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Neonatal (2004) ⁽²⁴⁾;
- Estabelecimento das normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança integrante do SUS (2004) ⁽²⁵⁾;
- Disponibilização gratuita da “Caderneta de Saúde da Criança” (2005) ⁽²⁶⁾;
- Aprovação das Normas de orientação para a Implantação do Método Canguru (2007) ⁽²⁷⁾;
- Instituição da Rede Norte Nordeste de Saúde Perinatal (2008) ⁽²⁸⁾;
- Instituição da Rede Amamenta Brasil (2008) ⁽²⁹⁾.

Reconhecendo que, apesar dos avanços, ainda se fazia necessário percorrer os caminhos da integralidade, o MS lança, ainda em 2004 a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (AC) ⁽³⁾, cuja finalidade é apoiar a organização da assistência à população infantil através da proposição de linhas de cuidado integral mínimos para o funcionamento adequado dos serviços e de toda a rede primária de atenção à criança.

O documento ^[3] é uma espécie de complemento às diretrizes e ações do PAISC para a garantia do acesso de crianças aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade da assistência, sob o enfoque da intersetorialidade. Por isso, como documento mais atual sobre a temática saúde da criança, a Agenda é parte desse estudo como parâmetro de normativa vigente na organização e assistência à saúde infantil.

Segundo a Agenda ^[3], a organização da assistência ao infante deve incorporar a organização do processo de trabalho integrado entre as equipes de atenção básica, atenção especializada, serviços de urgências, ações complementares de assistência e atenção hospitalar, além de ações intersetoriais que envolvem as crianças e a família, e assim, assumir o desafio da conformação de uma rede única e integrada sob a forma de linhas de cuidados integrais.

A Agenda ^[3] apresenta os princípios norteadores da assistência à criança, os principais eixos de ação e estratégias a serem desenvolvidas e a proposta de operacionalização das ações prioritárias em toda a rede assistencial infantil.

Dessa forma, todas as ações devem ser norteadas pelos princípios da intersetorialidade, da universalidade, do acolhimento, da responsabilização, da integralidade, resolutividade, equidade, do trabalho em equipe, promoção da saúde com base em ações coletivas, participação da família e controle social e da avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada. Esses princípios visam à

organização e a qualidade dos serviços de saúde infantil. E devem ser desenvolvidos sob a forma de ações utilizando como principais estratégias a vigilância à saúde pela equipe de atenção básica, a vigilância da mortalidade materna e infantil, a educação continuada das equipes de atenção básica e a organização de linhas de cuidado ⁽³⁾.

O documento ^[3] propõe a organização da assistência através de 13 linhas de cuidados: Ações de saúde da mulher: atenção humanizada e qualificada (nascimento saudável), Atenção humanizada e qualificada à gestante, Triagem neonatal, Incentivo ao aleitamento materno, Acompanhamento e qualificação do crescimento e desenvolvimento, Alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil, Combate à desnutrição e anemias carenciais, Imunização, Atenção às doenças prevalentes na infância, Atenção à saúde bucal, Atenção à saúde mental, Prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil e Atenção à criança portadora de deficiência.

Considerando as principais causas de morbidade e mortalidade infantil no Brasil, a agenda estabelece como linhas prioritárias: 1- Nascimento Saudável; 2- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e imunização; 3- Promoção do aleitamento materno e alimentação saudável, atenção aos distúrbios nutricionais e anemias carenciais e 4- A abordagem das doenças prevalentes na infância.

Para efeitos deste projeto somente a linha de cuidado Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e imunização infantil foi considerada como variável neste estudo de avaliação, uma vez que, no Amazonas, estudos de avaliação da implantação dessa ação são limitados.

A ação Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e imunização infantil foi descrita no capítulo 3 – Desenho de estudo e estratégia metodológica.

Como as ações propostas pela Agenda e pelo manual de acompanhamento de CD devem ser desenvolvidas na APS, torna-se necessário discutir sobre esse nível de atenção, que no Brasil tem como eixo estruturante a ESF, lócus do presente estudo, a ser discutido mais adiante.

3.2 A EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE INFANTIL NO BRASIL

A saúde materno infantil brasileira foi discutida e apresentada por pesquisadores brasileiros em uma edição especial da revista *Lancet* ⁽³⁰⁾ em maio de 2011. Por ser um artigo relevante e que sistematiza os dados materno-infantis considerando as fontes oficiais de informações de saúde brasileira, optou-se apresentar parte de seus resultados para evidenciar a epidemiologia da saúde infantil no Brasil,

O artigo expõe e comenta os dados de estatísticas vitais dos sistemas de informações oficiais do Ministério da Saúde do Brasil, censos populacionais, inquéritos de demografia e saúde e publicações como as Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 1996 e 2006.

Segundo a revista ⁽³⁰⁾, o Brasil passou por sucessivas transformações sócio econômicas, estruturais e sociais impactando diretamente na saúde de mães e crianças a partir da evolução tanto do sistema de saúde, quanto das condições de saúde e determinantes sociais da saúde, evidenciando um contexto favorável ao progresso de aspectos fundamentais na análise da epidemiologia da saúde infantil: saúde reprodutiva (nascimento saudável), indicadores de saúde infantil (morbidade, mortalidade, crescimento e desenvolvimento, doenças prevalentes na infância e alimentação) e de cobertura das intervenções de saúde.

Em relação à saúde reprodutiva, o estudo mostrou que houve crescimento no acesso ao pré-natal e parto hospitalar, com maior uso dos serviços de saúde e excessiva

medicalização do parto e nascimento. Outro dado importante é que mais de 20% das crianças brasileiras nascem de mães adolescentes.

Os indicadores da saúde infantil revelaram um leve declínio dos índices de mortalidade infantil a partir de 1930, com uma média de decréscimo anual abaixo de 5% ao ano até a década de 80 (implantação do SUS). A partir de então os decréscimos anuais aumentaram, com taxas de redução de 5,5% nas décadas de 1980 e 1990 e de 4,4% no período 2000–08, com decréscimo anual da mortalidade neonatal (3,2% ao ano) menor que o da mortalidade pós-neonatal (8,1%). Em 1979, a idade mediana das mortes infantis foi de trinta dias, decrescendo para seis dias, em 2000, e três dias, em 2007.

Em crianças de 1 a 4 anos de idade, a mortalidade também foi reduzida de 6:1000 (1980) para 3:1000 (2000), quando se tornou estável. As principais causas de mortes infantis nesse extrato são acidentes (21%), infecções respiratórias (15%) e outras doenças infecciosas (13%) como diarreia, septicemia, infecções virais e meningites.

Ainda em relação aos coeficientes de mortalidade infantil (CMI) evidenciaram-se as diferenças acentuadas do indicador entre as regiões do Brasil, onde os maiores coeficientes estão nas regiões norte e nordeste quando comparado às demais regiões do país. Contudo, foi observada a redução dessa desigualdade ao longo do tempo, principalmente após a década de 80. Em 1990, o CMI na região Nordeste foi 2,6 vezes maior que o da região Sul; em 2007, a razão entre os CMI do nordeste e do Sul diminuiu para 2,2 vezes.

Os maiores decréscimos da mortalidade infantil por causas específicas ocorreram por diarreia (92%) e infecções respiratórias agudas (82%) entre 1990 e 2007. A mortalidade perinatal reduziu à metade (47%) e a taxa de mal formações congênitas manteve-se estável. Em relação às morbidades infantis, houve um rápido avanço para

algumas doenças infecciosas (por exemplo, poliomielite e sarampo), entretanto, a transmissão vertical do HIV e a sífilis ainda constitui um problema preocupante. A média da transmissão vertical do HIV é de 7%, variando de 5% na região sul a 15% na região norte.

O relatório ^[4] expôs ainda indicadores com desempenho negativo, como o aumento da prevalência de nascimentos prematuros, de 4% (1980) para 10% (2000), sendo a prematuridade a principal causa de mortes infantis nesse grupo.

As tendências de declínio das morbidades e da mortalidade infantil é atribuída a causas multifatoriais, como à presença constante da saúde infantil na agenda política brasileira, à implantação de programas verticais de sucesso (imunização, aleitamento materno, alojamento conjunto) e sua integração à atenção primária em saúde bem como à redução das desigualdades sociais e econômicas.

A nutrição infantil também apresentou avanços significativos, com redução na prevalência de déficit de altura (- 2 escore z) de 37,1% (1974-75) para 7,1% (2006-2007), acompanhada de redução nas desigualdades sócio econômicas nos déficits de altura. Contudo, as regiões Norte e Nordeste, respectivamente, ainda concentram as maiores taxas de prevalência de déficits de altura, em relação às regiões mais ricas do país.

Houve melhorias também nos indicadores de subnutrição infantil, com redução do déficit de peso, de 5,6% (1989) para 2,2% (2006-2007); estabilização da taxa de obesidade em 7%; melhoria do padrão do aleitamento materno em crianças menores de 4 meses, com aumento de prevalência de 3,6% (1986) para 48,1% (2006); crescimento da prevalência de deficiências de ferro, especialmente em menores de 5 anos e ausência de deficiências de vitaminas.

Esses avanços são determinantes no declínio do CMI e decorrentes da melhoria da educação materna, da redução da pobreza, da ampliação da cobertura dos serviços de saúde e expansão da rede de água e saneamento, promovendo mudanças na dieta, redução de doenças infecciosas com conseqüente melhoria no cuidado infantil.

Os avanços da cobertura das intervenções de saúde também foram notórios, a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (86/96/06) e a PNAD revelaram melhoria no acesso ao planejamento familiar, ao pré-natal, assistência obstétrica, com crescimento dos níveis de cobertura acompanhado de insuficiência da qualidade da assistência e falta de integração entre as ações. Em relação à assistência prestada/recebida detectou-se melhoria na cobertura vacinal (quase universal), no acesso aos serviços de saúde segundo condições socioeconômicas 33,4% (1996) para 49,1% (2006) entre crianças pobres que receberam atenção por febre ou tosse, melhoria do acesso a água tratada e ao soro de reidratação oral.

Contudo, apesar do progresso os indicadores de saúde infantil brasileiro ainda estão muito aquém dos indicadores de países semelhantes. O CMI, em menores de 5 anos, ainda é 7 vezes maior do que em outros países, a prevalência de déficit de altura é 3 vezes maior do que a prevalência em populações bem nutridas e ainda existem populações residentes em municípios onde não há acesso a serviços de saúde ou médicos, a exemplo de populações na Amazônia e na região nordeste. Constituindo, portanto, os principais desafios a serem transpostos pelas equipes de saúde brasileiras.

3.3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE DAS CRIANÇAS

Assumindo a saúde como um direito humano fundamental e como a mais importante meta social a nível mundial, 138 países signatários da Declaração de Alma-Ata (1978) firmaram o compromisso de promover e proteger a saúde de todos os povos,

até o ano 2000, para o alcance de um nível de saúde que permita o desenvolvimento social e economicamente produtivo, utilizando a APS como principal estratégia para o alcance da meta ^[7,13].

Segundo o documento cuidados primários de saúde são:

Atenção essencial à saúde baseada em práticas e tecnologias cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis a indivíduos e famílias, a custo compatível com o desenvolvimento de cada país. É parte integral e central do sistema de saúde do país, e enfoque central do desenvolvimento social e econômico de uma comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde, levando atenção a saúde o mais próximo possível das pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (8, pg. 1).

Nesse sentido a APS passa a ser entendida como uma prioridade na organização dos sistemas de saúde para a prevenção e promoção da saúde das populações, e como um conjunto de ações composto tanto por serviços de atenção médica como de ações influenciadoras de melhorias de condições políticas, sociais, econômicas e ambientais do indivíduo, família e comunidade. A definição de APS elaborada por Starfield ⁽³¹⁾ ilustra bem essa condição:

Atenção primária é um nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. (...) Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe (...) é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como

especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. (31, pág. 25).

Starfield ⁽³¹⁾ salienta ainda os atributos essenciais para a caracterização da APS: o primeiro contato, a continuidade, o alcance ou extensão e coordenação ou integração. A atenção ao primeiro contato implica que o serviço deve ter acessibilidade e uso a cada novo problema originário da busca, do usuário, pela atenção à saúde. A longitudinalidade implica na existência do serviço como fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. A integralidade implica no esforço da unidade para o atendimento das necessidades dos pacientes em todos os níveis de atenção. E por fim, a coordenação (integração) que pressupõe a continuidade no atendimento, via profissionais de saúde ou prontuários.

No Brasil, foram constituídos os seguintes modelos de atenção à saúde: Modelo de Saúde pública na década de 40 e 50, Modelo de assistência médico-previdenciário e a APS na década de 60 ⁽³²⁾.

Em 2006, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi instituída como eixo estruturante da Atenção Básica (AB), como é conhecida a APS no Brasil, através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Atualmente, a ESF vem sendo implantada em substituição ao modelo tradicional para a AB com o desafio de alcançar a cobertura universal, a equidade, a melhoria da qualidade da atenção primária a saúde, a humanização dos cuidados de atenção básica e maior eficiência na utilização dos recursos disponíveis para a APS ⁽⁸⁾.

No que se refere à saúde das crianças, a efetividade da APS vem se consolidando por meio de evidências científicas que atestaram seus efeitos e atributos sobre a diminuição de internações hospitalares por condições evitáveis em crianças e adultos, equidade no acesso a serviços públicos de saúde infantil, diminuição de consultas não urgentes a emergências, a redução do baixo peso ao nascer e mortalidade infantil, maior

satisfação dos usuários e a obtenções de melhores indicadores de saúde populacionais com menor custo ⁽⁸⁾. Por isso, a Agenda de Compromissos orienta a organização dos serviços de saúde e da rede de atenção à criança centrada na ESF, como porta de entrada do sistema de saúde ^[3].

3.4. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A ESF é baseada em equipes multiprofissionais, responsáveis pela atenção integral e continuada à cerca de 800 famílias (3450 pessoas), residentes em um território definido, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. As ações desenvolvidas estão centradas na família, considerando os determinantes sociais do processo saúde-doença ⁽³³⁾.

O trabalho estrutura-se a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), onde fica sediada a equipe multiprofissional responsável por uma determinada população a ela vinculada. Esse modelo de atenção à saúde permite a formação de vínculos entre a comunidade e a equipe, o que permite a compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções a partir dos determinantes identificados ⁽³³⁾.

Os campos de atuação das ações de saúde da ESF referem-se à promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos à saúde, a assistência e o tratamento individual, familiar e comunitário integrais e a reabilitação da saúde. Suas práticas devem abranger todas as fases do ciclo reprodutivo da vida humana (crianças, adolescentes, jovens, mulheres e homens adultos, idosos), os agravos prioritários, necessidades de saúde e doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis (hipertensão, diabetes mellitus, tuberculose, hanseníase, DST/AIDS, malária, dengue, alcoolismo) e ações programáticas (saúde mental, saúde do trabalhador, programas de reabilitação comunitária) ⁽³³⁾.

a) Infraestrutura e recursos necessários:

Segundo a PNAB ⁽³³⁾, são itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

- Equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais e composta por, no mínimo, médico,

enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS);

- Número de ACS suficiente para cobrir, 100% da população cadastrada, com no máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por ESF;
- Uma Unidade de Básica de Saúde (UBS) que possua no mínimo: consultório médico e de enfermagem, área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade; e ainda equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas;
- Garantia de fluxo de referência e contra referência aos serviços especializados, apoio diagnóstico, ambulatorial e hospitalar; e
- Existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessário para o funcionamento da UBS

b) Processos de trabalho da Equipe de Saúde da Família

O processo de trabalho das ESFs incluem tanto o processo de trabalho das equipes de atenção básica quanto o processo específico dessa modalidade de assistência.

Dessa forma o processo de trabalho as USF é caracterizado por ⁽³³⁾:

- Definição de territórios de atuação da UBS, mapeamento e reconhecimento da área adscrita, com atualização contínua;
- Manter atualizado o cadastro das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características de seu território;
- Diagnóstico, programação e implementação das atividades de acordo com o perfil epidemiológico territorial, priorizando solução de problemas de saúde mais frequentes;

- Prática do cuidado familiar ampliado, por meio do conhecimento da estrutura e funcionalidade da família propondo intervenções que influenciem o processo saúde-doença dos indivíduos, famílias e comunidades;
- Trabalho interdisciplinar e em equipe;
- Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;
- Desenvolver ações focalizadas em grupos de risco e fatores de risco comportamental;
- Valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive;
- Desenvolvimento de ações educativas e de ampliação do controle social por meio da promoção e estímulo à participação da comunidade no controle, no planejamento, execução e avaliação das ações;
- Assistência básica integral contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;
- Realizar primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- Participação da equipe no planejamento e avaliação sistemática das ações; implementadas, visando readequação do processo de trabalho.

4. A AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE E ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO

Os estudos de avaliação ganharam lugar de destaque no campo das políticas públicas e particularmente nas políticas de saúde, por conta do final do período de implantação de programas de saúde na década de 70 e da necessidade de controlar os custos do sistema de saúde, isso devido à desaceleração do crescimento econômico e ao papel do Estado no financiamento da Saúde ⁽³⁴⁾.

No caso do Brasil, a necessidade de avaliar os programas e serviços de saúde teve como determinantes a complexidade do perfil epidemiológico do país, requerendo novas abordagens e a incorporação de novas tecnologias; mudanças nos dispositivos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS); o controle de gastos em saúde e a prestação de contas aos organismos financiadores externos ⁽³⁵⁾.

As decisões necessárias à gestão de um sistema de saúde são difíceis de tomar, por causa do caráter muito complexo do sistema de saúde, das grandes zonas de incerteza que existem nas relações entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de resolvê-las, do desenvolvimento muito rápido das novas tecnologias médicas e das expectativas crescentes da população. Neste contexto, a necessidade de informações sobre o funcionamento e eficácia do sistema de saúde é considerável e a avaliação parece ser a melhor solução. (36, pg. 30).

Nesse contexto a avaliação ganhou prestígio e destaque, tornando se um campo rico, complexo e necessário.

O conceito universal e absoluto de avaliação ainda é amplamente discutido entre os estudiosos. Entretanto a definição apresentada por Contandriopoulos et al ³⁴, é objeto de amplo consenso até os dias atuais. Para o autor avaliar significa conferir julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer de seus componentes, sendo esta constituída pelos resultados de várias análises obtidas por métodos e abordagens diferentes.

Para Alkin *apud* Samico et al (2010) ⁽³⁷⁾ o campo da avaliação teve origem a partir de duas necessidades: a prestação de contas e a investigação social. A partir desta última surgiram 3 tipos de estudos: a avaliação como pesquisa, focalizada nos métodos e no desenho metodológico; os estudos focalizados no *valor* das intervenções, cuja principal atividade é o julgamento de valor e mérito e, por fim, àqueles que salientam o *uso* da avaliação, na perspectiva de que os estudos devem ser conduzidos para atender às necessidades dos interessados no programa, orientando a tomada decisão.

Para efeitos deste estudo, enfatizaremos os estudos de avaliação focalizados nos usos da avaliação, tomando como referência também o conceito proposto por Patton ⁽³⁸⁾: “avaliação é a coleta sistemática de dados sobre atividades, características e efeitos de programas para uso de interessados, de forma a reduzir incertezas, melhorar a efetividade e tomar decisões com respeito ao que aquele programa está fazendo, quais são seus resultados e como pode ser ajustado.”.

Contandriopoulos propõe a classificação das avaliações em ⁽³⁶⁾:

- Normativa, onde se avalia cada um os componentes da intervenção (estrutural, processo e resultados) em relação às normas e critérios; é uma atividade comum em uma organização ou um programa, e;
- Pesquisa avaliativa, onde as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção são examinadas por um método científico específico, analisando a pertinência (análise estratégica), os fundamentos teóricos (análise da intervenção), a produtividade (análise da produtividade), os efeitos (análise dos efeitos) e os rendimentos (análise dos rendimentos) de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa (análise de implantação), em geral , com o objetivo de auxiliar a tomada de decisão.

A análise de implantação constitui um dos seis tipos de análises que compõe a pesquisa avaliativa. Trata-se do estudo das condições de implantação das intervenções e dos processos de produção dos seus efeitos através da análise da influência de 3 componentes: 1- Determinantes contextuais no grau de implantação; 2- Variações da implantação e sua eficácia e; 3- da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados ⁽³⁹⁾.

Os componentes 2 e 3 explicam os efeitos observados após a introdução de uma intervenção, enquanto o componente 1 busca explicar as variações na implantação e nos efeitos da intervenção, e não somente descrevê-los, de modo a garantir a sua integridade ⁽³⁹⁾.

O componente 1, uma das abordagens de análise desse estudo, analisa a influência dos determinantes contextuais no grau de implantação das intervenções, para compreender a extensão da operacionalização adequada de um dado programa. Para isso, é consenso entre muitos estudiosos que para medir o grau de implantação de uma intervenção deve-se: definir os componentes da intervenção; identificar as práticas inerentes à implantação da intervenção; descrever as práticas correntes da intervenção nas áreas envolvidas e; analisar a variação na implantação em função da variação das características contextuais ⁽³⁹⁾.

O primeiro componente da análise de implantação é indicado para a avaliação de intervenções complexas e composta de elementos sequenciais, visto que é provável que uma intervenção com essas características seja influenciada por várias características contextuais (por exemplo, adesão ao programa, governabilidade) e, nesse caso, uma análise dos determinantes contextuais da implantação permitiria a identificação dos meios onde uma implantação integral da intervenção plausível ⁽³⁹⁾.

Vale ressaltar ainda que a análise de implantação tem como foco a influencia dos contextos nos efeitos (componente 2 e 3) e no grau de implantação (componente 1), requerendo, portanto, um modelo explicativo para a análise dos contextos.

Para isso, Denis & Champagne ⁽³⁹⁾, concordando com vários autores, propõem um modelo explicativo a partir da teoria das organizações, o modelo político contingencial, segundo o qual o processo de implantação de uma intervenção deve, prioritariamente, ser abordado segundo uma perspectiva política. Todavia, ele também é influenciado pelas características estruturais da organização em sinergia ou em antagonismo na atualização das estratégias de uma intervenção.

5. O ENFOQUE SITUACIONAL DE CARLOS MATUS

Carlos Matus, economista chileno, desenvolveu uma reflexão abrangente sobre Política, Planejamento e Governo, especialmente na área da saúde. A partir de suas reflexões sobre o ato de planejar, de sua experiência como ministro da economia do governo Allende e da análise de outras experiências de planejamento normativo na América Latina, Matus idealizou o Planejamento Estratégico Situacional. ⁽⁴⁰⁾

Sua proposta conceitual e metodológica toma como ponto de partida a noção de situação, problema e ator social. Onde situação é compreendida como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social e o Problema é algo fora dos padrões de normalidade para um Ator social. O autor define como ator social uma pessoa, grupamento humano ou instituição capaz de agir, produzindo fatos na situação. ⁽⁴¹⁾

Dessa forma na explicação situacional de Matus o ator analisa a realidade, os problemas desde dentro da situação, e esta é constituída pelo ator-eixo da explicação situacional, por outros atores, por suas ações e pelas estruturas econômicas, políticas, ideológicas e culturais que condicionam os atores e suas ações ⁽⁴⁰⁾.

O enfoque situacional do planejamento, segundo Matus, reconhece a existência de múltiplos atores, sugerindo a adoção de uma visão policêntrica, que supõe a combinação de ações estratégicas e comunicativas entre atores, visando à construção de consensos acerca dos problemas a enfrentar, dos objetivos a alcançar e das alternativas de ação a desenvolver para alcançá-los. (40, pg.27)

Ainda segundo Matus ⁽⁴²⁾, governar significa escolher uma direção e ter capacidade de persistir nessa direção apesar dos obstáculos. Nesse processo são fundamentais a eficácia do rumo escolhido e o cálculo das dificuldades do caminho

escolhido. Nesse sentido, governar, então, exige a articulação constante de três variáveis:

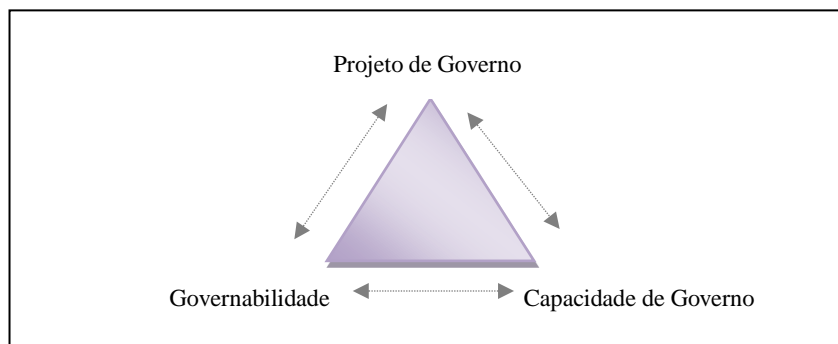


Figura 01. Triângulo de Governo de Carlos Matus.

Fonte: Adaptado de Matus (1996).⁽⁴²⁾

- a) Projeto de governo: Refere-se ao conteúdo propositivo dos projetos de ação para o alcance de seus objetivos. O conteúdo propositivo é produto das circunstâncias e dos interesses do governante, bem como de sua capacidade de governo.⁽⁴²⁾
- b) Capacidade de governo: Refere-se à capacidade de condução do plano e ao arcabouço de técnicas, conhecimento, métodos, destrezas e habilidades do governante e sua equipe, dependendo de sua governabilidade sobre o sistema e do conteúdo propositivo do projeto de governo. Se expressa na capacidade de direção, de gestão, de administração e de controle. Sendo o planejamento o principal componente da capacidade de governo.⁽⁴²⁾
- c) Governabilidade: Refere-se à relação entre o peso das variáveis controladas e não controladas por um ator, no processo de governo. Quanto maior o número de variáveis decisivas que um ator controla, maior sua governabilidade do sistema. O peso das variáveis relevantes depende do projeto de governo e da capacidade de governo. Expressa o poder que determinado ator tem para realizar seu projeto e é relativa às demandas impostas pelo projeto e à sua capacidade de governo.⁽⁴²⁾

Portanto, a baixa capacidade de governo afeta a governabilidade, a qualidade da proposta e a gestão do governo. As exigências do projeto prescindem de capacidade de governo e da governabilidade do sistema. E por fim, a governabilidade impõe limites ao projeto de governo e põe à prova a capacidade de governo. ⁽⁴³⁾

Salienta-se ainda que este enfoque vem sendo incorporado ao debate e ao processo de elaboração metodológica do planejamento em saúde por estudiosos e técnicos de vários países, inclusive o Brasil, a partir do final da década de 80. ⁽⁴¹⁾

Dessa forma, foi utilizado o referencial proposto por Carlos Matus para a análise e avaliação do contexto político-organizacional da ação Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e imunização infantil, no município de Manaus.

6. MODELO TEÓRICO DA AVALIAÇÃO

O modelo teórico de um programa deve explicitar como um programa idealmente funciona, é, segundo Bunge ⁽⁴⁴⁾, um sistema hipotético-dedutivo relativo a um objeto-modelo, um modelo de como o programa causa os efeitos pensados ou observados ⁽⁹⁾. Para o autor, esse movimento de enriquecimento da teoria geral de um objeto-modelo significa o estreitamento do domínio de ação da teoria geral e a possibilidade de torná-lo verificável.

Outro artifício importante das pesquisas avaliativas é a construção do modelo lógico, que representa a lógica do programa, especificando os insumos, os componentes do programa, os resultados a curto e longo prazo e os vínculos entre eles ⁽⁹⁾. Constitui-se, portanto, em um esquema visual de como o programa deve ser implementado e seus resultados esperados.

Partindo desses princípios apresentamos a descrição da intervenção, seguida do modelo lógico da intervenção Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, para visualização da imagem-objetivo da intervenção avaliada.

6.1. Descrição da Intervenção

O Ministério da Saúde, na forma da Agenda de Compromissos pela Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (AC) elenca 04 intervenções prioritárias da saúde infantil: Promoção do nascimento saudável, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e imunização, promoção do aleitamento materno e alimentação saudável e atenção às doenças prevalentes na infância. As linhas prioritárias foram estabelecidas considerando as principais causas de morbidade e mortalidade infantil no Brasil e direcionam este estudo por constituírem as ações indispensáveis nos cuidados dirigidos à atenção da criança ^[3].

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) constitui eixo referencial para todas as atividades de atenção às crianças ^(4,5). Por isso foi selecionada como variável nesse estudo, em detrimento das demais.

6.1.1. Acompanhamento do crescimento

O crescimento infantil é um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida. O padrão de crescimento infantil é, talvez, o melhor indicador para avaliar o estado de saúde e nutrição de crianças, e o monitoramento do estado nutricional de crianças desde o nascimento é valioso na identificação precoce de situações de risco nutricional ^(45,46), em decorrência de sua estreita relação de dependência de fatores ambientais, refletindo as condições de vida da criança. ⁽⁵⁾

Todo indivíduo nasce com um potencial genético de crescimento que poderá ou não ser atingido, a depender das condições de vida a que é submetido. Assim, pode se afirmar que o crescimento é influenciado por fatores intrínsecos (genéticos, metabólicos, etc.) e por fatores extrínsecos (alimentação, morbidades, cuidados gerais de higiene, saneamento básico, acesso aos serviços de saúde). ⁽⁵⁾

Em crianças menores de cinco anos, a influência dos fatores ambientais é mais contundente do que os fatores genéticos para a expressão do seu potencial de crescimento. Este último tem influência mais evidente na criança maior, adolescentes e jovens. ⁽⁵⁾

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil visa à promoção e proteção da saúde da criança através do diagnóstico e tratamento precoce de doenças de sub ou sobrenutrição. Permite a identificação de crianças com maior risco de morbimortalidade, de modo a prevenir que desvios de crescimento comprometam a saúde infantil e conseqüentemente sua qualidade de vida futura. ^(45, 46).

A ação de CD figura na agenda do Ministério da Saúde do Brasil desde a década de 70, estando presente em todas as gestões da área Técnica de Saúde da Criança. Suas atividades são desenvolvidas na APS, em todos os tipos de unidades básicas de saúde.

A Agenda preconiza o CD como uma linha de cuidado prioritária e parte da avaliação integral da criança, envolvendo principalmente registros antropométricos na Caderneta de Saúde da Criança. Para Barros e Victora ⁽⁴⁷⁾ o melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico do peso, da estatura e do IMC da criança na Caderneta de Saúde da Criança.

Segundo a Agenda, para o desenvolvimento desta ação, a equipe de atenção básica deverá: conhecer a população infantil da área de atuação; garantir a execução do calendário de acompanhamento do crescimento/desenvolvimento (CD); manter continuamente a prática de acolhimento e escuta da criança/família que procura o serviço; detectar os sinais de risco de doenças; avaliar integralmente a criança; checar e atualizar a Caderneta da Criança em todas as oportunidades, visando garantir a imunização e a vigilância nutricional, além de promover e apoiar o aleitamento materno [3, 5].

Número de consultas	IDADE												
	Dias	Meses								Anos			
	Até 15 dias	1	2	4	6	9	12	18	24	3	4	5	6
1º. ano 07 consultas													
2º. Ano 02 consultas													
3º. Ano 01 consulta													
4º. Ano 01 consulta													
5º. Ano 01 consulta													
6º. Ano 01 consulta													

Figura 02 - Calendário mínimo de consultas para assistência à criança.
Fonte: Ministério da Saúde, 2002 ⁽⁵⁾.

Os principais métodos de avaliação nutricional incluem inquéritos dietéticos, determinações bioquímicas, avaliações clínicas e antropometria, sendo esta última um dos instrumentos mais importantes na avaliação do estado nutricional infantil ^[46,47].

A antropometria consiste na medida das dimensões corporais e da composição global do corpo humano em diferentes idades e em distintos graus de nutrição. Essas medidas associadas à idade, ao sexo e a outras variáveis antropométricas permitem conhecer o estado de saúde e o risco nutricional de indivíduos em geral ^(45,46). As medidas antropométricas realizadas em crianças incluem: peso, estatura, comprimento, altura e perímetro cefálico.

A classificação do estado nutricional de crianças: é realizada pela reunião e interpretação de 3 elementos: índices e indicadores antropométricos, critérios de classificação e tabela de referência de crescimento ^(5, 45,46).

Os índices antropométricos classificam o estado nutricional de crianças e são originados pela combinação das medidas antropométricas, sendo, portanto, estatura-para-idade (reflete o crescimento linear), peso-para-idade (monitora o estado nutricional), peso-para estatura (excesso ou déficit de peso em relação à estatura). Esses índices devem estar associados a um ponto de corte a partir do qual as crianças são classificadas em eutróficas, portadoras de déficit ou excesso de peso ou estatura, a partir dos critérios de classificação distribuição normal e percentil (mais utilizadas) ^(5 45,46).

Para a avaliação nutricional faz-se necessário definir a referência do padrão de crescimento a ser adotada para a comparação dos valores antropométricos. Em 2006 a OMS lançou uma referência de crescimento (estatura-para-idade, peso-para-idade, peso-para-estatura e Índice de Massa Corporal) ser utilizada por crianças de 0 a 5 anos de idade, sendo este o padrão utilizado pelo MS na Caderneta de Saúde da Criança, a ser preenchida pela equipe básica de saúde da família ^(45,46, 48).

A Caderneta de Saúde da Criança utiliza como parâmetros para a avaliação nutricional de crianças menores de 10 anos os gráficos: perímetro cefálico (zero a 2 anos), peso para a idade (zero-2 anos, 2-5 anos e 5-10 anos), comprimento/estatura para a idade (zero-2 anos, 2-5 anos e 5-10 anos), índice de massa corporal (IMC) para a idade (zero-2 anos, 2-5 anos e 5-10 anos).⁽⁴⁾

O IMC como parâmetro de avaliação permite uma melhor avaliação da criança na relação peso/comprimento (menores de 2 anos) ou peso/altura (maiores de 2 anos), auxiliando na classificação e crianças em risco nutricional com comprometimento de estatura e a melhor identificação de crianças com excesso de peso e baixa estatura.⁽⁴⁶⁾

A avaliação do crescimento é feita a partir da compatibilização das medidas antropométricas registradas nas curvas disponíveis na Caderneta de Saúde da Criança e no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e os pontos de corte relacionados nos quadros abaixo.

Quadro 01 – Pontos de corte de peso para a idade para crianças menores de 10 anos.

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil > 97	Escore z > +2	Peso elevado para a idade
Percentil ≥ 3 e 97	Escore z ≥ -2 e +2	Peso adequado para a idade
Percentil ≥ 0,1 e 3	Escore z ≥ -3 e < -2	Peso baixo para a idade
Percentil < 0,1	Escore < -3	Peso muito baixo para a idade

Fonte: Brasil, 2009⁽⁴³⁾; Brasil, 2012⁽⁴⁾.

Quadro 02– pontos de corte de IMC para a idade para crianças menores de 10 anos.

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil > 99,9	Escore z > +3	Obesidade grave (acima de 5 anos e obesidade (0 a 5 anos)
Percentil > 97 e 99,9	Escore z +2 e +3	Obesidade (acima de 5 anos) e sobrepeso (0 a 5 anos)
Percentil > 85 e 97	Escore z > +1 e < +2	Sobrepeso (acima de 5 anos) e risco de sobrepeso (0 a 5 anos)
Percentil ≥ 3 e 85	Escore z ≥ -2 e +1	IMC adequado
Percentil ≥ 0,1 e < 3	Escore z ≥ -3 e < -2	Magreza
Percentil < 0,1	Escore z < -3	Magreza acentuada

Fonte: Brasil, 2009⁽⁴³⁾; Brasil, 2012⁽⁴⁾.

Quadro 03 – Pontos de corte comprimento/altura para a idade para crianças menores de 10 anos

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil ≥ 3	Escore $z > +2$	Comprimento/altura adequado para a idade
Percentil $\geq 0,1$ e < 3	Escore $z \geq -2$ e $+2$	Comprimento/altura baixo para a idade
Percentil $< 0,1$	Escore < -3	Comprimento/altura muito baixo para a idade

Fonte: Brasil, 2009⁽⁴³⁾; Brasil, 2012⁽⁴⁾.

6.1.2. Acompanhamento do desenvolvimento

O acompanhamento do desenvolvimento infantil faz parte do rol de ações do Ministério da Saúde do Brasil desde a década de 70, contudo sua importância enquanto atividade de promoção da saúde infantil foi tratada com menor destaque até a década de 90.⁽⁵⁾

O conceito de desenvolvimento refere-se a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, incluindo períodos de crescimento, maturação, aprendizagem e aspectos psíquicos e sociais.⁽⁴⁹⁾ A criança, como um ser dinâmico, apresenta uma sequência de transformações regulares e previsíveis de crescimento físico e desenvolvimento. E esse desenvolvimento, assim como o crescimento, é influenciado por fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais), causando variações no indivíduo, e inicia-se desde o período intrauterino.⁽⁴⁾

Após o nascimento, o ambiente, os cuidados, afeto, estímulos e alimentação passam a serem fatores fundamentais no processo de desenvolvimento da criança.⁽⁵⁾

O acompanhamento do desenvolvimento da criança na atenção básica visa a sua promoção e a detecção precoce de alterações passíveis de modificações que possam impactar na sua qualidade de vida futura.⁽⁴⁾

O desenvolvimento infantil transcorre por estágios correspondentes a determinado período de crescimento e da vida, e assim cada um desses períodos tem suas características específicas e ritmos ⁽⁵⁾. A criança deve atravessar cada estágio de forma sequencial e regular, à medida que a criança é estimulada ou motivada.

Essa sequência do desenvolvimento infantil pode ser identificada através dos marcos tradicionais do desenvolvimento infantil, que são referências para a observação dos avanços da criança no tempo e do desenvolvimento de habilidades. E esses marcos constituem a base dos instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil: Ficha de acompanhamento do desenvolvimento, na Caderneta da Criança ^(5,48). Essa ficha não visa o diagnóstico, mas serve de roteiro de observação e identificação de crianças com prováveis problemas de desenvolvimento.

A observação do estágio de desenvolvimento deve ser realizada durante a consulta da CD. O profissional deve tentar observar os marcos do desenvolvimento desde o início da consulta. A Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento deve ser afixada no prontuário da criança e deve existir uma padronização do seu uso. O profissional anotará sua observação no espaço correspondente à idade da criança e ao marco de desenvolvimento esperado, de acordo com a seguinte codificação: P = presente; A = ausente e NV = não verificado. ⁽⁵⁾

Na observação dos marcos de desenvolvimento, o profissional deve considerar as informações e opiniões dos pais e dispensar orientações em relação ao desenvolvimento de funções fisiológicas e comportamentais. ⁽⁵⁾

Na Caderneta da Criança encontram-se a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento e ainda, considerações e orientações importantes aos profissionais sobre crianças autistas e com Síndrome de Down e orientações para a tomada de decisão. ⁽⁴⁸⁾

6.1.3. Modelo lógico da intervenção

O modelo lógico consiste em um esquema visual que apresenta como uma programa deve ser implementado e quais os resultados esperados. Para Mayne, em Medina et al ⁽⁵⁰⁾, apresentar o modelo lógico permite definir o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados observados. Significa ainda detalhar o programa em termos da constituição de seus componentes e sua operacionalização, discriminando todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em metas, abstraindo-se aqui suas determinações contextuais ⁽⁵¹⁾.

O modelo lógico da ação programática acompanhamento do crescimento e desenvolvimento foi desenvolvido tomando como referência a literatura científica existente sobre o tema. Para isso adotou se o Manual de CD do MS como modelo da intervenção.

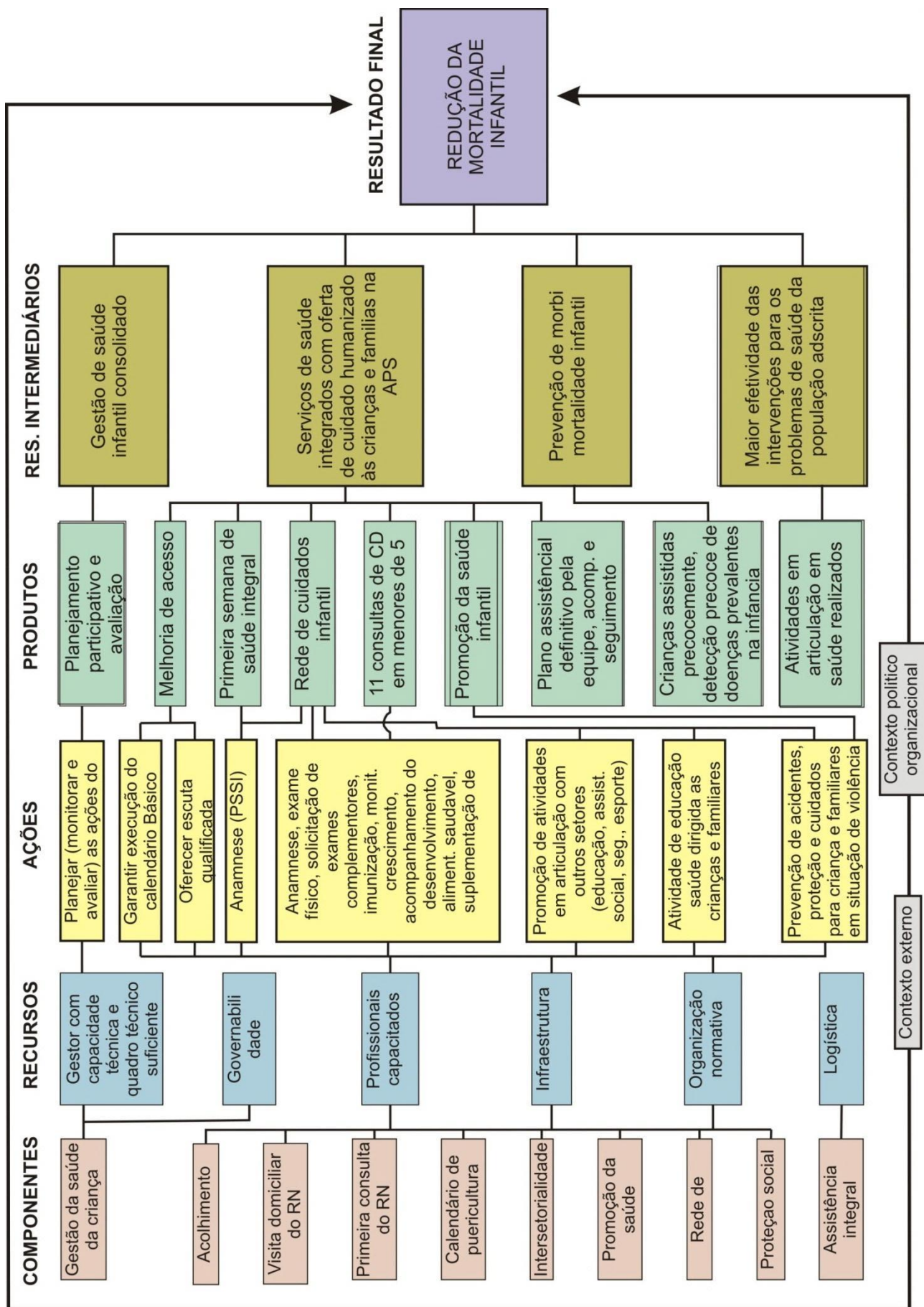


Figura 3. Modelo Lógico do Programa Saúde da Criança – Ações prioritárias

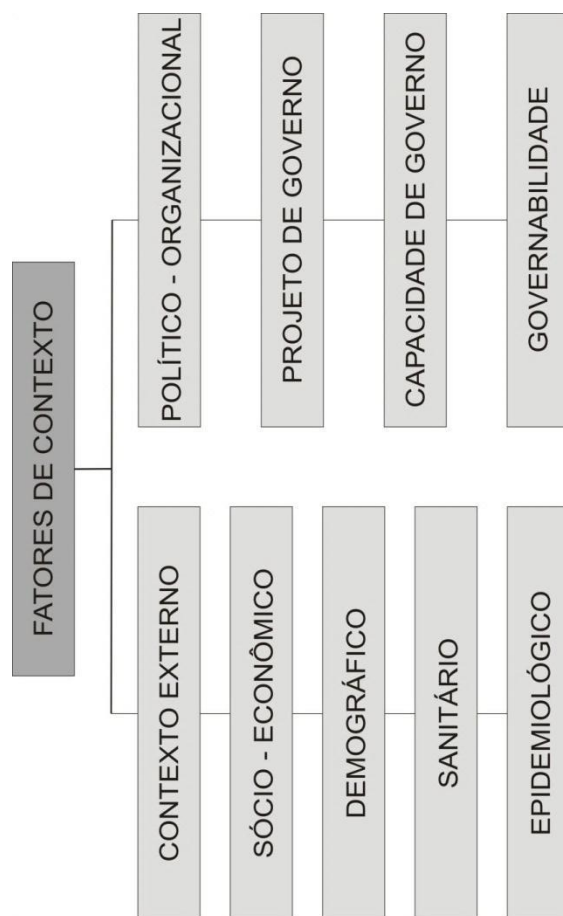


Figura 4 Modelo Lógico do Programa Saúde da Criança – Contextos

6.2. Desenho da avaliação

O desenho da avaliação é a descrição detalhada de todas as ações implementadas para a realização de uma pesquisa avaliativa.

Considerando o objetivo (geral) do projeto adotou se como referência o conceito de avaliação proposto por Patton ⁽³⁸⁾, focado na utilização da avaliação, associado ao conceito de Contandriopoulos ^[28], que enfatiza fortemente o caráter de julgamento de valor do programa/intervenção ou sobre seus componentes, sendo esse julgamento um resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Esta pesquisa consistiu em uma pesquisa avaliativa, do tipo análise de implantação, com triangulação de métodos.

Uma pesquisa avaliativa constitui se numa investigação, baseada em métodos científicos, das relações existentes entre os diferentes componentes de um programa/intervenção e/ou entre eles e o contexto mais amplo, combinando elementos da ação normativa organizacional com elementos da pesquisa científica objetivando o subsídio de decisões e o gerenciamento de programas e projetos ⁽⁵²⁾.

Tomou se como referência o modelo de Hartz ⁽⁵³⁾ para visualizar o tipo de avaliação proposto neste projeto. O modelo ilustra os seis tipos de pesquisas avaliativas e seus respectivos enfoques de estudo. Nesta adaptação feita por Vasconcelos ⁽⁵²⁾ enfatizamos a análise de implantação.

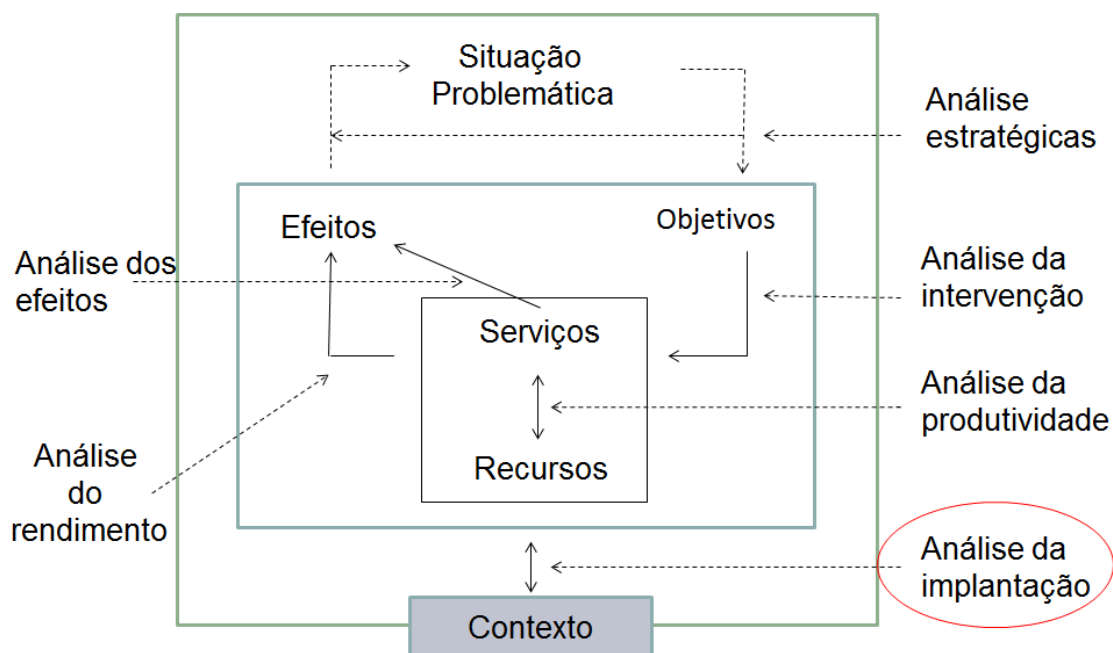


Figura 5: Tipos de pesquisa avaliativa
Fonte: Hartz, 1997 ⁽⁵³⁾.

A avaliação do tipo análise implantação consiste na mensuração da possível influência do grau de implantação e dos contextos da intervenção nos seus efeitos ^[28]. Por grau de implantação entendem-se os fatores que influenciam uma maior ou menor operacionalização da intervenção ⁽³⁹⁾.

Denis & Champagne ⁽³⁹⁾ ressaltam que a análise de implantação visa à compreensão das condições de implantação da intervenção e os processos de produção de seus efeitos através da análise da influência de 3 componentes: determinantes contextuais no grau de implantação dos programas (componente 1); a variação da implantação e sua eficácia (componente 2) e a interação entre os contextos da implantação e a intervenção nos efeitos observados –processos (componente 3).

Considerando o CD uma intervenção complexa, composta por elementos sequenciais, e influenciada por diversos contextos optou-se pelo desenho de estudo do tipo análise da implantação com recorte no componente 1 da tipologia proposta por

Denis & Champagne ⁽³⁹⁾, de modo a determinar o grau de implantação e analisar a influência dos determinantes contextuais dessas ações na ESF de Manaus.

Essa pesquisa se utilizou da estratégia do estudo de caso com múltiplas unidades de análise (Unidades Básicas de saúde da Família) com utilização de múltiplas fontes de informação por meio da triangulação de técnicas de pesquisa, para destacar os resultados contrastantes e complementares conferindo ao fenômeno estudado uma visão multidimensional.

Assim esta pesquisa analisou a implantação do CD em uma amostra de conveniência de unidades básica de saúde da família de Manaus.

Manaus é a capital do estado do Amazonas que, com 1.802,014 habitantes, concentra cerca de 52% da população de todo o estado ⁽⁵⁴⁾. É o centro financeiro e econômico do estado, concentrando a maioria dos recursos (serviços de saúde, educação, trabalho e renda), sendo também a referência estadual para o tratamento de doenças.

A cidade possui uma ampla rede de serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade. A atenção básica, locus desse estudo, é ordenada pela estratégia saúde da família combinada a unidades básicas de saúde tradicional.

A ESF está implantada no município desde 1999 e em conta com 155 equipes, com cobertura de 47% da população, distribuídas nos 04 distritos de saúde da zona urbana ⁽⁵⁵⁾.

A população infantil de Manaus é composta por 325.812 (19%) crianças menores de 10 anos de idade, constituindo-se, portanto, uma importante faixa da população a ser assistida pelos serviços de saúde municipal ⁽⁵⁶⁾.

Em relação à população infantil destaca-se a queda dos índices de natalidade e dos coeficientes de mortalidade. Contudo a mortalidade infantil (15,92) ainda constitui um desafio para o município, uma vez que ainda mantém-se acima da média nacional, e que, nos últimos anos, vem apresentando aumento discreto, impulsionado pelo componente neonatal do indicador ⁽⁵⁵⁾.

Segundo o relatório de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de 2007 ⁽⁵⁷⁾, o coeficiente de Mortalidade infantil por doença diarreica também obteve um bom desempenho (0,07 por mil nascidos vivos) nos últimos anos, mantendo-se abaixo da meta anual local (0,10). O coeficiente de mortalidade infantil por pneumonia alcançou 0,31 por mil nascidos vivos em relação à meta anual pactuada (0,54), havendo redução da mortalidade por este agravo se comparado a 2006 (0,67).

Com o objetivo de melhorar, ampliar e qualificar a atenção à população, o município adotou a Estratégia Saúde da Família como eixo norteador e organizador da Atenção Primária à Saúde em caráter substitutivo do modelo tradicional. Desde 2009, está em curso o reordenamento e ampliação da Rede Básica de Saúde, devido à identificação de problemas de iniquidade na distribuição espacial das Unidades, estrutura física inadequada em algumas unidades e necessidade de estabelecer referências, dentre outras ⁽⁵⁸⁾.

Atualmente existem UBSFs com 03 tipos de estruturas físicas diferentes: unidades de saúde da família tradicionais, de 32m², unidades de saúde da família ampliada (103m²) e módulos de saúde da família (semelhantes às unidades ampliadas).

Do total de 155 UBSFs (em 2011) foram selecionadas, de forma aleatória, 08 unidades, sendo 02 unidades de cada distrito de saúde urbano. Os critérios de inclusão das unidades foram: estar em pleno funcionamento no momento da pesquisa,

autorização dos profissionais para a coleta de dados (entrevistas) e ser 01 UBSF do modelo tradicional e 01 ampliada. O critério de exclusão foi a indisponibilidade ou recusa dos profissionais lotados na unidade em participar da pesquisa.

O número de unidades-caso definidos permite a visualização dos casos em cada DISA, bem como a representatividade de dois modelos de estrutura existentes da rede de atenção básica do município-caso Manaus.

A presente pesquisa ocorreu no período de maio/2012 a março/2013 e a coleta de dados no período de outubro e dezembro de 2012. Os dados coletados referem-se ao período de 2005 a 2011, uma vez que no ano de 2005 a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA/Manaus) deflagrou o processo de distritalização da saúde na capital Manaus. Nesse período houve ainda ampliação do quadro de recursos humanos da SEMSA Manaus e uma reorganização da gestão da saúde no município.

A coleta de dados primária junto aos profissionais de saúde foi realizada por uma equipe de 04 profissionais de saúde, que realizaram observação direta e entrevista estruturada. Com o objetivo de minimizar os erros e maximizar a qualidade do trabalho de campo, esses profissionais foram capacitados com temas relativos à saúde infantil, atenção primária à saúde e técnicas de coletas de dados de pesquisa científica. Foi realizada ainda prática de aplicação do formulário para posterior coleta de dados em campo.

Este estudo teve seu projeto de pesquisa aprovado pela Comissão de ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus em 06 de junho de 2012 e pelo Comitê de Ética do Instituto Fernandes Figueira sob o parecer nº. 112.804, em 02/10/2012.

Para a realização do estudo a pesquisadora obteve financiamento proveniente da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) e da FIOCRUZ sob a forma de bolsa de estudo e diárias de trabalho de campo, respectivamente. O recurso foi empregado no trabalho de campo com a formação de uma pequena equipe para a coleta e organização dos dados.

Após a aprovação do relatório final pretende se apresentar os resultados ao gestor da saúde do município de Manaus e, de acordo com sua anuência, divulgar os resultados entre as partes interessadas na pesquisa (FAPEAM, distritos de saúde, unidades da atenção básica e conselhos de saúde). Os resultados serão divulgados em artigo científico e apresentação em congressos.

7. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Para a análise da ação de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (objetivo específico 2) esta pesquisa estudou a influência de 3 dimensões estratégicas no grau de implantação desta ação:

1. Contexto externo da intervenção;
2. Contexto externo: Político organizacional e;
3. Contexto interno: da intervenção/assistencial.

Dimensão Estratégica 1- é constituída pelo contexto externo da intervenção, refere-se à descrição das subdimensões contexto socioeconômico e epidemiológico no qual a intervenção está inserida, segundo os seguintes critérios: aspectos demográficos, sociais, econômicos, sanitários e epidemiológicos. Os dados referentes à dimensão 1 foram coletado por meio da análise documental e pesquisa a bases de dados.

Diversos autores defendem a análise documental como uma oportunidade de obter informações sobre aspectos impossíveis de serem submetidos à observação, uma vez que contém relatos anteriores ao momento da pesquisa. Spink *apud* Minayo ⁽⁵⁹⁾ destaca ainda que os documentos podem demonstrar a dinâmica simbólica e as transformações ocorridas nas organizações.

Partindo desse pressuposto, a análise documental envolveu as seguintes fontes de informação:

- a) Planos Municipais de Saúde do período de 2006 a 2013; ^(58, 60)
- b) Relatórios Anuais de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, do período de 2007 a 2011. ^(55,56, 57, 61, 10)

- c) Censo Demográfico 2010, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; ⁽⁵⁴⁾
- d) Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) ⁽⁶²⁾.

A análise documental ocorreu a partir de um roteiro sistematizado (Apêndice A), elaborado com o objetivo que buscar dados relativos às dimensões 1 e 2 (contexto externo e político organizacional).

Os dados coletados foram analisados e sintetizados segundo as categorias: aspectos demográficos, sociais, econômicos e sanitários.

Os resultados desta análise servem de contextualização do município estudado,.

Quadro 04 - Dimensões do modelo teórico de avaliação

CONTEXTO	DIMENSÕES ESTRATÉGICAS	SUBDIMENSÕES	CATEGORIAS DE ANÁLISE	FONTE
Externo	da intervenção	Aspecto socioeconômico Aspectos demográficos Aspecto sanitário	-----	Análise documental
Externo	Político-organizacional	Projeto de governo	Planejamento Financiamento	Análise documental Entrevistas semiestruturadas
		Capacidade de governo	Perfil do gestor Gestão Autonomia financeira	
		Governabilidade	Base de apoio político Controle social Intersetorialidade	
Interno	Contexto da intervenção	Infraestrutura	Ambiente físico Equipamentos Materiais e insumos Medicamentos Recursos humanos Organização normativa	Análise de prontuários Questionários semiestruturados
		Processos	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	Observação direta

Fonte: Adaptado de Matus, 1997 ⁽⁴³⁾; Stanise, 2008 ⁽⁹⁰⁾; Gattas, 2010 ⁽⁹¹⁾ e Botti, 2010 ⁽⁹²⁾.

Dimensão estratégica 2 – é ocupada pelo contexto político organizacional e constitui-se da análise das subdimensões projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade ⁽⁴²⁾.

A subdimensão projeto de governo refere-se à direcionalidade dos planos/projetos de ação como produtos da capacidade de governo e suas categorias de análise incluem o mecanismo de planejamento e financiamento da ação de saúde da criança, segundo critérios de análise definidos no apêndice I (Matriz de informação, análise e julgamento) ⁽⁴²⁾; A capacidade de governo reflete a capacidade técnica, o manejo de métodos, habilidades e experiência do gestor para conduzir o projeto ⁽⁴²⁾, dessa forma serão avaliadas as seguintes categorias de análise: perfil dos gestores de atenção básica e de saúde infantil e de gestão; e por fim, a governabilidade do sistema, que consiste na análise dos dispositivo de poder (político, econômico), como fundamentos políticos e financeiros para a efetivação de políticas públicas, de modo a viabilizar a gestão do projeto de governo ⁽⁴²⁾ e sua avaliação está baseada nas categorias: base de apoio político, autonomia financeira, controle social e capacidade de articulação do gestor municipal, cujos critérios de análise também estão relacionados no apêndice I.

Para esta dimensão os dados foram coletados através de 02 técnicas de pesquisa, a análise documental e entrevistas semiestruturadas (Apêndices B, C e D) com informantes-chaves.

Os dados da análise documental foram coletados nas mesmas fontes citadas na dimensão estratégica 1, à exceção das bases de dados, utilizando o Apêndice A – Análise documental. Foram coletadas informações referentes ao modelo de planejamento e de gestão, adequação do Plano de saúde infantil às ações e diretrizes elencadas na Agenda de Compromissos da Saúde da Criança, financiamento e execução

orçamentária da área técnica, mecanismos de avaliação do plano, articulação política e intersectorialidade, controle social e prestação de contas.

A consolidação dos dados coletados foi realizada por meio de análise e síntese do conteúdo, segundo as categorias projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade.

A entrevista destina-se a construção de informações e à abordagem de temas pertinentes ao objeto de estudo com vistas a um dado objetivo ⁽⁵⁹⁾. Foram aplicados roteiros semiestruturados. O conteúdo das entrevistas foi registrado em áudio, mediante consentimento dos sujeitos da pesquisa, e posteriormente transcrito *ipsis litteris* por profissional habilitado.

Para a compreensão dos contextos externo, político, organizacional e interno (assistencial) da ação foram eleitos como sujeitos da pesquisa alguns informantes-chaves. O informante-chave é aquele participante com o qual o pesquisador mantém um intercâmbio de informações a fim de explorar as variáveis de interesse e identificar problemas relevantes ⁽⁶³⁾.

Os critérios de seleção dos informantes-chaves foram: posição que ocupam, representatividade e grau de conhecimento para o fornecimento das informações estratégicas relacionadas ao tema da pesquisa, privilegiando-se a participação de pessoas com vinculações significativas com a gestão e assistência à saúde infantil. O critério de exclusão foi a recusa/impossibilidade em participar do estudo, e solicitada a indicação de outro profissional para a pesquisa. Sendo assim, foram entrevistados:

- a) Coordenador (a) Municipal de Saúde da Criança – Responsável pela gestão da área técnica de saúde da criança cujo objetivo é proporcionar atendimento

qualificado em toda rede de atenção básica de Manaus para faixa-etária de 0 a 9 anos, com serviços que garantam uma atenção integral à saúde desta população.

- b) Responsáveis Técnicos Distritais (quatro) das ações de saúde da criança – Profissional cuja atribuição é o gerenciamento das ações de saúde infantil em cada distrito de saúde, acompanhando rotineiramente o desenvolvimento dessas ações nas UBSFs.

Foram eleitos também como informantes-chave o Secretário Municipal de Saúde e o Coordenador de Atenção Básica, contudo não foi possível realizar as entrevistas em virtude do período de transição de gestão municipal de saúde e das agendas dos mesmos. Não foi possível obter retorno dos mesmos, de modo que também não houve indicação de um substituto para a entrevista.

O material produzido nas entrevistas foi processado utilizando-se a técnica de análise temática.

A análise temática consiste na contagem de um ou vários itens de significação, em uma unidade de codificação previamente determinada. Ou seja, põe enumeração temática é possível identificar atitudes, qualidades, aptidões, opiniões, etc., em seguida contam-se segundo cada unidade de codificação, as características presentes. ⁽⁶⁴⁾

Os resultados decorrentes da coleta de dados da dimensão 2 - contexto político-organizacional foram apresentados dentro das categorias de análise e analisado a partir do referencial proposto por Carlos Matus no Planejamento Estratégico Situacional ⁽⁴³⁾, que contribui para o aprimoramento da capacidade de governo.

Dimensão estratégica 3 – contexto da intervenção/assistencial – implica a análise das subdimensões estrutura e processos da ação CD e determinação do grau de implantação da intervenção.

O referencial proposto por Donabedian ⁽⁶⁵⁾ embasou os procedimentos de avaliação nessa dimensão estratégica. O autor propõe a abordagem sistêmica para a avaliação da atenção à saúde sistematizada na tríade: estrutura, processo e resultado. A estrutura refere-se aos recursos materiais, humanos e organizacionais; o processo às atividades, bens e serviços prestados e sua caracterização; e o resultado está relacionado ao produto e aos efeitos da intervenção.

Para fins desse projeto, o modelo proposto envolve apenas 2 componentes: a estrutura e o processo. E para o levantamento dos dados nessa dimensão serão utilizadas as técnicas de análise de prontuários, observação direta e questionários estruturados.

Na subdimensão infraestrutura foram analisados o ambiente físico, os recursos humanos, os insumos, materiais e equipamentos. Os dados foram coletados a partir de observação direta e registrado no instrumento de coleta 05- Check list de infraestrutura. (Apêndice E).

Os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas, onde foram registradas as respostas e distribuídos os pontos de infraestrutura. Os resultados foram incluídos na matriz de análise e julgamento de cada unidade para o cálculo do grau de implantação.

Na subdimensão processo foram coletados dados referentes à organização dos serviços de atenção á saúde infantil, ao desenvolvimento de atividades da ação acompanhamento crescimento e desenvolvimento e a alguns de seus indicadores. Os dados foram coletados por meio de 03 (três) técnicas de pesquisa, observação direta, entrevistas semiestruturadas e análise de prontuários.

As entrevistas dirigiram se aos profissionais de saúde das UBSFs, sendo 01 profissional por categoria (01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem e 01 agente comunitário de saúde), perfazendo um total de 04 profissionais por UBSF, quando as equipes estavam completas, buscando-se a compreensão dos processos de

trabalho e das diferentes abordagens à população infantil. Dessa forma foram entrevistados 28 profissionais de saúde, das 08 UBSFs selecionadas, os dados foram coletados segundo o Instrumento de coleta 06 – Formulário para profissionais de saúde (Apêndice F), de natureza semiestruturada. Os dados foram registrados pela equipe de trabalho de campo no próprio instrumento, conforme descrito no desenho da avaliação (seção 9). O instrumento é composto por 4 seções distintas:

- a) Identificação do formulário, onde foram registrados dados da UBSF e numeração de controle;
- b) Identificação dos profissionais, onde eram registrados o cargo/função, dados sociais, tempo de serviço, e dados sobre treinamentos e capacitações em temas relativos á saúde infantil;
- c) Informações sobre o atendimento geral da unidade, com campos relativos ao tipo de atendimento ofertado ás crianças, profissionais que atendem crianças, registro atualizado da população da área de abrangência, ações programáticas implantadas, diretrizes da atenção infantil, organização do processo de trabalho, sobre registros de dados, monitoramento e avaliação das atividades da UBS;
- d) Informações sobre a linha de cuidados CD, onde foram registrados dados sobre a captação de crianças para o CD, cadastro atualizado de crianças acompanhadas no CD, procedimentos e protocolos de CD, registro e acompanhamento de crianças com desvio do padrão de crescimento e de desenvolvimento.

Os instrumentos de coleta foram elaborados tendo como referência os instrumentos da Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) ⁽⁶⁶⁾, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução de

Mortalidade Infantil ^[3] e Instrumento Gerencial da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente: Avaliação, Sistema de Informação e Programação ⁽⁶⁷⁾.

O processamento dos dados foi realizado em 03 planilhas eletrônica do programa Excel, do Microsoft Office, versão 2012 de identificação dos profissionais, 01 de disposição dos dados coletados e 01 de atribuição de pontos às respostas registradas no formulário.

Para a atribuição dos pontos às respostas, primeiramente calculou-se a média ponderada das respostas dos 04 (quatro) profissionais entrevistados. Os resultados foram registrados na Matriz de análise e julgamento, para o cálculo do grau de implantação da ação em cada UBSF. Vale ressaltar ainda que, em virtude da complexidade das perguntas, às respostas de médicos e enfermeiros foram atribuídas peso 2 e aos demais profissionais, o peso 1.

A observação dos prontuários implica na análise de informações inerentes ao processo de cuidar da criança, às atividades e procedimentos adotados e registrados, permitindo assim a confrontação com a normativa vigente e com as demais informações coletadas no estudo.

Para esse fim, como resultado de uma amostra de conveniência, foram analisados 10% dos prontuários de crianças menores de 5 anos de idade cadastradas nas UBSFs selecionadas. Para a seleção dos prontuários utilizamos os critérios aplicados na pesquisa de Ferreira ⁽⁶⁸⁾ sobre a atenção integral à saúde da criança em Recife: relacionar as crianças cadastradas na unidade de saúde, procedendo-se o sorteio do prontuário da primeira família, verificando se existem crianças, e posterior análise a cada 10 crianças. Vale ressaltar que na ESF os prontuários são organizados por famílias, contudo este projeto analisará apenas os dados referentes à assistência prestada a crianças menores de 5 anos.

A coleta e registro de dados foi orientada pelo Instrumento de coleta no. 04-Roteiro para análise de prontuários (Apêndice D), com informações referentes a presença ou não de dados de identificação do paciente, de anamnese, tratamento e evolução, registros e outras observações no atendimento à criança.

Os dados coletados foram tabulados no programa Excel, do Microsoft Office, versão 2012 e calculadas as frequências simples e relativas das informações obtidas. A análise foi realizada mediante compatibilização dos resultados da análise de prontuário com as informações das entrevistas semiestruturadas, utilizando a triangulação de métodos (análise documental, entrevistas, análise de prontuários e observação direta).

Para a determinação do grau de implantação serão utilizados procedimentos da avaliação formativa através da compatibilização dos achados no contexto assistencial (estrutura e processo) com a normativa proposta pelo Ministério da Saúde na Agenda ⁽³⁾, na Política Nacional de Atenção Básica ⁽³³⁾, manuais de programa de saúde infantil ^(5, 48, 50).

Quadro 05- Modelo da Matriz de análise e julgamento

INFRAESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	D14 – Infraestrutura básica para assistência de saúde infantil	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1		20	
	D15 - Utilização de protocolos para o diagnóstico, tratamento e condutas de saúde.	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2		40	
	D16 - Disponibilidade de mecanismos de referência para consultas especializadas e exames	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2		40	
	D17 - Utilização dos dados de monitoramento e avaliação para a o planejamento e tomada de decisão	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1		20	
	D18 – Desenvolvimento das ações de atenção de saúde da criança	Alto	Alto= 18-20 Médio = 10-17 Baixo = 0-9	2		40	
PROCESSO DE TRABALHO	D19 - Adequação do ACD realizado na USF às diretrizes do Programa Nacional de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento ou equivalente	Alta	Alta= 20 Média = 10 Baixa = 0	2		40	
	D20 – Adequação do preenchimento adequado da Caderneta de Saúde da Criança	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2		40	
	D21 – Desenvolvimento das ações da Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI)	Alto	Alto= 18-20 Médio = 10-17 Baixo = 0	2		40	
	D22 - Acompanhamento de crianças em risco nutricional	Alto	Alto= 18-20 Médio = 10-17 Baixo = 0-9	1		20	

Legenda: PM: Pontuação máxima; PO: Pontuação obtida; R: Relevância.

7.1 Análise de dados e julgamento.

Na pesquisa avaliativa a análise de dados pressupõe, além da sistematização e classificação dos dados, a emissão de um juízo de valor que, através de processos avaliativos, produzem informações capazes de contribuir para a tomada de decisões, produção do conhecimento e melhoria da intervenção⁽³⁷⁾.

Para análise das variáveis de contexto político-organizacional utilizaremos as categorias de Carlos Matus, do triângulo de governo (projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade).

Conforme demonstrado no Quadro 04 (Dimensões do modelo teórico de avaliação), cada dimensão foi detalhada em subdimensões (variáveis), para as quais se atribuíram critérios de análise. Os critérios aqui definidos cumprem o papel de delimitar o foco da avaliação. Entende-se por critérios os atributos, os aspectos utilizados para mensurar o programa ou algum de seus componentes⁽³⁷⁾.

Para proceder à emissão de juízo de valor foram construídas 02 matrizes: uma matriz de informação com a definição dos indicadores, método de cálculo, fonte e estratégia de coleta; e uma matriz de análise e julgamento para a definição do grau de implantação da ação Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na ESF de Manaus.

Concordando com a proposta de Samico (2010)⁽³⁷⁾, a matriz de análise e julgamento (Quadro 05) é composta por: a) Critérios/indicadores fator de mensuração da ocorrência de um dado fenômeno; b) Padrão: valor de referência para a mensuração dos componentes do programa; c) Pontuação máxima esperada: refere-se ao teto máximo atribuído ao indicador; d) Descrição do ponto de corte: refere-se ao intervalo proposto para cada subdimensão; f) Valor atribuído: refere-se ao valor observado no trabalho de campo e categorizado conforme o ponto de corte definido; e g) Julgamento: constitui a categorização do item avaliado.

Ao conjunto de critérios/indicadores relacionados no quadro 05 foram atribuídos padrões e pontos (escala de 0 a 20) para o cálculo da pontuação máxima esperada (PM), totalizando 400 pontos. A coleta de dados primária e secundária possibilitou o preenchimento e consolidação da matriz de análise e julgamento, considerando o padrão e pontos de corte estabelecidos. A pontuação obtida em cada critério será ponderada de acordo com a relevância (1 ou 2) do critério, comparada com o total da pontuação esperada, seguida do cálculo da diferença percentual para classificar cada dimensão e a pontuação geral.

7.2 Construção de escores

O cálculo dos escores do grau de implantação foi realizado em duas etapas: na primeira etapa foram determinados os valores observados e esperados para cada dimensão e, na segunda etapa, realizou-se o cálculo do grau de implantação. Como nem todos os indicadores utilizados para o cálculo do grau de implantação possuía a mesma escala, por alguns serem qualitativos, optamos por atribuir escores ao valor de cada indicador, de acordo com o resultado observado, para que pudessem ser somados e encontrado o valor de cada dimensão, como descrito na fórmula i:

$$Y_i = \sum x_{ij}$$

Onde:

Y_i = dimensão (i), por exemplo, contexto político-organizacional.

X_{ij} = indicador, dentro da dimensão.

O escore atribuído ao resultado esperado correspondia sempre ao maior valor possível. Obtendo-se assim o valor observado e esperado para cada dimensão, procedeu-se ao cálculo do grau de implantação propriamente dito, conforme formula 2.

$$\sum_{i=1}^n \frac{Y(O)}{Y(E)} \times 100$$

Onde:

$Y_i(O)$ = valor observado para a dimensão (i)

$Y_i(E)$ = valor esperado para a dimensão (i)

Determinou-se para cada indicador um padrão indicativo da faixa mínima ou máxima, para o qual seu resultado seria considerado ideal. Os padrões foram selecionados na literatura e na legislação em vigor. Para cada padrão atribuiu-se um valor mínimo, abaixo do qual o resultado obtido seria considerado crítico.

Para a classificação do grau de implantação utilizamos o modelo de julgamento recomendado por Samico et al ⁽³⁷⁾, cujos pontos de corte estão distribuídos em 4 estratos, para a classificação das dimensões:

Quadro 06 – Classificação do grau de implantação

Classificação	Pontos de corte
Implantado	≥ 80%
Parcialmente implantado	50% a 79%
Incipiente	25% a > 50%
Crítico	0 a >25%

Fonte: Adaptado de Samico et al, 2010 ⁽³⁷⁾.

O grau de implantação foi calculado para cada UBSF e entre os tipos de UBSF, de forma a evidenciar se existe diferença no grau de implantação do CD, considerando a tipologia da UBSF.

8. RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa avaliativa estão organizados em 04 (quatro) etapas: a) Caracterização do contexto externo do CD em Manaus, b) Caracterização do contexto político-organizacional do CD em Manaus, c) Caracterização do contexto interno da intervenção e d) Avaliação do grau de implantação segundo os contextos político-organizacional e assistencial.

8.1. Caracterização do contexto externo do CD em Manaus

A caracterização do contexto externo da intervenção tem o objetivo de avaliar o peso da influência do contexto externo à intervenção na produção dos efeitos esperados, tais como fatores sociais e econômicos. Assim descreve se a partir deste ponto os aspectos socioeconômicos, sanitário e a rede de serviços onde se dá a intervenção CD em Manaus.

8.1.2 Aspectos sócio demográficos e sanitários

Manaus localiza-se no centro geográfico da Amazônia, na região norte do país, à margem esquerda do Rio Negro. De clima tropical, tem temperatura média anual entre 23,3 e 32,4°C, com variação sazonal limitada a duas estações: a *Chuvosa*, com temperatura mais amena, com chuvas frequentes; e a *Seca* (verão ou menos chuvosa), de sol intenso e temperatura elevada, em torno de 38°C, chegando a atingir quase 40°C.^(58, 60)

A cidade é formada por 56 bairros, sendo alguns deles entrecortados por inúmeros igarapés (riachos), cuja maioria é poluída pelo lançamento de resíduos.

A capital do Amazonas possui população de 1.802, 014 habitantes⁽⁵⁴⁾, com densidade populacional de 158,06 hab/km², distribuída em sete zonas geográficas (Norte, Sul, Leste,

Oeste, Centro-sul, Centro-oeste e Rural). Essa população representa atualmente 51,24% da população do Amazonas.

No período de 1980 a 2000, houve um vertiginoso incremento populacional de 220%, ou seja, o número de habitantes mais que duplicou em 20 anos. Dados do censo do IBGE 2010 destacam que a cidade é uma das dez mais populosas do Brasil, ocupando o sétimo lugar. ^(58, 60)

A população manauara é predominantemente urbana (99%), composta por 51% de homens e 48, 8% de mulheres, das quais 68,55% estão em idade fértil (10 a 49 anos). A população infantil, na faixa etária de 0 a 5 anos compõe 10,9% da população. A tabela 01 demonstra a distribuição da população segundo a faixa etária no censo de 2010.

Tabela 01 – Distribuição da população segundo faixa etária

Faixa etária	2010
0 a 4 anos	161.699
5 a 9 anos	165.911
10 a 14 anos	180.531
15 a 19 anos	175.515
20 a 24 anos	180.683
25 a 29 anos	185.164
30 a 39 anos	306.638
40 a 49 anos	207.900
50 a 59 anos	129.071
60 a 69 anos	63.695
70 anos ou mais	45.207
Total	1.802.014

Fonte: IBGE, 2010 ⁽⁵⁴⁾.

Em 2007, a taxa de fecundidade total (número médio de filhos que uma mulher teria ao final do seu período fértil) foi de 1,95 filhos, como um processo decorrente principalmente de mudanças de comportamento reprodutivo feminino e da crescente participação da mulher no mercado de trabalho.

Para a apresentação do nível de desenvolvimento social da população do município de Manaus, utilizaremos como referência o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que consiste na medida do progresso de uma nação a partir de 3 dimensões: saúde, educação e

renda. O IDH é publicado desde 1990 e desde então é medido anualmente, constituindo se hoje num indicador de referência mundial, e um dos índices-chave dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio. No Brasil, tem sido utilizado pelo governo federal e pelas administrações regionais e municipais na forma do IDHM (IDH Municipal).

Tanto o IDH quanto seus três subíndices (educação, renda e longevidade) variam entre 0 e 1, assim classificados: de 0 a 0,5, baixo desenvolvimento humano; de 0,5 a 0,8, médio desenvolvimento humano; de 0,8 a 1, alto desenvolvimento humano. Dessa forma, segundo o Atlas de Desenvolvimento no Brasil ⁽⁶⁹⁾ do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) o IDH-M do município de Manaus é de 0,718, portanto caracterizado como município de médio desenvolvimento.

Assim como no Amazonas e no Brasil, a dimensão com o subíndice mais alto é educação (0,90). Ressalta se ainda, a ordem de importância dos subíndices para a composição do IDHM: educação, longevidade e renda, respectivamente.

O censo do IBGE 2010 identificou a existência de 460.844 domicílios particulares permanentes com uma média de ocupação de 3,9 moradores. Do total de domicílios 50,3% apresentaram saneamento adequado (56,5% em 2000), 75,48 % possuem abastecimento de água de naturezas diversas, 99,6% têm energia elétrica, 98% tem coleta de lixo. ⁽⁵⁴⁾

A renda nominal familiar é predominantemente de 1 a 2 salários mínimos (36%), sendo que 34% possui rendimento nominal familiar mensal de 2 a 5 salários mínimos. ⁽⁵⁴⁾

No que se refere à educação, a análise da situação de alfabetização da população é importante considerando a vulnerabilidade do grupo com baixo grau de escolaridade em todos os aspectos da vida social. Em 2000 o percentual de pessoas de 15 ou mais anos de idade que não sabem ler nem escrever um bilhete simples em Manaus era de 6,1%, caindo para 3,8% em 2010. ⁽¹⁰⁾

Os dados da tabela 02 apresentam o total de matriculados nas 1223 escolas existentes, segundo o nível de ensino proporcionalmente à população geral do município.

Tabela 02 – Proporção da população em idade escolar segundo nível escolar.

Nível escolar	No. matriculados (2009)	População/ idade escolar (2010)	Proporção
Pré-escolar	50.478	161.699 (0 a 4 anos)	31,2%
Ensino fundamental	91.447	165.911 (5-14 anos)	55,11%
Ensino médio	374.455	175.515 (15 a 19 anos)	213,3%
Total	516.380		

Fonte: Manaus (RAG), 2011 ⁽¹⁰⁾.

Os dados na tabela apresentam a proporção da população escolar matriculada nas escolas do município de Manaus, demonstrando a insuficiência do número de matrículas no nível pré-escolar e fundamental. No nível médio existe uma proporção de 213% de matriculados nessas escolas, sugestivo de que outras faixas etárias estão compondo esta população escolar, provavelmente a população de 20 a 24 anos (180.683). ^(56, 57, 61, 10)

No que tange à economia local, Manaus é o principal centro financeiro, corporativo e econômico da região norte do Brasil. Com um PIB de R\$ 38.116.495 (2008), o 6°. Maior PIB do Brasil, e economia baseada nos setores agropecuários, indústria e comércio.

O setor agropecuário é constituído por 615 empresas, representando 0,43% do total das atividades econômicas do município ⁽⁷⁰⁾. Banana, laranja, hortaliças, ovos, aves, suínos, peixes, mamão, dendê e madeira, são alguns dos vários itens da produção diversificada.

O setor industrial é o mais representativo da economia amazonense, pois tem no Pólo Industrial de Manaus (PIM) o grande vetor de desenvolvimento socioeconômico da região, responsável por 39,20% do PIB municipal. São mais de 500 empresas industriais implantadas, com incentivos da SUFRAMA, SUDAM e do Governo do Estado, produzindo os mais

variados tipos de bens, envolvendo principalmente os segmentos de eletroeletrônicos, bens de informática, duas rodas, termoplástico, químico, metalúrgico e descartável. ⁽⁷⁰⁾

Em 2009, o conjunto das empresas do PIM, faturou R\$ 50,4 Bilhões, em vendas realizadas para o mercado regional (15,61%); nacional (81,06%) e exterior (3,31%).

O setor terciário por sua vez, envolve a comercialização de produtos e a prestação de serviços. Extremamente heterogêneo, contempla diversas atividades tendo grande parte dos serviços está voltado ao atendimento das necessidades da indústria e do comércio da Zona Franca de Manaus: Transporte, Serviços Prestados às Empresas, alojamento e alimentação. ⁽⁷⁰⁾

O Comércio é de relevante importância, tanto na formação da receita tributária estadual, quanto na mobilidade para criação de postos de trabalho, geração de renda local e fomento ao turismo, intensificando o seu fluxo pela oferta de bens e serviços.

E por fim, o quantitativo da população economicamente ativa (PEA) é da ordem de 614.521, com 76,18% da PEA ocupada, contra 23,8% da PEA desocupada (MTE - Ministério do Trabalho e Emprego – 2000).

8.2. Caracterização do contexto político-organizacional do CD em Manaus

Esta seção apresenta os resultados da análise documental e das entrevistas semiestruturadas sobre o contexto político-organizacional (CPO), com o objetivo de evidenciar a influência do CPO na produção dos efeitos esperados da intervenção.

Primeiramente descreve-se a organização da rede de serviços de saúde de Manaus, a partir da qual apresentamos os dados coletados sobre as subdimensões definidas no Modelo teórico da Avaliação: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade. Por fim, apresenta-se o grau de implantação da dimensão CPO.

8.2.1 Rede de Serviços de Saúde de Manaus

Em Manaus, a gestão da saúde é compartilhada entre os poderes executivos municipal e estadual. O Governo do Estado do Amazonas é o gestor da média e da alta complexidade e a Prefeitura de Manaus é gestora plena da atenção básica, possuindo algumas unidades de média complexidade.

A SEMSA/Manaus foi criada através da Lei Municipal N°1.240/1975, de 01/12/1975, e regulamentada sob o Regimento interno publicado segundo o Decreto Municipal no. 89/2009.

De acordo com o organograma a SEMSA/Manaus é gerida por um secretário, indicado pelo poder executivo municipal e dois subsecretários, sendo um Secretário executivo e um Secretário de gestão da saúde, assessorados e apoiados pela Ouvidoria Municipal de Saúde, Assessoria Técnica e Comissão de Licitação. E todos esses componente estão subordinados ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), que “encabeça” o organograma. (Anexo 1)

O CMS foi criado em 1991, pela Lei No. 66/91 e presidido pelo secretário municipal de saúde. Mantém assembleias ordinárias sistematicamente ao longo do ano, constituindo se numa importante instância de decisão na SEMSA/Manaus. ⁽⁷²⁾

A Secretaria Executiva é dividida em 04 departamentos: Gestão do Fundo Municipal de Saúde, Planejamento, Administração e Logística, sendo responsáveis pela gestão administrativo-financeira da SEMSA/Manaus. (Anexo 1)

A Secretaria de Gestão da Saúde é constituída por 05 departamentos: Atenção Básica, Atenção Especializada, Auditoria, controle, avaliação e regulação e de Vigilância Epidemiológica e ambiental. Soma-se a essa estrutura os 04 Distritos de Saúde Urbanos e o Rural, 01 maternidade e 01 centro de referência.

No ano de 2005 iniciou se o processo de reorganização da gestão e das ações de saúde, culminando no processo de distritalização da saúde. ⁽⁶⁰⁾

“A organização de serviços em espaços geográficos e demograficamente definidos viabiliza a intersectorialidade necessária ao desenvolvimento pleno das ações e o estabelecimento de uma relação de mútua responsabilidade entre os recursos de saúde e a população adscrita. Estes espaços constituem os distritos, conceituados como espaços de transformação, que deverão promover a integralidade da atenção.” (60 pg. 23).

Manaus possui um território recortado em cinco Distritos de Saúde: Distrito de Saúde Norte, Distrito de Saúde Leste, Distrito de Saúde Oeste e Distrito de Saúde Sul e Distrito de Saúde Rural. ⁽¹⁰⁾

Cada distrito de saúde apresenta características diferentes em relação aos serviços de saúde alocados em seus territórios ⁽⁵⁵⁾:

- a) DISA Norte: Atende a uma população de aproximadamente 436.380 mil habitantes e possui uma rede de 57 Estabelecimentos de Atenção à Saúde (EAS) municipais, sendo 46 UBSFs, 02 Policlínicas, 02 Unidades Básicas de Saúde tradicionais (centros de saúde) e 04 Serviços de Pronto Atendimento, 01 laboratório distrital e 01 Centro de Especialidades Odontológicas.
- b) DISA Sul: Concentra 446.110 mil habitantes ⁽⁶⁰⁾ e possui 71 EAS municipais, entre os quais 02 Policlínicas, 17 Unidades Básicas de Saúde tradicionais (centros de saúde) e 51 Estratégias de Saúde da Família, 01 Centro de Atenção Psicossocial.
- c) Disa Leste: Com uma população de 405.921 ⁽⁶⁰⁾ e uma rede de 57 EAS municipais, sendo 03 Módulos de Saúde, 02 Policlínicas, 02 Serviços de Pronto Atendimento, 13 Unidades Básicas de Saúde (centros de saúde) e 37 UBSFs.
- d) Disa Oeste: Tem uma população de 407.107 habitantes ⁽⁶⁰⁾ e possui 58 EAS municipais, entre os quais 39 equipes de saúde da família, 01 Policlínica, 01 Serviço de Pronto Atendimento e 16 Unidades Básicas de Saúde tradicionais (centros de saúde) e 01 maternidade.

A tabela 08 demonstra o nível de cobertura da estratégia saúde da família no território de cada distrito de saúde.

As unidades de saúde públicas estaduais e municipais compõem a maioria da rede prestadora de serviços do SUS, organizadas por níveis de hierarquia de procedimentos na Atenção Primária, Média e Alta Complexidade, conforme a capacidade potencial dos estabelecimentos. A Assistência é prestada por uma rede de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EAS, distribuídos nos quatro Distritos de Saúde, como demonstrado na tabela abaixo (03). Nela é possível visualizar os tipos de estabelecimentos que oferecem serviços de saúde segundo o tipo de gestão. ⁽¹⁰⁾

Tabela 03 – Distribuição das unidades de saúde segundo tipo de gestão.

Tipo de unidade de saúde	Tipo de Gestão			
	Total	Dupla	Estadual	Municipal
Central de regulação de serviços de saúde	03	0	01	02
Centro de atenção psicossocial	02	0	01	01
Centro de saúde/unidade básica	234	15	0	219
Clinica. especializada/amb. de especialidade	155	04	118	33
Consultório isolado	458	18	284	156
Cooperativa	18	0	18	0
Farmácia medicamento excepcional	03	0	03	0
Hospital especializado	22	05	16	01
Hospital geral	19	03	16	0
Laboratório central de saúde pública	01	0	01	0
Policlínica	35	05	18	12
Postos de saúde	19	0	0	19
Pronto atendimento	05	01	04	0
Pronto socorro especializado	03	01	02	0
Pronto socorro geral	06	02	04	0
Secretaria de saúde	08	01	01	06
Unidade de apoio ao diagnóstico e terapia	87	02	70	15
Unidade de vigilância em saúde	02	0	01	01
Unidade móvel e fluvial	01	0	0	01
Unidade móvel terrestre	03	01	0	02
Total	1.084	58	558	468

Fonte: Manaus, Relatório Anual de Gestão 2011. ⁽¹⁰⁾

O município de Manaus adota a Estratégia Saúde da Família como eixo norteador para a organização da Atenção Primária, em caráter substitutivo ao modelo biomédico de atenção à saúde. Está implantada no município de Manaus desde 1999 e até 2010 contava com 155 equipes, destas, 9 estavam inativas (equipe incompleta), com cobertura de 47% da população. (55)

Desde 2009 está em curso o reordenamento e ampliação da Rede Básica de Saúde, devido à identificação de problemas de iniquidade na distribuição espacial das Unidades, estrutura física inadequada e necessidade de estabelecer referências, dentre outras (58). Atualmente existem UBSFs com 03 tipos de estruturas físicas diferentes: unidades tradicionais de 32m², unidades de saúde da família ampliada (103m²) e módulos de saúde da família (tamanho semelhante as unidades ampliadas).

Tabela 04. Cobertura da Estratégia Saúde da Família por Distrito de Saúde em Manaus, 2009.

Distrito de saúde	População 2009 estimativa	Pessoas cadastradas	Cobertura
LESTE	418.731	210.892	50%
NORTE	428.943	173.711	40%
OESTE	400.169	176.599	44%
SUL	438.507	234.193	53%
MANAUS	1.709.010	795.395	47%

Fonte: SIAB, 2011⁽⁶²⁾.

As unidades básicas de saúde tradicionais ofertam serviços de atenção básica: clínica médica, pediatria, ginecologia, consultas de enfermagem, procedimentos básicos, ações programáticas e imunização. Constitui se na porta de entrada do sistema de saúde, juntamente com as UBSFs. (55,56, 57, 61,10)

Com exceção do distrito norte, as UBSFs estão hierarquicamente vinculadas às UBS tradicionais, demonstrando uma articulação entre os dois modelos de atenção.

As policlínicas dispõem de serviços de consultas médicas especializadas, exames especializados, farmácia e odontologia. O acesso a esses serviços é viabilizado através da central de regulação de consultas e exames especializados (CR).⁽⁵⁷⁾

O Centro de Especialidades Odontológicas oferta serviços de endodontia, odontopediatria, cirurgia oral menor, periodontia, dor orofacial, disfunção da articulação temporomandibular (ATM) e atendimento a pacientes com deficiência. Estes centros recebem os usuários encaminhados pela rede de Atenção Básica.⁽⁵⁷⁾

O CAPS, tipo II, oferta serviços de hospital dia para doentes mentais, com atendimento individual, atendimento em grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento às famílias e atividades comunitárias.⁽⁵⁷⁾

A central de regulação de consultas e exames especializados é administrada em co-gestão (estado e município) e, desde 2009, é responsável pela coordenação e gerenciamento da média complexidade, por meio da oferta de agendamentos de consultas e exames especializados, através do Sistema de Regulação (SISREG), a toda rede de unidades de saúde da atenção básica, via internet.⁽⁵⁶⁾

O Governo do estado possui uma extensa rede de serviços de saúde com 12 Centros de Atenção Integral à Criança (CAIC), 08 maternidades, 03 hospitais gerais, policlínicas, serviços de pronto-atendimento (SPA), hospitais especializados (pediatria, oncologia, ortopedia, cardiologia), laboratório central e farmácia de medicamentos excepcionais.⁽¹⁰⁾

O distrito de saúde rural tem uma população dispersa de 9.133 habitantes⁽⁵⁴⁾. Os serviços de saúde (Postos de Saúde Rural) estão distribuídos ao longo dos Rios Negro e Amazonas. Conta ainda com 01 Unidade Fluvial que possui consultório médico e odontológico, e realiza viagens quinzenais para assistência às populações tradicionais ribeirinhas⁽¹⁰⁾. No ano de 2011, o Disa Rural foi contemplado com o avanço da PNAB, que

incluiu a Unidade de Saúde da Família Fluvial como uma das tipologias de unidades de ESF, viabilizando inclusive o financiamento para a construção das mesmas. ⁽⁷³⁾

8.2.2 Programa de Saúde da Criança no município de Manaus

Dentro da estrutura organizacional da SEMSA/Manaus a saúde da criança configura se como um setor, subordinado ao Departamento de Atenção Básica a Saúde, na Subsecretaria de Gestão da Saúde. Nessa configuração a área técnica apresenta se como um setor, por ser uma ação prioritária de saúde, ladeada por outras ações igualmente prioritárias como saúde da mulher, saúde do idoso e saúde mental.

No âmbito da SEMSA/Manaus a área técnica de saúde da criança (ATSC) é unificada à saúde do adolescente constituindo se em um conjunto de ações em saúde de promoção, prevenção e assistência à saúde, com especial destaque para crescimento e desenvolvimento saudável do seu público-alvo, criança (0-9) e adolescente (10-19). O programa tem o objetivo de proporcionar atendimento qualificado em toda rede de atenção básica de Manaus, com serviços que garantam uma atenção integral à saúde desta população, em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde. ⁽⁷⁴⁾

Contudo, nas entrevistas observou-se desconforto e dúvidas entre os entrevistados quando do questionamento sobre as diretrizes do programa na Semsas/Manaus. Apenas 02 dos informantes-chave declararam conhecer as diretrizes do programa. Outros referiram-se à agenda de compromissos, aos manuais de aleitamento materno, aos manuais de saúde da criança, ao plano de redução da mortalidade infantil e ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Estratégia Saúde da Família (PMAQ) como diretriz da área técnica, observando-

se, portanto, que não está claro entre os gestores da atenção à saúde infantil quais as diretrizes da SEMSA para a área técnica.

Até o ano de 2006 a gestão de saúde da criança na SEMSA Manaus foi compartilhada com a gestão da saúde da mulher, quando foram separadas e definidos coordenadores específicos para cada área, e passou a contar com uma equipe de 04 profissionais, com variações ao longo dos anos. ⁽⁶⁰⁾.

No momento da pesquisa, o setor contava com equipes de nível central e distrital. Nas entrevistas realizadas com a Coordenação Municipais de Saúde da Criança e responsáveis técnicos nos DISAS identificou-se que nos DISAS existe apenas um responsável pela área. Contudo, não foi possível identificar o quantitativo e a composição da equipe de saúde da criança no nível central.

À coordenação do nível central cabe a coordenação geral da área técnica no município e aos distritos a operacionalização das atividades coordenadas pela mesma.

De acordo com dados do Censo 2010 ⁽⁵⁴⁾ a população de crianças (0 a 9 anos) em Manaus é de 325.812, já os adolescentes somam 354.763, totalizando para o programa saúde da criança e do adolescente uma população de 680.575 pessoas ⁽⁵⁵⁾. Desse total a ESF tem capacidade para atender 47% dessa população (pessoas cadastradas nas UBSFs).

Para atender a essa demanda a SEMSA Manaus possui aproximadamente 172 (cento e setenta e dois) médicos pediatras na rede ambulatorial, dos quais 63 (sessenta e três) fazem parte do quadro de recursos humanos da maternidade municipal, e 109 estão distribuídos nas Unidades Básicas de Saúde para atender a uma população de 680.575 (de 0 a 19 anos). Além desse quantitativo existem ainda 155 equipes de saúde da família ⁽⁵⁵⁾.

Segundo as entrevistas todas as unidades de saúde da família ofertam ações de saúde infantil, e em alguns casos ofertam ainda serviços mais complexos, como o caso dos ambulatórios de atenção ao bebê de risco (baixo peso ao nascer), o ambulatório de asma e os postos de coleta de leite humano.

A análise documental também revelou que todas as 155 UBSFs ofertam atendimento a saúde da criança, segundo a qual são ofertadas as seguintes ações ⁽⁵⁵⁾:

- Promoção da alimentação saudável, iniciando com o Aleitamento Materno.
- Acompanhamento e desenvolvimento da Saúde da Criança
- Comitê de Prevenção de Óbito Materno e Infantil.
- Vinculação das gestantes à maternidade de referência para o parto;
- “Primeira Semana Saúde Integral”;
- Rede Amamenta Brasil nas UBS e UBSF;
- Ambulatório do Bebê de Risco com Referência e Contra-referência nas maternidades e nos ambulatório de especialidade pediátrica da rede de saúde de Manaus;
- Ações da Caderneta de Saúde da Criança;
- “Álbum para as Famílias” para a prevenção da violência doméstica contra Crianças e Adolescentes;
- O teste do pezinho é realizado em 52 (cinquenta e duas) Unidades Básicas de Saúde e na Maternidade Moura Tapajós;
- A Rede Amamenta Brasil está instalada em dez Unidades Básicas de Saúde, entretanto não possuem certificação por não cumprimento de todas as etapas do processo.

Além desses serviços os informantes-chaves também citaram, o Programa Leite do Meu Filho e a estratégia AIDPI Neonatal como serviços de saúde infantil.

E por fim, a existência e aplicação de protocolos assistenciais também foi objeto de uma das questões da entrevista com informantes-chave. Sobre o tema os entrevistados afirmaram a existência de protocolos assistenciais específicos (ambulatório do bebê de risco, de asma, de aleitamento materno e de puericultura), não havendo consenso sobre a existência e aplicação de um protocolo municipal de saúde infantil, sobre o qual um entrevistado afirmou estar em edição. Sobre a aplicação dos mesmos, houve controvérsia nas falas dos entrevistados, metade informa haver aplicação dos protocolos enquanto a outra metade informa não haver aplicação dos mesmos.

8.2.3 O Projeto de governo

Esta seção contempla as informações relativas aos conteúdos do planejamento como produtos da capacidade de governo, coletadas a partir da análise documental e da análise do conteúdo das entrevistas com informantes-chave.

8.2.3.1 Planejamento e prestação de contas

A análise documental dos planos e relatórios incluiu 02 Planos Municipais de Saúde (PMS 2006 - 2009 e 2010 – 2013) ^(58,60), e 05 Relatórios anuais de gestão (RAG 2007 a 2011) ^(55,56, 57, 61,10). Não foi possível analisar os RAG 2005 a 2006, pois os mesmos não estavam disponíveis.

De acordo com as Portarias No. 3085, de 01/12/2006 ⁽⁷⁵⁾, que regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS e a Portaria No. 3332, de 28/12/2006 ⁽⁷⁶⁾, que regulamenta os instrumentos do PlanejaSUS, o PMS é elaborado a cada 4 anos e constitui-se no instrumento que, em cada esfera, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde,

assim como da gestão do SUS. A PAS é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano Municipal de Saúde, sendo atualizada e executada anualmente.

Em relação aos planos verificou-se que nos períodos de 2005 a 2008 não havia padronização de sua estrutura e composição ^(58,60). Fato este ocorrido a partir de 2009, quando a secretaria acatou as normas da Portaria No. 3332 ⁽⁷⁶⁾ e GM No. 3176, de 24/12/2008 ⁽⁷⁷⁾, que orienta a estrutura e composição dos planos e relatórios e a sua elaboração, aplicação, fluxo e encaminhamento, respectivamente. A portaria GM No. 3176 ⁽⁷⁷⁾ normatiza ainda o encaminhamento dos mesmos à Comissão Intergestores Bipartite até 31 de maio de cada ano, e a aprovação do Relatório Anual de Gestão no Conselho Municipal de Saúde.

Todos os planos analisados foram elaborados sob a coordenação do Departamento de Planejamento da Semsa/Manaus. Os PMSs tem estruturas semelhantes. E a partir de 2009 a semsa passou a elaborar, apresentar e monitorar a PAS de forma padronizada. Todas foram elaboradas em consonância com as diretrizes dos PMSs e atualizadas. ^(58,60)

Em relação ao modelo de planejamento, os PMSs ^(58,60) de todos os períodos analisados fazem referência à participação das equipes técnicas da área de gestão dos níveis central e distrital e de profissionais de saúde (atenção à saúde e vigilância em saúde). Somente o PMS 2006-2009 ⁽⁵⁸⁾ faz referência à participação do Conselho Municipal de Saúde na sua elaboração.

No entanto, o discurso dos informantes-chaves revelou ambiguidade em relação ao direcionamento do plano.

“São nós daqui do departamento de atenção primária juntamente com as áreas, não só área de saúde da criança, mas também da mulher (...), hipertensão e diabetes, saúde mental, ação da pessoa com deficiência, de alimentação e

nutrição, o próprio setor da área do idoso. Então são todas as áreas juntamente com os distritos”

“Não, quem (..) aqui ? sou eu, entendeu? Conforme vem a programação da semsa, aí eu vejo como é que vou fazer tudinho. Ninguém participa comigo”.

Uma parte dos entrevistados refere que “o plano vem da semsa”, um outro grupo afirma que o planejamento é uma atividade exclusiva do responsável técnico e possuir autonomia na atividade. A maioria, entretanto, afirmou que o planejamento é realizado de forma participativa (Semsa e técnicos dos Disas), concordando com as normas do MS.

Houve também contradição em relação à existência ou não de instrumento específico para o planejamento (sistema de informação ou formulários). Contudo a análise documental revelou a existência de um processo de planejamento adequado às diretrizes do MS, no PLANEJASUS, com utilização de um sistema informatizado, a partir de 2011.

Percebeu-se ainda a presença da articulação política entre as áreas para o planejamento de ações. E segundo a coordenadora municipal, o planejamento é anual e é elaborado de acordo com as prioridades e distribuído entre os Disas, de acordo com o seu território. E nos Disas, são elaborados os planos operativos, onde estão definidas as metas.

Sobre a importância da saúde da criança para o distrito ou para semsa/Manaus um dos profissionais declarou: “(..) é o carro-chefe. Tudo começa da criança, depois vai aparecendo o adolescente, a mulher e o homem (...). Tudo começa com a criança. Você tem que priorizar primeiro a criança”.

A partir da fala de um dos entrevistados observa-se a percepção dos responsáveis técnicos e coordenação municipal, da importância da área técnica como uma ação prioritária.

Não fica claro, entre os discursos, a posição da área técnica de saúde da criança no âmbito secretaria municipal de saúde. Contudo na gestão municipal de 2008-2011 a área técnica de saúde da criança ocupava, dentro do organograma, uma posição prioritária juntamente com a saúde da mulher e do idoso.

Quando analisada a adequação das metas dos planos ao perfil epidemiológico, observou-se que todos os planos analisados fazem referência a esse critério, para a elaboração de ações e metas. E quando analisado se o plano contempla as prioridades de saúde infantil elencadas na agenda verificou-se que a maioria dos planos continha ações e atividades relacionadas às 04 ações prioritárias elencadas na AC, com exceção da PAS 2009 que não continha programação de atividades relacionadas à abordagem de doenças prevalentes na infância.

Todos os planos ^(58,60) apresentaram mecanismos de monitoramento e avaliação (M&A) das ações, metas e indicadores, com destaque nos anos 2009 e 2010 que apresentam propostas de implementação de ação de monitoramento e avaliação em toda a rede de serviços de saúde. Os principais mecanismos propostos foram: implementação da avaliação para melhoria da qualidade (AMQ), a implantação do GESPÚBLICA (2009), o processamento e avaliação da produção das UBSs, a programação físico-orçamentária das UBSs, a instituição do programa de gestão por resultados e o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade em 2011. Entretanto, não se identificou mecanismos de monitoramento e avaliação das ações de saúde infantil no PMS 2006-2009. ⁽⁵⁸⁾

A articulação política e intersetorial também está presente em todos os planos ^(58,60), sob a forma de proposição de atividades/ações com o comitê de óbito materno-infantil e fetal, os Conselhos Estadual e Municipal de Saúde, o Fundo Municipal de Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde, dentro outros. Destaca-se aqui a certificação do município de Manaus para

assunção das ações de vigilância em saúde promovendo a integração e articulação entre a vigilância e a Atenção Básica e a implantação e implementação da central de consultas e exames especializados em cogestão (estado e município).

Em relação à intersetorialidade, são envolvidos principalmente as Secretarias de Estadual e Municipal de educação, de meio ambiente, Secretaria Municipal de Finanças (SEMEF), de direitos humanos, de assistência social, de justiça, universidades, ONGs e a própria sociedade. ^(55,56, 57, 61,10)

O controle social também está contemplado com a proposição de ações e atividades em todos os planos analisados. As principais ações foram o fortalecimento do CMS (estrutura física, recursos humanos, materiais, insumos, transporte, e contratualização de assessorias), a implantação de conselhos distritais e locais de saúde e de ouvidoria municipal, capacitação de conselheiros, implementação de processos eleitorais e a sistematização das assembleias ordinárias. ^(55,56, 57, 61,10)

Todos os planos analisados foram apresentados e aprovados em assembleias do Conselho Municipal de Saúde de Manaus, evidenciando o controle social.. ^(55,56, 57, 61,10)

A prestação de contas da SEMSA Manaus é realizada por meio de relatórios trimestrais apresentados por todos os setores e áreas técnicas, subsidiando a elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG). Contudo, houve divergência em relação à periodicidade dos relatórios quando da análise das entrevistas, pois segundo os informantes-chave os relatórios são elaborados quadrimestralmente e por meio de sistema de informação. ^(55,56, 57, 61,10)

Para a SEMSA/Manaus o RAG é um instrumento de prestação de contas à sociedade quanto à utilização dos recursos destinados à saúde no município de Manaus (provenientes do

Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde e recursos do Tesouro Municipal), em atenção à Portaria No. 3332, de 28/12/2006 ⁽⁷⁶⁾ e a resolução No. 041 de 07/08/2007 do CMS e Emenda Constitucional No. 29/2000. ^(55,56, 57, 61,10)

Foram analisados os RAGs do período de 2007 a 2011. Nos anos 2007 ⁽⁵⁷⁾ e 2008 ⁽⁶¹⁾ não havia padronização de sua estrutura e composição. Nos anos subsequentes o RAG foi aprimorado, inicialmente com a padronização de sua estrutura e depois com a implantação do sistema de informação para a sua elaboração e confecção, em plataforma web. ^(55,56, 10)

Contém informações relativas à apresentação do município (identificação, bases legais, dados sócio demográficos e dados da rede de serviços); informações relativas ao Controle social e participação popular; a análise do Pacto de indicadores (2007), a Avaliação do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (Portaria GM No. 1929 de 17/09/2008); do Pacto pela Vida/SISPACTO (a partir de 2009); a análise de indicadores municipais selecionados: mortalidade por grupo de causa e morbidades: agravos de notificação confirmados; a produção dos serviços de saúde da AB, serviços de Média e Alta Complexidade (MAC) e hospitalar; e das ações de saúde em consonância com o PMS, e a PAS; a gestão de contratos e convênios e ao desempenho da execução físico-orçamentária (Demonstrativos de lei de responsabilidade fiscal, execução orçamentária e transferências de Fundo a Fundo). ^(55,56, 57, 61,10)

Nos relatórios ^(55,56, 57, 61,10) foi possível observar o desenvolvimento das outras ações de saúde de acordo com o perfil epidemiológico geral. Entretanto, no que se refere às ações de saúde infantil não foi verificado o registro de indicadores de áreas prioritárias como (crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, alimentação infantil e acompanhamento do recém-nascido de risco).

Todos os relatórios detalham o financiamento disponível para a SEMSA/Manaus, com suas respectivas fontes e blocos de aplicação..^(55,56, 57, 61,10)

Nos documentos analisados observou-se o detalhamento das atividades desenvolvidas em todos os blocos de ações, e somente os RAGs de 2009⁽⁵⁶⁾ e 2010⁽⁵⁵⁾ apresentaram o detalhamento do % de alcance das metas e indicadores. Da análise dos dois relatórios observou-se que cerca de 45% das metas não são alcançadas, sugerindo uma baixa eficiência no alcance das metas.

O grau de alcance das metas de saúde da criança também foi um dos itens da entrevista com os informantes-chave. Sobre o assunto, a maioria dos entrevistados consideram que no período de 2005-2011, ou pelo período em que estão no cargo, houve um bom alcance das metas planejadas, referindo-se que “mais da metade” das metas são alcançadas.

Um das entrevistadas referiu-se ao alcance de metas como: *“Bom, eu acho que a gente avançou bastante (...). Especialmente com o Programa Leite do Meu Filho”*.

Também foi perguntado aos informante-chaves quais ações de saúde da criança eles consideravam o maior avanço e quais os maiores desafios na área técnica. Sobre os avanços foram citados a Rede Amamenta Brasil, o ambulatório do bebê de risco (baixo peso ao nascer), o ambulatório de asma, a promoção do aleitamento materno, a triagem neonatal, o CD e o planejamento integrado aos outros Disas. Como desafios foram elencados principalmente a falta de recursos humanos, a baixa cobertura da atenção básica, profissionais não comprometidos, a rotatividade de profissionais, o acompanhamento do CD e das crianças e adolescentes com deficiência e por fim, a logística insuficiente.

A partir do exposto, observa-se que o CD foi classificado como avanço e desafio, sugerindo que houve avanços no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, contudo esta ação programática ainda constitui um grande desafio. Espera-se que ao final da análise dos resultados, seja possível explicitar os fatores explicativos deste achado.

Ainda na análise dos relatórios, observou-se que a maioria destes relata atividades de articulação política, com exceção do RAG 2007 que não evidencia em seu conteúdo ações dessa natureza ^(55,56, 61,10). A intersetorialidade também esteve evidente em alguns dos relatórios analisados (2009, 2010, e 2011) ^(55,56, 10), como por exemplo as atividades realizadas dentro do Programa Saúde na Escola.

Apenas o RAG 2007 ⁽⁵⁷⁾ não relatou nenhuma atividade concernente ao CMS. Nos demais ^(55,56,61,10), documentos relatam uma atividade intensa do CMS, bem como sua estruturação e aprimoramento técnico nos período de 2008 a 2010, com destaque no ano de 2008 que superou a meta física programada em 75% e para a implantação da ouvidoria municipal de saúde em 2008 com o atendimento a 55,75% das denúncias recebidas..

8.2.3.2 Financiamento

O detalhamento dos recursos orçamentários disponíveis para o cumprimento das ações e metas da SEMSA/Manaus é uma informação negligenciada no PMS 2010-103 ⁽⁵⁸⁾: apenas o PMS 2006-2009 ⁽⁶⁰⁾ demonstrou o valor orçado para o financiamento das ações de saúde da secretaria, inclusive o detalhamento do orçamento destinado às ações de atenção básica, grupo ao qual pertence à área técnica de saúde da criança. Apenas o PMS 2006-2009 ⁽⁵⁸⁾ detalhou o valor do financiamento específico para a saúde infantil, (R\$ 65.000,00) destinado ao atendimento de 317.352 crianças no ano de 2006.

Tabela 05 – Dotação financeira da SEMSA/Manaus 2006-2009.

Orçamento	2006 (R\$) ⁽¹⁾	2007 (R\$)	2008 (R\$)	2009 (R\$)	2010 (R\$)	2011 (R\$)
SEMSA	240.000.000,00	199.462.737,00	305.201.485,20	434.419.330,00	505.406.371,27	531.172.380,81
Atenção	50.928.000,00	58.582.881,89	43.573.994,62	156.825.040,33	118.025.020,00	212.752.707,70
Básica	(21,22%)	(29,37%)	(14,27%)	* (36%)	(23,35)	(40,05%)

FONTE: PMS, 2006; RAGs 2007,2008, 2009, 2010 e 2011. ^(56, 57, 58, 60, 61,10)

(1) Autorizado pela LOA – Lei no. 922, de 30/12/2005.

As informações da tabela 05 foram extraídas dos PMS 2006-2009 ⁽⁶⁰⁾ e RAGs ^(55,56,57,61,10) quando da análise do percentual de aplicação do orçamento da saúde na atenção básica, como uma estratégia para estimar o orçamento destinado à saúde infantil. Verifica-se o incremento anual do financiamento da saúde, e o percentual relativo ao gasto em ações da atenção básica.

O financiamento da saúde de Manaus é proveniente do Tesouro Municipal, dos repasses fundo a fundo dos recursos do SUS (federal e estadual) e convênios. Destaca se aqui que cerca de 70% dos recursos da saúde são oriundos do Tesouro Municipal. A Prefeitura de Manaus aplica uma média de 22% do orçamento próprio no setor saúde. ^(56,57, 61,10)

Todos os relatórios apresentaram demonstrativos de utilização de recursos e orçamentário com o detalhamento das receitas e despesas, o balanço orçamentário o acompanhamento de indicadores financeiros. ^(56,57, 61,10)

As receitas constituem o conjunto de ingressos ou embolsos de recursos financeiros, constituindo – se no montante relativo a todas as fontes do financiamento da saúde de Manaus. O demonstrativo de despesas apresenta os gastos da saúde por grupo de natureza de despesa (corrente e de capital) e as despesas com saúde por subfunção (Atenção Básica, assistência ambulatorial e hospitalar, suporte profilático e terapêutico, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, Alimentação e nutrição e outras subfunções). ^(56,57, 61,10)

O balanço orçamentário tem o objetivo de apresentar as receitas previstas e as despesas fixadas em confronto com as realizadas, resultando no % de execução orçamentária (Resolução CFC n.1133, de 21/11/08). A tabela 06 apresenta o balanço orçamentário do

período analisado, demonstrando a execução orçamentária das despesas por subfunções de forma a evidenciar a integração entre o planejamento e a execução. ^(56,57, 61,10)

Tabela 06 – Demonstrativo do balanço orçamentário, período 2006-2011.

SUBFUNÇÃO	Execução Orçamentária (%)				
	2007	2008	2009	2010	2011
Administração geral	97,68	99,01	97,92	98,23	96,48
Formação de recursos humanos	30,6	96,95	21,97	68,92	
Atenção Básica	47,45	98,68	94	95,33	94,71
Assistência hospitalar e ambulatorial	53,36	99,07	92,59	96,72	96,11
Suporte profilático e terapêutico	-	93,63	57,86	76,53	74,48
Vigilância sanitária	12,61	43,88	34,06	34,81	76,08
Vigilância epidemiológica	-	70,72	43,06	86,57	69,28
Alimentação e Nutrição	-	97,14	45,34	-	0
Outras despesas	91,99	92,98	-	-	98,63
TOTAL GERAL	82,37	98,44	89,35	94,34	92,98

Fonte: Adaptado dos Relatórios Anuais de Gestão 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011. ^(56,57, 61,10)

Segundo os dados da tabela, observa-se que de uma forma geral a execução orçamentária é irregular quando analisado segundo as subfunções. Contudo observa-se ainda uma evolução do grau de execução orçamentária, uma vez que a tabela apresenta, de uma forma geral, dados crescentes ao longo dos anos.

Desde 2009 os relatórios apresentam também os indicadores financeiros. O quadro 07 apresenta a evolução destes indicadores ao longo do período de estudo, quando disponível. ^{(56,}

61,10)

Quadro 07 – Demonstrativo de evolução dos indicadores financeiros, 2009-2011.

Indicadores financeiros	2009	2010	2011
Participação da receita de impostos total do município	23,33%	23%	23,89%
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do município	64,05%	50,84%	64,56%
Participação % das transferências para a saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o município	6,90%	11,27%	6,78%
Participação % das transferências da união para a saúde no total de recursos transferidos para a saúde	100%	96,83%	99,60%
Participação % das transferências da união para a saúde (SUS) no total de transferências da união para o município	24,89%	32,31%	25,82%
Participação % da receita de impostos e transferências constitucionais e legais na receita total do município	71,32%	73,84%	74,62%
Despesa total com saúde, sob a responsabilidade do município,	R\$ 223,30	R\$ 254,01	R\$271,19

por habitante			
Participação da despesa com pessoal na despesa total com saúde	80,35%	73,02%	70,31%
Participação da despesa com medicamentos na despesa total com saúde	0,66%	3,07%	2,23%
Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com saúde	6,53%	10,41%	10,62%
Participação da despesa com investimentos na despesa total com saúde	0,66%	3,33%	5,29%
Participação das transferências para a saúde em relação à despesa total do município com saúde	22,27%	23,04%	22,66%
Participação da receita própria aplicada em saúde conforme a EC 29/2000	23,15%	20,15	19,48%

Fonte: Adaptado dos RAG 2009 a 2011. ^(55,56,10)

Segundo os dados apresentados no quadro o Tesouro Municipal é o principal financiador da saúde no município de Manaus, investindo cerca de 20% do orçamento próprio (correspondente a 70% de todo o financiamento disponível) no setor saúde, e portanto, acima do recomendado pela Emenda Constitucional No. 29/2000 (15%).

O quadro mostra ainda que a despesa total com saúde aumentou ao longo dos anos, assim como a despesa com serviços terceirizados. E ainda que a despesa com pessoal é bastante elevada, média de 70%, e que as despesas com investimento são relativamente baixas.

Ainda sobre o financiamento, o resultado das entrevistas evidenciou que apenas a coordenadora municipal referiu conhecer o financiamento destinado à área técnica. Evidenciando a centralização da gestão e o paradoxo com o processo de distritalização, que visa à regionalização da gestão da saúde. ⁽⁷³⁾

A coordenação municipal informou ainda que o financiamento é definido no momento do planejamento plurianual, no caso da sede, e no plano operativo, no casos dos distritos, por meio da definição de ações e metas.

8.2.4 A capacidade de governo

A capacidade de governo reflete a capacidade técnica, o manejo de métodos, habilidades e experiência do gestor para conduzir o projeto ⁽⁴²⁾.

A análise documental não evidencia o perfil dos gestores, contudo, as entrevistas revelaram informações sobre a composição e qualificação das equipes municipal e distrital de saúde da criança, sobre o modelo de gestão dos coordenadores e responsáveis técnicos, sobre a autonomia na utilização de recursos e o monitoramento e avaliação das metas.

Em relação ao perfil profissional dos responsáveis técnicos de saúde da criança e da coordenação municipal de saúde da criança observou-se que 4 destes são enfermeiros e apenas um é assistente social. O profissional mais antigo no cargo estava há quatro anos na função, enquanto o mais “novo” estava no cargo há apenas 5 meses. A média de tempo de experiência entre os gestores foi de 32 meses.

De forma geral, todos os entrevistados referiram que a área técnica de saúde da criança, nos distritos de saúde é coordenada por apenas um profissional, todos estatutários.

Nos discursos dos entrevistados evidenciaram-se as expressões “difícil” e “inadequada” para caracterizar as equipes. Alguns deles referiram-se ainda ao excesso de ações sob sua responsabilidade, a existência de atividades de saúde infantil sem execução por falta de mais recursos humanos na equipe e a necessidade de outros profissionais para compor as equipes, tanto municipal quanto distrital.

Em relação à gestão dos responsáveis técnicos/equipes equipes, houve controvérsias relacionada a existência ou não de apoio da chefia para as equipes de saúde da criança.

Quando perguntados sobre as atividades da coordenação, os entrevistados relacionaram o planejamento, a coordenação e a implantação de ações de saúde infantil. Também esteve presente no discurso dos sujeitos a promoção de capacitações, o monitoramento de ações e a prestação de contas na forma de relatórios. Contudo, a execução das ações propriamente ditas também faz parte das atribuições de alguns coordenadores. Um deles manifestou descontentamento com o excesso de atividades da coordenação, causado pela falta de outros profissionais para dividir as atividades.

A maioria dos entrevistados (04 profissionais) informou não ter recebido qualquer qualificação para a gestão das ações de saúde infantil, 03 destes profissionais declararam a necessidade de receber capacitações e apenas uma informou ter recebido algumas capacitações no decorrer do tempo em que está no cargo e ter boa qualificação na área.

A descontinuidade do serviço, sem repasse de informações foi informada por apenas uma entrevistada: *“A técnica anterior que saiu não sentou comigo. Ela simplesmente saiu um dia (...) e não voltou mais. Eu estava voltando da minha licença maternidade. Ela chegou e disse: Pronto, o programa é teu.”*

Em relação às “ferramentas” de gestão aplicadas pelos entrevistados evidenciou-se nas falas, que os profissionais se utilizam da motivação dos profissionais de saúde, do modelo participativo, da formação de parcerias, da articulação política, da empatia e da busca pelo envolvimento dos profissionais com as ações de saúde infantil.

Em relação ao monitoramento e avaliação das metas programadas, a maioria dos entrevistados referiu que executa o monitoramento e avaliação por meio do acompanhamento das planilhas de produção ambulatorial e estatísticas mensais, bem como pela busca de informações nos sistemas de informação. Alguns também referiram a não sistematização

dessa atividade e a inexistência de instrumentos próprios, o que sugere uma incipiência dessa atividade, uma vez que apenas 2 dos entrevistados declaram realizar monitoramento e avaliação periodicamente (quadrimestralmente) e fazê-lo de acordo com o planejamento.

Tal achado é corroborado por Felisberto ⁽⁷⁸⁾, segundo o qual apesar das iniciativas do Ministério da Saúde os avanços no monitoramento e avaliação constituíram-se, em sua maioria, em iniciativas pontuais, mediante pesquisas específicas ou produção regular de dados, sem a regularidade de análise dos mesmos dirigida às necessidades da gestão. O Ministério da Saúde reforça ainda, afirmando que no Brasil, a avaliação apresenta-se sob a forma de processos incipientes, pouco incorporado às práticas, não faz parte da cultura organizacional, ocorrendo de maneira pouco ordenada e sistematizada, e nem sempre contribuindo com o processo decisório. ⁽⁷⁹⁾

Os profissionais também foram questionados sobre o conhecimento do financiamento destinado às ações de saúde infantil. A maioria declarou não conhecer os recursos financeiros disponíveis.

8.2.5 A Governabilidade

A governabilidade do sistema consiste na análise dos dispositivos de poder (político, econômico), como fundamentos políticos e financeiros para a efetivação de políticas públicas, de modo a viabilizar a gestão do projeto de governo ^[42]. Sua avaliação será baseada nas categorias: base de apoio político, autonomia financeira, controle social e capacidade de articulação.

Os dados desta seção são provenientes da análise das entrevistas e da análise documental.

A questão da autonomia na utilização recursos (financeiros, materiais, investimento, etc.) não se aplica aos informantes-chave do tipo coordenador de área técnica e responsável técnico distrital de saúde da criança. Como não foi possível entrevistar o secretário municipal de saúde, não é possível afirmar, com os dados deste estudo, a existência ou não de autonomia na utilização dos recursos, contudo considerando as atribuições do secretário municipal de saúde dispostas no Regimento interno da Semsa Manaus, publicado em 04.05.09:

*“(...) V Gerir o Fundo Municipal de Saúde em conjunto como Departamento de Gestão do Fundo Municipal de Saúde;
VI Ordenar as despesas da Secretaria, podendo delegar tal atribuição, através de ato específico;
VII Deliberar sobre assuntos da área administrativa e de gestão econômico-financeira no âmbito do órgão;(...)”: (80, pg.16)*

Tomamos o indicador como pontuação máxima, uma vez que a própria legislação garante a autonomia de utilização dos recursos pelo gestor municipal de saúde.

Em relação à articulação, todos os profissionais entrevistados informaram a utilização da articulação política e intersetorial para o planejamento e execução das ações de saúde infantil, seja “dentro” da própria Semsa ou com outros setores.

A articulação política é realizada principalmente no âmbito da Semsa e entre os Disas, bem como com outras áreas técnicas, com outros departamentos e setores da semsa. As áreas de maior articulação são saúde do adolescente e nutrição por conta das ações do Programa Saúde na Escola, um programa intersetorial que envolve ações de saúde dentro das escolas, e Família Brasileira Fortalecida.

Alguns profissionais também relataram articulação e execução de ações intersetoriais com a secretaria de estado da saúde, secretarias estadual e municipal de Educação, Secretaria Municipal e Assistência Social e Direitos Humanos, conselhos municipal de saúde, tutelar e de direitos da criança e do adolescente e ainda comitês intersetoriais (mortalidade materno-infantil e fetal e de aleitamento materno) e Secretaria de Segurança Pública (unidades prisionais).

Em relação ao controle social, a lei ⁽⁸¹⁾ confere aos Conselhos de Saúde as atribuições de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. No primeiro caso a atuação é exercida por meio de uma postura combativa/ofensiva/criadora de construção do novo modelo, e a atuação ao controle da execução das políticas, a uma postura defensiva, contra os desvios e distorções.

Já a atuação no controle da execução não deve ser meramente da fiscalização tradicional burocrática, mas sim de acompanhamento permanente da execução dos programas prioritários do SUS, de pesquisas por amostragem de usuários, prestadores e profissionais, e de indicadores de saúde. ⁽⁸¹⁾

Nesse indicador observou-se o nível de controle social das ações de saúde por meio da apresentação e aprovação dos planos e relatórios em assembleias do CMS. Assim, a análise documental ^(55,56,57,58,61,10) demonstrou que um aprimoramento das atividades do Conselho Municipal de Saúde a partir de 2009 quando houve investimentos nessa área, no que se refere à estruturação dos conselhos e qualificação de conselheiros. A Análise documental revelou ainda que desde 2009, os planos municipais de saúde e os relatórios anuais de gestão foram apresentados e aprovados em assembleias ordinárias do CMS. Contudo, ao avaliarmos a frequência de assuntos/temas infantis nas pautas do CMS, a coleta de dados revelou baixa frequência da área técnica nas assembleias.

Ainda em relação ao controle social, o discurso dos profissionais entrevistados revelou pouca ou nenhuma participação destes nas reuniões dos conselhos municipal, distritais ou locais de saúde. Somente a coordenadora municipal informou ser integrante do CMS e ter direito de voto no mesmo.

8.2.6. Contexto político organizacional

Na subdimensão projeto de governo os indicadores referentes à prática de planejamento e gestão participativa, garantia de financiamento da ATSC e prestação de contas alcançaram desempenho acima de 70% demonstrando a adequação do modelo de planejamento adotado pela Sems/Manaus, às normas do Planejasus, padrão adotado como referência para este estudo.

Apenas os indicadores D2 – Grau de execução do plano e D3 – Planejamento adequado ao perfil epidemiológico alcançaram cerca de 50% de implantação., classificando-se como de médio padrão. Neste indicador a análise documental demonstrou que nos relatórios anuais de gestão de 2009 ⁽⁵⁶⁾ e 2010 ⁽⁵⁵⁾, os planos tiveram apenas 55% das ações propostas executadas e ainda que, apesar de todo os planos fazerem referência ao perfil epidemiológico como aspecto norteador das proposições, os mesmos não estavam totalmente adequados ao perfil epidemiológico local, principalmente no que se refere às ações de saúde infantil.

Na subdimensão capacidade de governo a maioria dos indicadores foram classificados como de implantação parcial. O D6 – Qualificação técnica dos gestores de saúde da criança obteve 11 pontos (55%), em função do número de responsáveis técnicos em saúde da criança sem qualificação técnica na área de saúde infantil e de gerenciamento de programas. O D 7- Adequação da organização da assistência infantil às diretrizes propostas pela Agenda de compromissos, alcançou 28 pontos (70%), uma vez que tanto a análise documental quanto as entrevistas com informantes-chave demonstraram que não estão definidos/claras nos planos, quais são as diretrizes da área técnica de saúde da criança.

O D-8 – No. de profissionais concursados , obteve 18 pontos (90%), porque a análise documental revelou que a Sems/Manaus possui 9.489 servidores, dos quais 8.841 (93, 2%) são contratados por regime jurídico estatutário, 469 (0,5%) por regime de direito

administrativo –; 04 por CLT (0,04%), e 175 (1,84%) cargos comissionados, conforme dados do Processamento de Dados do Amazonas (PRODAM) – dez/2011 apud Manaus, 2011 ⁽¹⁰⁾.

Ainda na subdimensão capacidade de governo, houveram dois indicadores que alcançaram pontuações altas: o D-9 – Disponibilidade de mecanismos de monitoramento e avaliação que alcançou 33 pontos (82%) em função da análise documental ter demonstrado a disponibilidade desses mecanismos, contudo as entrevistas apontaram pouca utilização dos mesmos, tanto pelos responsáveis técnicos quanto pelos profissionais de saúde. E finalmente o D-10- Autonomia do gestor para utilização dos recursos financeiros, que obteve 20 pontos (100%), considerando a análise documental que evidenciou a autonomia do gestor municipal para a utilização dos recursos destinados à saúde, uma vez que o mesmo é o gestor do Fundo Municipal de Saúde de Manaus, conforme estabelecido no Regimento interno da Semsá Manaus ⁽⁸²⁾, desde que respeitadas as disposições legais das diretrizes orçamentárias.

Por fim, a subdimensão governabilidade, representada por apenas dois indicadores, obteve pontuação 20 para o indicador D11 – Envolvimento de outros atores nas ações de saúde da criança, uma vez que tanto a análise documental ^(55,56,57,58,61,10) quanto a análise das entrevistas demonstraram haver envolvimento de diversos atores, dentro e fora do âmbito da Semsá, bem como de atores intersetoriais no planejamento e execução das ações de saúde infantil. O envolvimento de atores internos (Semsá) demonstra uma boa base de apoio político, e o envolvimento de atores externos de maneira expressiva, evidencia a prática regular da intersetorialidade.

Quadro 08 – Matriz de análise e julgamento: contexto político-organizacional

	CRITÉRIOS DE ANÁLISE/INDICADORES	PONTO DE CORTE	PO	R	PM	JULG. (%)
CONTEXTO POLÍTICO – ORGANIZACIONAL	D1 - Prática regular de planejamento e gestão participativa	Alta= 18 - 20 Média = 10 – 17 Baixa = 0 - 9	18,5	1	20	92,5
	D2 – Grau de execução do plano	Alta= 18 - 20 Média = 10 – 17 Baixa = 0 – 9	11	1	20	55
	D3 – Planejamento adequado ao perfil epidemiológico do município	Sempre = 18 - 20 Às vezes = 10 – 17 Nunca = 0 – 9	10	2	40	50
	D4 – Garantia de financiamento da Atenção Básica no PMS	Sim= 18 - 20 Parcialmente = 10 – 17 Não = 0 - 9	15	2	40	75
	D5 – Cumprimento da prestação de contas conforme legislação vigente (Relatórios Anuais de Gestão)	Alta= 18 - 20 Média = 10 – 17 Média = 10 – 17 Baixa = 0 - 9	18	1	20	90
	D6 – Qualificação técnica dos gestores de saúde infantil	Alta= 18 - 20 Média = 10 – 17 Baixa = 0 - 9	11	1	20	55
	D7 - Organização da assistência infantil de acordo com as diretrizes propostas pela Agenda de compromissos	Alta= 18 - 20 Média = 10 – 17 Baixa = 0 - 9	14	2	40	70
	D8 – No. de profissionais concursados	Alta= 18 - 20 Média = 10 – 17 Baixa = 0 - 9	18	2	40	90
	D9 – Disponibilidade de mecanismos de monitoramento e avaliação de ações, metas e indicadores.	Alta= 18 - 20 Média = 10 – 17 Baixa = 0 - 9	16,5	2	40	82
	D10 – Autonomia do gestor para utilização dos recursos financeiros	Alta= 18 - 20 Média = 10 – 17 Baixa = 0 - 9	20	1	20	100
	D11 – Envolvimento de outros atores nas ações saúde da criança	Alta= 18 - 20 Média = 10 – 17 Baixa = 0 - 9	20	1	20	100
	D12 – Disponibilidade de controle social	Alta= 18 - 20 Média = 10 – 17 Baixa = 0 - 9	18	1	20	90
TOTALIS			263,5	-	340	77,5

A disponibilidade de controle social foi mensurada pelo indicador D12 e classificada como alto, uma vez que alcançou 18 pontos, pois a análise documental demonstrou que à exceção do Relatório Anual de Gestão 2007 ⁽⁵⁷⁾, os dois planos municipais de saúde analisados ^(58,60) e os demais relatórios de gestão (2008, 2009, 2010 e 2011) ^(55,56,57,61,10) foram apreciados e aprovados no Conselho Municipal de Saúde. Essa técnica de análise evidenciou ainda que nos anos 2009 e 2012 houve incremento das ações de controle social, por meio da estruturação do conselho e da qualificação dos seus membros.

8.3. Caracterização do contexto interno: da intervenção/assistencial

Para a caracterização do contexto interno da intervenção foram analisadas duas categorias: infraestrutura e processos, por meio do estudo de 08 UBSFs nos quatro distritos urbanos, duas unidades por distrito, sendo uma do tipo “tradicional” (30m²) e uma do tipo ampliada (130m²).

Nesta seção os resultados serão apresentados dentro de cada DISA, e identificados como A (norte), B (sul), C (leste) e F (oeste).

8.3.1. Caracterização das unidades estudadas

A UBSF A1, é do tipo ampliada e está localizada no distrito norte, no bairro do Manôa. Seu território está recortado em 07 microáreas onde estão cadastradas 933 famílias, perfazendo um total de 3.961 habitantes. ⁽⁶²⁾

De acordo com informações do SIAB (versão 6.1, 2012) sua área de abrangência é composta por 1.890 homens (47,7%), 2.071 mulheres (52,3%), dos quais 190 são menores de 5 anos. Dessas famílias somente 36, 44% tem abastecimento de água via rede pública e 1,61 possui tratamento de esgoto, 92% possuem coleta de lixo e 96,9% possui energia elétrica.

Segundo a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN, 20012) 298 famílias de sua área adscrita são beneficiárias do Programa Bolsa Família (BF), sugerindo que esse seja o percentual relativo da população em vulnerabilidade social. ⁽⁸⁴⁾

A equipe de profissionais da unidade é constituída por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares/técnicos de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal e um auxiliar de serviços gerais. A unidade funciona em horário integral (08 as 17h), durante os dias úteis da semana, quando é ofertado o atendimento

via acolhimento de demanda espontânea, o agendamento de consultas e visitas domiciliares. O atendimento infantil é disponibilizado duas vezes na semana, por todos os membros da equipe (entrevistas).

Segundo as entrevistas com profissionais de saúde, dentre os serviços/ações de atenção infantil são ofertadas a Primeira Semana de Saúde integral, o acompanhamento do CD, atenção às doenças prevalentes na infância, a suplementação universal de ferro, imunizações, saúde bucal, promoção e incentivo ao aleitamento materno e alimentação complementar e Programa Saúde na Escola.

A UBSF A2 é uma unidade do tipo tradicional, que se localiza também no distrito norte, no bairro Cidade Nova, com território dividido em 07 microáreas, das quais 344 são beneficiárias do BF. ⁽⁸⁴⁾

A equipe de profissionais é constituída por uma enfermeira, um auxiliar/técnico de enfermagem e dois ACSs. A unidade funciona em horário integral (08 as 17h), durante os dias úteis da semana, quando é ofertado o atendimento via agendamento de consultas e visitas domiciliares. O atendimento infantil é disponibilizado duas vezes na semana por todos os membros da equipe.

Segundo as entrevistas com profissionais de saúde, dentre os serviços/ações de atenção infantil são ofertadas a Primeira Semana de Saúde integral, o acompanhamento do CD, a suplementação universal de ferro, promoção e incentivo ao aleitamento materno e alimentação complementar e Programa Saúde na Escola.

Devido à equipe da UBSF estar incompleta há 4 meses (sem médico), a equipe está com o perfil inativado no SIAB. Por esse motivo não foi possível coletar os dados do sistema para descrever o perfil populacional de sua área adscrita. ⁽⁶²⁾

A UBSF B1 é uma unidade do tipo tradicional, que localiza-se também no distrito sul, no bairro Colônia Oliveira Machado, onde funciona também com território dividido em 07 microáreas, das quais 113 famílias são beneficiárias do BF. ⁽⁸⁴⁾

A equipe de profissionais é constituída por uma enfermeira, um auxiliar/técnico de enfermagem e sete ACSs. A unidade funciona em horário integral (08 as 17h), durante os dias úteis da semana, quando é ofertado o atendimento via demanda espontânea, agendamento de consultas e visitas domiciliares. O atendimento infantil é disponibilizado uma vez na semana por todos os membros da equipe.

Segundo as entrevistas com profissionais de saúde, dentre os serviços/ações de atenção infantil são ofertadas a Primeira Semana de Saúde integral, o acompanhamento do CD, Atenção às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), a suplementação universal de ferro, promoção e incentivo ao aleitamento materno e alimentação complementar, Programa Saúde na Escola e Programa Leite do Meu Filho.

Devido a equipe da UBSF estar incompleta há mais de 1 ano, a equipe está com o perfil inativado junto ao MS. Por esse motivo não foi possível coletar os dados do SIAB para descrever o perfil populacional de sua área adscrita.

A UBSF B2, é do tipo ampliada e está localizada no distrito sul, na comunidade Nova Jerusalém. Seu território está recortado em 07 microáreas onde atende 1053 famílias, das quais 273 são beneficiárias do Bolsa Família. ⁽⁸⁴⁾

Sua população de 4018 habitantes é composta por 1852 homens e 2166 mulheres, dos quais 242 são menores de 5 anos. Desse território 99,8% da população é alfabetizada, 99,81% dos domicílios possuem abastecimento de água proveniente da rede pública, 99,24% possuem coleta de lixo, 87,18% possui sistema de esgoto e 99,7 é abastecido por energia elétrica. ⁽⁶⁷⁾

A equipe de profissionais é constituída por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares/técnicos de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, três cirurgiões dentistas, dois auxiliares de saúde bucal, um assistente administrativo e um auxiliar de serviços gerais. A unidade funciona diariamente, em horário integral (08 as 17h). O atendimento é ofertado via acolhimento de demanda espontânea, o agendamento de consultas e visitas domiciliares. O atendimento infantil é disponibilizado semanalmente, por todos os membros da equipe (entrevistas).

Segundo as entrevistas com profissionais de saúde, dentre os serviços/ações de atenção infantil são ofertadas a Primeira Semana de Saúde integral, o acompanhamento do CD, a suplementação universal de ferro, suplementação da vitamina A, imunizações, saúde bucal, promoção e incentivo ao aleitamento materno e alimentação complementar e Programa Saúde na Escola.

A UBSF C1, é do tipo tradicional e está localizada no distrito leste, bairro Colônia Antônio Aleixo, uma região muito afastada do centro urbano. Seu território constitui-se de 07 microáreas, com um total de 4352 usuários cadastrados, correspondendo a 1001 famílias, das quais apenas 154 são beneficiárias do BF. ^(62, 84)

Sua população é composta por 2209 homens (50%) e 2143 mulheres, dos quais 280 são menores de 5 anos. Desse território 92,8% da população é alfabetizada, 75,82% dos domicílios possuem abastecimento de água proveniente da rede pública, 83,7% possuem coleta de lixo, 95,8% é abastecido por energia elétrica e somente 5,29 % possui sistema de esgoto. ⁽⁶²⁾

A equipe de profissionais é constituída por um médico, uma enfermeira (recusou responder ao formulário de entrevista), um auxiliar/técnico de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde. A unidade funciona diariamente, em horário integral (08 as 17h). O atendimento é ofertado via acolhimento de demanda espontânea, o agendamento de consultas

e visitas domiciliares. O atendimento infantil é disponibilizado semanalmente, por todos os membros da equipe (segundo entrevistas).

Segundo as entrevistas com profissionais de saúde, dentre os serviços/ações de atenção infantil são ofertados o acompanhamento do CD, a atenção às doenças prevalentes na infância, a suplementação universal de ferro, suplementação da vitamina A, saúde bucal, promoção e incentivo ao aleitamento materno e alimentação complementar.

A UBSF C2 localiza-se também no distrito leste, no bairro do Puraquequara, distante do centro urbano, em uma região até pouco tempo considerada como zona rural da cidade. Do tipo ampliada, possui uma área adscrita recortada em 07 microáreas, nas quais residem 773 famílias (3207 habitantes), das quais 387 são beneficiárias do BF. ⁽⁸⁴⁾

Seu território é composto por 1551 homens, 1656 mulheres, dentre os quais cerca de 420 são crianças menores de 5 anos (13,09%). O perfil da população adscrita é de 95,09% alfabetizados, 94,3% dos domicílios possuem abastecimento de água via poço artesiano ou nascente, somente 1,16% possui tratamento de esgoto, 85,38% possui coleta de lixo e 98,06% possui energia elétrica. ⁽⁶²⁾

A equipe de profissionais é constituída por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares/técnicos de enfermagem, sete ACSs, 01 cirurgião dentista um auxiliar de consultório dentário, um assistente administrativo e um auxiliar de serviços gerais. A unidade funciona em horário integral (08 as 17h), durante os dias úteis da semana, quando é ofertado o atendimento via demanda espontânea, agendamento de consultas e visitas domiciliares. O atendimento infantil é disponibilizado em média cinco vezes na semana por todos os membros da equipe.

Segundo as entrevistas com profissionais de saúde, dentre os serviços/ações de atenção infantil são ofertadas a Primeira Semana de Saúde integral, o acompanhamento do CD, Atenção às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), a suplementação universal de ferro,

imunização, programa de saúde bucal, promoção e incentivo ao aleitamento materno e alimentação complementar, Programa Saúde na Escola (PSE) e Programa Leite do Meu Filho.

Do tipo tradicional, a unidade **F1** está localizada no distrito oeste, no bairro do São Jorge, onde atende a 3843 usuários, cerca de 956 famílias. ⁽⁶²⁾

Sua área adscrita é constituída por 1740 homens (45,27%) e 2103 mulheres (54,72%), dos quais 240 são menores de 5 anos (6,24%) e 91 famílias são beneficiárias do programa BF. ^(62,84)

Ainda segundo o SIAB (2012), 97,43% da população é alfabetizada, 97,7% dos domicílios possuem abastecimento de água via rede pública, 49,48% possui tratamento de esgoto, 96,44% possui coleta de lixo e 97,59% possui energia elétrica. ⁽⁶²⁾

A equipe de profissionais é constituída por um médico, uma enfermeira, um auxiliar/técnico de enfermagem e sete ACSs. A unidade funciona em horário integral (08 as 17h), durante os dias úteis da semana, quando é ofertado o atendimento por meio de acolhimento à demanda espontânea, agendamento de consultas e visitas domiciliares. O atendimento infantil é disponibilizado duas vezes na semana por todos os membros da equipe.

Segundo as entrevistas com profissionais de saúde, dentre os serviços/ações de atenção infantil são ofertadas a Primeira Semana de Saúde integral, o acompanhamento do CD, a suplementação universal de ferro, promoção, incentivo ao aleitamento materno e alimentação complementar.

A unidade **F2** é do tipo ampliada, está localizada no também no distrito oeste, no bairro Dom Pedro, em uma área de invasão (Santa Terezinha). Segundo o consolidado de famílias cadastradas do primeiro semestre de 2012 (extraído do SIAB v.6.5), nessa unidade estão cadastradas 3.148 pessoas, cerca de 779 famílias, cujo território é recortado em 7 microáreas. ⁽⁶²⁾

Nesse território existe, 1455 homens (46%), 1693 mulheres (56,7%), dos quais cerca de 260 são menores de 5 anos (8,25%). Desse total cerca de 235 famílias são beneficiárias do programa BF. ⁽⁸⁴⁾

Ainda segundo o SIAB, 98,67% da população são alfabetizadas, 99,49% dos domicílios recebem abastecimento de água via rede pública, apenas 27,34% possui tratamento de esgoto 99,23% possui coleta de lixo e 98,07% possui energia elétrica. ⁽⁶²⁾

A equipe de profissionais é constituída por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares/técnicos de enfermagem, um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário, sete ACSs, um assistente administrativo e um auxiliar de serviços gerais. A unidade funciona em horário integral (08 as 17h), durante os dias úteis da semana, quando é ofertado o atendimento por meio de acolhimento à demanda espontânea, agendamento de consultas e visitas domiciliares. O atendimento infantil é disponibilizado duas vezes na semana por todos os membros da equipe.

Segundo as entrevistas com profissionais de saúde, dentre os serviços/ações de atenção infantil são ofertadas a Primeira Semana de Saúde integral, o acompanhamento do CD, a suplementação universal de ferro, imunizações, programa de saúde bucal, promoção, incentivo ao aleitamento materno e alimentação complementar.

8.3.2. Subdimensão Infraestrutura

Os dados desta subdimensão foram coletados a partir de observação direta, e registrados em check-list, para os quais foi atribuída a pontuação máxima de 20 pontos e ainda relevância 1 ou 2, considerando o peso de cada critério na atenção infantil. Assim considerou-se como críticos os critérios materiais e equipamentos, os insumos, medicamentos e recursos humanos (relevância 2), todos os demais foram considerados de relevância tipo 1

por não impedirem a assistência infantil. . A pontuação obtida foi calculada por meio da média ponderada do escore obtido em cada critério.

O quadro 09 apresenta a pontuação obtida para os critérios estrutura, materiais e equipamentos, insumos, impressos, medicamentos e recursos humanos. Nesta dimensão todos os critérios foi avaliados considerando apenas os itens necessários à atenção infantil.

Quadro 09 – Matriz da subdimensão infraestrutura.

Infraestrutura/UBSF	R	PM	A1	A2	B1	B2	C1	C2	F1	F2
Estrutura	1	20	6	18	4	18,5	8	16,5	4	19
Materiais e equipamentos	2	40	27,6	34,6	23	34,2	24	17	28,4	32,6
Insumos	2	40	25,4	37,4	34,4	35,4	30,4	38	30,4	33,8
Impressos	1	20	9,7	15,5	11,9	15,6	11,8	10,5	10,8	14,2
Medicamentos	2	40	21,4	24,4	20,8	17,2	24	25,2	22,6	23,2
Recursos Humanos	2	40	18,0	34	26	40	28	40	30	38
<i>Média Ponderada</i>	10	20	10,6	16,4	12	16,1	12,6	14,7	12,6	16,1

Fonte: Check-list - Infraestrutura.

No critério estrutura foram considerados a existência de espaço físico destinado exclusivamente à administração/gerência da unidade, almoxarifado, recepção/sala de educação, consultório médico, consultório de enfermagem, farmácia, sala de imunizações, sala de curativos/procedimentos, central de material/esterilização, sala de coleta de material biológico (laboratorial), sala de nebulização, sala de triagem/preparo, sala de ACS, sala de atividades educativas, consultório odontológico, copa/cozinha e sanitários de deficientes e usuários.

Em relação à estrutura observa-se que entre as unidades do tipo tradicional a média de pontos foi 5,5, enquanto a média de pontos alcançada pelas unidades do tipo ampliadas foi de 18,5 pontos. A diferença entre as pontuações obtidas é de 13 pontos. O resultado evidencia as melhores condições de estrutura física nas unidades do tipo ampliada.

No critério materiais e equipamentos as UBSFs tradicionais tiveram pontuação mais baixa, em média 25,75 pontos, enquanto todas as ampliadas apresentaram pontuação acima de 30 pontos, com exceção da unidade C2, por falta de informações sobre a disponibilidade ou

não de materiais como estetoscópio adulto e infantil, lanterna clínica, esfigmomanômetro adulto e infantil, glicosímetro, balanças adulto e infantil, infantômetro, estadiômetro e nebulizadores. A média mais baixa foi de 17,0, enquanto a média mais alta foi de 34,6..ambas referentes à unidades do tipo ampliada, contudo não se pode considerar a média mais baixa porque esse resultado foi alcançado devido à falta de informações na coleta de dados (formulários com campos em branco).

Em relação aos insumos verificou-se que existe um equilíbrio benéfico entre as unidades uma vez que a maioria teve uma pontuação média de 32 pontos. A menor pontuação foi obtida pela A1 (25,4 pontos) pela falta de materiais de coleta de preventivo, coletor universal, termômetros analógicos de cabo extensor e equipamentos de proteção individual.

A verificação de insumos refere-se à disponibilidade de 34 itens necessários à assistência materno-infantil, dentre os itens de menor disponibilidade estão a jarra de 1litro para soro de reidratação oral, tubos de coleta de material biológico, coletor universal e termômetro digital e analógico. Os demais itens estão disponíveis na maioria das unidades pesquisadas. Observa-se, portanto, que as unidades possuem os insumos essenciais para assistência materno-infantil.

A disponibilidade de impressos teve uma pontuação média de 12,5 pontos, considerada média. As unidades A1 e C2 apresentaram a menor e maior pontuação, respectivamente. Todas as unidades tradicionais tiveram pontuações mais baixas do que as unidades ampliadas.

Nesse critério verificou-se a disponibilidade de todos os impressos relativos ao funcionamento básico das unidades: cadastro, produção, atenção materno-infantil, das áreas programáticas, de vigilância em saúde e imunização. Os impressos com menor disponibilidade nas unidades foram cartão-sombra (imunização), ficha de acompanhamento de RN de baixo peso, todos os formulários da AIDPI Neo, formulários da área de nutrição, de

imunização e os manuais em geral (imunização, CD, AIDPI e nutrição infantil). Os demais impressos estão disponíveis na maioria das unidades estudadas.

Foi verificada também a disponibilidade de 34 grupos de medicamentos. Nesse critério observou-se que de um total de 40 pontos possíveis, as unidades apresentaram uma média de 22,35, alcançando uma classificação intermediária nesse critério. A unidade B2 (ampliada) apresentou a menor pontuação, 17,2, enquanto a C2 apresentou a maior pontuação (25,2).

Os grupos de medicamentos ceratolíticos, antissépticos/esterilizantes, anestésicos locais, antibacterianos, anticoagulantes, anticonvulsivantes, antidepressivos, antiglaucomatosos, antipsicóticos, antivirais, laxativos e as medicações do protocolo da estratégia AIDPI não foram encontrados em nenhum das unidades estudadas. Já os medicamentos antiácidos, antiarrítmicos e antiasmáticos, fitoterápicos e vitaminas, estavam disponíveis em apenas algumas unidades (quatro).

Pelo fato de apenas as unidades ampliadas ofertarem a imunização, somente estas dispunham de imunobiológicos no momento da pesquisa.

Em relação aos recursos humanos, observa-se que tomando como referência o padrão de recursos humanos proposto na PNAB ⁽⁷⁴⁾, onde para uma equipe de estratégia saúde da família é necessário, minimamente, 01 médico, 01 enfermeiro, 02 técnicos de enfermagem, 07 agentes comunitários de saúde, 01 cirurgião dentista, 01 auxiliar de consultório dentário, 01 agente de endemias, 01 assistente administrativo e 01 serviços gerais, a pesquisa evidenciou que dentre as 08 equipes, apenas 02 apresentavam equipe completa (B2 e C2), ambas do tipo ampliada.

Dentre as demais unidades a pontuação média alcançada foi de 29 pontos. A menor pontuação foi obtida pela A1 (do tipo tradicional com apenas 08 profissionais, faltando médico, 03 ACSs, assistente administrativo, auxiliar de saúde bucal e auxiliar de serviços gerais) e a maior pontuação foi adquirida pela F2, com 14 profissionais.

As categorias profissionais médico e dentistas foram as mais críticas, uma vez que das 08 unidades pesquisadas, 02 não possuem médicos (25%) e 03 não possuem cirurgião dentista (37,5%).

O escore da subdimensão infraestrutura foi calculado por meio da média ponderada dos critérios de infraestrutura. Nenhuma das unidades alcançou a pontuação máxima esperada. Mais uma vez a A1 apresentou a menor pontuação (10,6), enquanto a A2 apresentou a maior pontuação (16,4), ambas no mesmo distrito de saúde.

A pontuação média da subdimensão infraestrutura foi de 13,9 pontos, considerada intermediária. E por fim, quando comparamos as pontuações obtidas pelas unidades tradicionais e ampliadas, observou-se que todas as UBSFs tradicionais apresentaram pontuação mais baixa (média de 11,9) em relação as do tipo ampliada (média de 15,8).

8.3.3. Subdimensão Processos

Através dos resultados das entrevistas estruturadas com as 04 categorias de profissionais das unidades pesquisadas, a saber, médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e ACS, foi possível avaliar esta subdimensão. Os dados ora apresentados são o resultado do consolidado de todos os formulários aplicados aos profissionais de cada unidade de saúde (apêndice F).

Foram entrevistados 29 profissionais, dos quais 06 são médicos, 07 são enfermeiros, 08 são técnicos de enfermagem e 08 são ACSs. A enfermeira da C1 recusou-se a participar do presente estudo.

Quando perguntados sobre a data do último treinamento em saúde infantil 10 dos entrevistados informaram ter sido capacitados há mais de 2 anos, outros 10 informaram ter sido qualificados há menos de 1 ano e 07 entre 1 e 2 anos. E do total dos 27 profissionais que

declararam ter recebido capacitação em saúde da criança, 18 deles foram capacitados pela Sems/Disa. (66,6%).

A subdimensão processos contém informações referentes ao tipo de atendimento, a frequência de atendimento infantil, registro de cadastro de crianças menores de 5 anos, puérperas e recém-nascidos, modalidade de registro, ações de saúde ofertadas nas unidades de saúde, o conhecimento de diretrizes e prioridades de saúde da criança, utilização de protocolos, informações de monitoramento e avaliação, mecanismos de referencia e contra referencia, de apoio diagnóstico, provisão de recursos e manutenção, procedimentos de assistência infantil e sugestões de implementação do acompanhamento do CD.

Em relação ao tipo de atendimento a pesquisa revelou que, com exceção de uma unidade do distrito norte, que não oferece atendimento à demanda espontânea, todas as demais unidades ofertam atendimento de forma agendada, visitas domiciliares e acolhimento à demanda espontânea de assistência infantil em uma média de 2 vezes por semana.

Todas as unidades mantêm cadastro atualizado de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos. E quando do atendimento destes, o registro é realizado no prontuário (em 7 das unidades estudadas) e na caderneta da criança (em 5 unidades). As unidades B2 e A1 afirmaram registrar os atendimentos na ficha de cadastro das famílias e exclusivamente no livro controle, respectivamente.

As ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, suplementação de ferro, pré-natal, promoção do aleitamento materno e alimentação complementar são ofertadas por todas as unidades estudadas. As ações de imunização e saúde bucal são ofertadas apenas pelas unidades do tipo ampliadas.

As ações de DST/AIDS e a investigação do óbito infantil são realizadas/ofertadas pela maioria das unidades de saúde. Somente as unidades do distrito norte informaram não desenvolver essas ações. A suplementação da vitamina A e a AIDPI são ofertadas por apenas

metade das unidades estudadas. E por fim, nenhuma das unidades informaram realizar o teste do pezinho nas crianças acompanhadas pela unidade.

Em relação à organização dos serviços de atenção infantil, a exceção da F2, todas as demais equipes declararam conhecer as diretrizes e prioridades nacionais de saúde infantil. A maioria (06 unidades) declara prestar assistência com base em protocolos de diagnóstico, tratamento e condutas, embora a análise documental tenha demonstrado a existência de apenas dois protocolos institucionalizados: atenção ao bebê de baixo peso e protocolo de asma.

Em relação ao monitoramento e avaliação todas relataram registrar os dados de produção, mensal ou trimestralmente e utilizar esses dados para enviar ao distrito de saúde, para o monitoramento de alcance de metas, verificação de dificuldades e priorização de ações segundo o perfil da população. Vale ressaltar que pelo menos metade das unidades informou utilizar os dados para discussão em reunião de equipe para o planejamento de ações e tomada de decisões.

Quando perguntadas se a própria unidade possui mecanismos de supervisão e auto avaliação, apenas as unidades B1, B2 e C1 responderam afirmativamente à questão, fazendo-o com frequência mensal. Segundo a equipe da B2, o distrito de saúde não realiza feedback dos dados informados pelas unidades.

Quanto ao monitoramento e avaliação realizado pelo distrito de saúde todas informaram que o Disa realiza a atividade, contudo não foi possível estimar a frequência de realização desta atividade. À exceção da F2, todas informaram que os distritos não utilizam os dados coletados e consolidados (produção e estatísticas) para dar feedback às unidades.

Quanto aos recursos de apoio e recursos de logística, apenas uma unidade (B1) informou possuir mecanismo formal de referência e contra referência de pacientes inadequados para o atendimento nas unidades básicas de saúde. O que contradiz os dados

apresentados pela análise documental, onde verificou-se que no ano de 2009 foi implantada a Central de Regulação de Consultas e Exames Especializados, em cogestão entre Estado e Município, para ampliar e garantir o acesso à procedimentos de média complexidade, servindo como mecanismo de referência e contra referência entre os níveis de atenção. Contudo, esta é uma questão que merece ser melhor investigada.

Ainda em relação aos recursos de apoio e logística, todas declaram a disponibilidade de serviços de apoio diagnóstico na rede pública de atenção à saúde, a maioria revelou a disponibilidade de recursos necessários à assistência infantil (materiais, insumos e medicamentos). E por fim, quanto à disponibilidade de manutenção oportuna de materiais e equipamentos, apenas 03 unidades responderam positivamente à questão (B2, C1 e C2).

Em relação à operacionalização do acompanhamento do CD, os profissionais foram questionados sobre procedimentos relativos à assistência na primeira semana de vida, à consulta de CD, ao preenchimento da caderneta da criança, à atenção às crianças em risco nutricional e avaliação da alimentação infantil.

Segundo os profissionais de saúde os procedimentos da assistência ao binômio mãe-bebê incluem, predominantemente, exame físico completo, cuidados com o recém-nascidos e promoção/apoio ao aleitamento materno. Pouco mais da metade das unidades afirmou realizar orientação/verificação/atualização das imunizações e orientações às mães e familiares. E nenhuma das unidades pesquisadas afirmou realizar anamnese no momento da PSSI.

Apenas duas unidades (25%) afirmaram realizar avaliação de situações de risco, vulnerabilidades e sinais de perigo para a puérpera e para o recém-nascido, e agendar seguimento ambulatorial para a dupla, por meio da oferta de consulta puerperal, de CD e planejamento familiar. Apenas as unidades A2 e F2 informaram que registram a visita na Ficha de Primeira Semana de Saúde Integral, formulário adotado pela Sems/Manaus desde

2009, informação essa reforçada pelo fato de apenas 03 unidades declararem a utilização do referido formulário.

Quanto às consultas de CD os profissionais informam que a captação de crianças é realizada por meio das visitas dos ACSs (diárias e de puerpério), por meio da realização da PSSI, nas consultas de acompanhamento do programa Leite do Meu Filho, no acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, nas consultas médicas e no pré-natal.

A maioria dos profissionais declara conhecer os procedimentos da consulta de CD, com exceção da C2, onde não houve consenso sobre a questão. Quanto à disponibilidade de protocolo de CD, apenas metade afirma a existência de protocolo de CD, todas as demais negam a existência desse instrumento ou mantiveram-se em dissenso sobre a questão.

Quando questionados sobre o conhecimento a respeito do calendário mínimo de consultas infantis apenas as unidades A2, B1, C2 e F2 responderam positivamente, muito embora apenas a unidade C2 tenha acertado o número de consultas adequados para uma criança de 3 anos e meio – cuja resposta correta é 10 consultas.

Em relação aos procedimentos da consulta de CD, todas as unidades realizam as medidas antropométricas e apenas metade destas inclui na consulta a verificação/atualização das imunizações. Menos da metade informa realizar o monitoramento/avaliação do CD e dos marcos do desenvolvimento, a educação em saúde com os pais, a verificação/orientação quanto à alimentação das crianças, a verificação/observação de intercorrências, saúde bucal e a suplementação de ferro e vitaminas. Nenhuma unidade referiu –se a anamnese e preenchimento da caderneta como procedimentos da consulta de CD.

A avaliação e preenchimento da Caderneta da Criança em todas as situações de procura por atendimento infantil foi a resposta de apenas metade das unidades (A1, A2, F1 e F2), todas demais demonstraram não proceder da mesma forma.

Quanto aos itens de preenchimento sistemático na Caderneta, observou-se que os profissionais limitam-se ao preenchimento de medidas antropométricas e verificações/atualizações das imunizações e algumas preenchem os gráficos de estatura X idade. Menos da metade declarou o registro de dados de identificação (25%), do IMC (03 unidades) e da suplementação de ferro ou vitamina A (C2). E nenhuma unidade informou o preenchimento de dados de anamnese, aferição de PA, verificação de exames de triagem neonatal (saúde ocular, auditiva e metabólica) ou intercorrências.

Quanto ao acompanhamento de crianças em risco nutricional, apenas a unidade F2 informou realizar o acompanhamento de crianças acima de -2 Z escore e +2 Z escore, ou seja de crianças em risco de desnutrição e de obesidade.

Sobre a avaliação do desenvolvimento infantil, apenas metade das unidades (B1, C1, C2 e F1) afirmou ter identificado crianças com problemas de desenvolvimento infantil. Contudo a análise de prontuários demonstrou que apenas 3,3% dos prontuários analisados apresentavam registro de avaliação do desenvolvimento infantil, e 6,1% apresentou registro de reflexos – de um total de 213 prontuários analisados.

A análise de prontuários será melhor descrita na próxima seção .

A respeito da avaliação da alimentação infantil observou-se que todas as unidades ofertam orientações sobre aleitamento materno e alimentação complementar, contudo nenhuma das unidades pesquisadas registra a avaliação da mamada nos prontuários quando da realização de orientações a respeito de aleitamento materno. Como procedimentos de avaliação da alimentação do RN a maioria das equipes afirma que o faz por meio de indagação da nutriz sobre as condições de alimentação do RN, por meio de orientações na visita domiciliar de puerpério, da observação do estado nutricional do bebê e por meio das medidas antropométricas.

O resultado da implantação da ação acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, segundo os indicadores propostos na matriz de análise e julgamento serão apresentados a seguir.

Quadro 10 – Matriz de análise e julgamento da UBSF A1.

	INDICADOR	PAR	PONTO DE CORTE	R	P1	P2	P3	P4	PT	PM	%
INFRAESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	D14 – Infraestrutura básica para assistência de saúde infantil	Alta	Alta= 18-20	1	-	-	-	-	10,9	20	54,5
			Média = 10-17								
			Baixa = 0-9								
	D15 - Utilização de protocolos para o diagnóstico, tratamento e condutas de saúde.	Alta	Alta= 18-20	2	-	10	10	10	20,0	40	50,0
			Média = 10-17								
Baixa = 0-9											
D16 - Disponibilidade de mecanismos de referência para consultas especializadas e exames	Alta	Alta= 18-20	2	-	10	10	10	20,0	40	50,0	
		Média = 10-17									
		Baixa = 0-9									
D17 - Utilização dos dados de monitoramento e avaliação para a o planejamento e tomada de decisão	Alta	Alta= 18-20	1	-	9,75	9,75	9,75	9,75	20	48,75	
		Média = 10-17									
		Baixa = 0-9									
D18 – Desenvolvimento das ações de atenção de saúde da criança	Alto	Alto= 18-20	2	-	12	12	14	25,0	40	62,5	
		Médio = 10-17									
		Baixo = 0-9									
PROCESSO DE TRABALHO	D19 - Adequação do ACD realizado na USF às diretrizes do Programa Nacional de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento ou equivalente	Alta	Alta= 18-20	2	-	10	12	16	24,0	40	60,0
			Média = 10-17								
			Baixa = 0-9								
	D20 – Adequação do preenchimento adequado da Caderneta de Saúde da Criança	Alta	Alta= 18-20	2	-	7	8	7	14,5	40	36,3
			Média = 10-17								
			Baixa = 0-9								
	D21 – Desenvolvimento das ações da Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI)	Alto	Alto= 18-20	2	-	5	12	12	17,0	40	42,5
Médio = 10-17											
Baixo = 0-9											
D22 - Acompanhamento de crianças em risco nutricional	Alto	Alto= 18-20	1	-	0	2,5	2,5	1,3	20	6,3	
		Médio = 10-17									
		Baixo = 0-9									
D23 – Acompanhamento do desenvolvimento infantil	Alto	Alto= 18-20	1	-	0	0	0	0,0	20	0,0	
		Médio = 10-17									
		Baixo = 0-9									
D24 - Aconselhamento em aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar conforme	Sempre	Sempre = 18-20	2	-	20	20	10	35,0	40	87,5	
		Às vezes = 10-17									
		Nunca =0-9									
D25 - Aplicação do calendário mínimo de consultas de ACD em crianças de 0 a 5 anos	Alta	≥ 7 cons.= 20	2	-	-	-	-	0,0	40	0,0	
		>3 < 7 = 10									
		≤ 3 cons.= 5									
TOTAIS				20,0	0,0	83,8	96,3	91,3	177,4	400	44,4

Quadro 11 – Matriz de análise e julgamento da UBSF A2.

	INDICADOR	PAR	PONTO DE CORTE	R	P1	P2	P3	P4	PT	PM	%
INFRAESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	D14 – Infraestrutura básica para assistência de saúde infantil	Alta	Alta= 18-20	1					16,4	20	82
			Média = 10-17								
			Baixa = 0-9								
	D15 - Utilização de protocolos para o diagnóstico, tratamento e condutas de saúde.	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	0	10	10	10	13,3	40	33,3
	D16 - Disponibilidade de mecanismos de referência para consultas especializadas e exames	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	10	10	20	20	26,7	40	66,7
D17 - Utilização dos dados de monitoramento e avaliação para a o planejamento e tomada de decisão	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1	9,75	17,75	0	9,75	10,8	20	54,0	
D18 – Desenvolvimento das ações de atenção de saúde da criança	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	16	17	17	14,5	32,5	40	81,3	
PROCESSO DE TRABALHO	D19 - Adequação do ACD realizado na USF às diretrizes do Programa Nacional de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento ou equivalente	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	4	11	4	8	14,0	40	35,0
	D20 – Adequação do preenchimento adequado da Caderneta de Saúde da Criança	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	8	8	8	0	13,3	40	33,3
	D21 – Desenvolvimento das ações da Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI)	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	0	13	9,5	6	13,8	40	34,6
	D22 - Acompanhamento de crianças em risco nutricional	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1	12,5	0	0	12,5	6,3	20	31,3
	D23 – Acompanhamento do desenvolvimento infantil	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1	0	0	0	0	0,0	20	0,0
	D24 - Aconselhamento em aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar conforme	Sempre	Sempre = 18-20 Às vezes = 10-17 Nunca = 0-9	2	20	20	20	20	40,0	40	100,0
	D25 - Aplicação do calendário mínimo de consultas de ACD em crianças de 0 a 5 anos	Alta	≥ 7 cons.= 20 >3 < 7 = 10 ≤ 3 cons.= 5	2	-	-	-	-	10,0	40	25,0
TOTAIS				20,0	80,3	106,8	88,5	100,8	197,1	400	49,2

Quadro 12 – Matriz de análise e julgamento da UBSF B1.

	INDICADOR	PAR	PONTO DE CORTE	R	P1	P2	P3	P4	PT	PM	%
INFRAESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	D14 – Infraestrutura básica para assistência de saúde infantil	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1					12	20	60
	D15 - Utilização de protocolos para o diagnóstico, tratamento e condutas de saúde.	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2		10	10	10	20,0	40	50,0
	D16 - Disponibilidade de mecanismos de referência para consultas especializadas e exames	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2		20	20	20	40,0	40	100,0
	D17 - Utilização dos dados de monitoramento e avaliação para a o planejamento e tomada de decisão	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1		9,75	17,75	17,75	13,8	20	68,8
	D18 – Desenvolvimento das ações de atenção de saúde da criança	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2		14	17	11	28,0	40	70,0
PROCESSO DE TRABALHO	D19 - Adequação do ACD realizado na USF às diretrizes do Programa Nacional de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento ou equivalente	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2		12	7	6	18,5	40	46,3
	D20 – Adequação do preenchimento adequado da Caderneta de Saúde da Criança	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2		5,5	8	7	13,0	40	32,5
	D21 – Desenvolvimento das ações da Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI)	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2		13,5	6	4,5	18,8	40	46,9
	D22 - Acompanhamento de crianças em risco nutricional	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1		5	20	20	12,5	20	62,5
	D23 – Acompanhamento do desenvolvimento infantil	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1		8	8	8	8,0	20	40,0
	D24 - Aconselhamento em aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar conforme	Sempre	Sempre = 18-20 Ás vezes = 10-17 Nunca =0-9	2		20	20	10	35,0	40	87,5
	D25 - Aplicação do calendário mínimo de consultas de ACD em crianças de 0 a 5 anos	Alta	≥ 7 cons.= 20 >3 < 7 = 10 ≤ 3 cons.= 5	2	-	-	-	-	10,0	40	25,0
TOTALIS				0		117,8	133,8	114,3	229,5	400	57,4

Quadro 13 – Matriz de análise e julgamento da UBSF B2.

	INDICADOR	PAR	PONTO DE CORTE	R	P1	P2	P3	P4	PT	PM	%
INFRAESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	D14 – Infraestrutura básica para assistência de saúde infantil	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1	-	-	-	-	16,1	20	80,5
	D15 - Utilização de protocolos para o diagnóstico, tratamento e condutas de saúde.	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	10	10	10	0	16,7	40	41,7
	D16 - Disponibilidade de mecanismos de referência para consultas especializadas e exames	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	20	10	10	10	26,7	40	66,7
	D17 - Utilização dos dados de monitoramento e avaliação para a o planejamento e tomada de decisão	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1	9,75	9,75	16,75	0	9,3	20	46,5
	D18 – Desenvolvimento das ações de atenção de saúde da criança	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	18	16	14	19	33,7	40	84,2
PROCESSO DE TRABALHO	D19 - Adequação do ACD realizado na USF às diretrizes do Programa Nacional de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento ou equivalente	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	16	11	4	12	23,3	40	58,3
	D20 – Adequação do preenchimento adequado da Caderneta de Saúde da Criança	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	8	10	3,5	0	13,2	40	32,9
	D21 – Desenvolvimento das ações da Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI)	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	7	10,5	2,5	0	12,5	40	31,3
	D22 - Acompanhamento de crianças em risco nutricional	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1	0	5	20	0	5,0	20	25,0
	D23 – Acompanhamento do desenvolvimento infantil	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1	0	8	0	8	4,0	20	20,0
	D24 - Aconselhamento em aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar conforme	Sempre	Sempre = 18-20 Às vezes = 10-17 Nunca =0-9	2	20	20	7,5	20	35,8	40	89,6
	D25 - Aplicação do calendário mínimo de consultas de ACD em crianças de 0 a 5 anos	Alta	≥ 7 cons.= 20 >3 < 7 = 10 ≤ 3 cons.= 5	2	0,0	0,0	0,0	0,0	10	40	25,0
TOTAIS				20,0	108,8	110,3	88,3	69,0	206,2	400	51,6

Quadro 14 – Matriz de análise e julgamento da UBSF C1.

	INDICADOR	PAR	PONTO DE CORTE	R	P1	P2	P3	P4	PT	PM	%
INFRAESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	D14 – Infraestrutura básica para assistência de saúde infantil	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1	-	-	-	-	12,6	20	63
	D15 - Utilização de protocolos para o diagnóstico, tratamento e condutas de saúde.	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	10		10	10	20,0	40	50,0
	D16 - Disponibilidade de mecanismos de referência para consultas especializadas e exames	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	10		10	10	20,0	40	50,0
	D17 - Utilização dos dados de monitoramento e avaliação para a o planejamento e tomada de decisão	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1	9,75		9,75	0	7,3	20	36,6
	D18 – Desenvolvimento das ações de atenção de saúde da criança	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	13		12	12,5	25,3	40	63,1
PROCESSO DE TRABALHO	D19 - Adequação do ACD realizado na USF às diretrizes do Programa Nacional de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento ou equivalente	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	5		6	4	10,0	40	25,0
	D20 – Adequação do preenchimento adequado da Caderneta de Saúde da Criança	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	3		3,5	5,5	7,5	40	18,8
	D21 – Desenvolvimento das ações da Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI)	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	7		7	8	14,5	40	36,3
	D22 - Acompanhamento de crianças em risco nutricional	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1	0		0	5	1,3	20	6,3
	D23 – Acompanhamento do desenvolvimento infantil	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1	8		8	8	8,0	20	40,0
	D24 - Aconselhamento em aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar conforme	Sempre	Sempre = 18-20 Às vezes = 10-17 Nunca = 0-9	2	20		20	20	40,0	40	100,0
	D25 - Aplicação do calendário mínimo de consultas de ACD em crianças de 0 a 5 anos	Alta	≥ 7 cons.= 20 >3 < 7 = 10 ≤ 3 cons.= 5	2	0,0		0,0	0,0	10	40	25,0
TOTALIS				20,0	85,8	0,0	86,3	83,0	176,4	400	44,1

Quadro 15 – Matriz de análise e julgamento da UBSFC2.

	INDICADOR	PAR	PONTO DE CORTE	R	P1	P2	P3	P4	PT	PM	%
INFRAESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	D14 – Infraestrutura básica para assistência de saúde infantil	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1					14,7	20	73,5
	D15 - Utilização de protocolos para o diagnóstico, tratamento e condutas de saúde.	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	0	10	0	0	6,7	40	16,7
	D16 - Disponibilidade de mecanismos de referência para consultas especializadas e exames	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	10	20	20	10	30,0	40	75,0
	D17 - Utilização dos dados de monitoramento e avaliação para a o planejamento e tomada de decisão	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1	9,75	9,75	9,75	9,75	9,8	20	48,8
	D18 – Desenvolvimento das ações de atenção de saúde da criança	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	18	18	12	12	32,0	40	80,0
PROCESSO DE TRABALHO	D19 - Adequação do ACD realizado na USF às diretrizes do Programa Nacional de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento ou equivalente	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	4	13	5	2	13,7	40	34,2
	D20 – Adequação do preenchimento adequado da Caderneta de Saúde da Criança	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	3,5	7	6,5	5	10,8	40	27,1
	D21 – Desenvolvimento das ações da Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI)	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	3,5	8	5	5	11,0	40	27,5
	D22 - Acompanhamento de crianças em risco nutricional	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1	5	10	0	10	6,7	20	33,3
	D23 – Acompanhamento do desenvolvimento infantil	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1	8	8	8	8	8,0	20	40,0
	D24 - Aconselhamento em aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar conforme	Sempre	Sempre = 18-20 Às vezes = 10-17 Nunca =0-9	2	20	20	5	10	31,7	40	79,2
	D25 - Aplicação do calendário mínimo de consultas de ACD em crianças de 0 a 5 anos	Alta	≥ 7 cons.= 20 >3 < 7 = 10 ≤ 3 cons.= 5	2	0,0	0,0	0,0	0,0	20	40	50,0
	TOTAIS				20,0	81,8	123,8	71,3	71,8	195,0	400

Quadro 16 – Matriz de análise e julgamento da UBSF F1.

	INDICADOR	PAR	PONTO DE CORTE	R	P1	P2	P3	P4	PT	PM	%
INFRAESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	D14 – Infraestrutura básica para assistência de saúde infantil	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1	-	-	-	-	12,6	20	63
	D15 - Utilização de protocolos para o diagnóstico, tratamento e condutas de saúde.	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	0	0	0	0	0,0	40	0,0
	D16 - Disponibilidade de mecanismos de referência para consultas especializadas e exames	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	10	10	10	10	20,0	40	50,0
	D17 - Utilização dos dados de monitoramento e avaliação para a o planejamento e tomada de decisão	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1	9,75	0	0	0	3,25	20	16,25
	D18 – Desenvolvimento das ações de atenção de saúde da criança	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	11	11	14	13,5	23,8	40	59,6
PROCESSO DE TRABALHO	D19 - Adequação do ACD realizado na USF às diretrizes do Programa Nacional de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento ou equivalente	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	9	15	6	10	21,3	40	53,3
	D20 – Adequação do preenchimento adequado da Caderneta de Saúde da Criança	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	6,5	8	8	7	14,7	40	36,7
	D21 – Desenvolvimento das ações da Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI)	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	9,5	14	5	10	20,7	40	51,7
	D22 - Acompanhamento de crianças em risco nutricional	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1	5	10	0	0	5,0	20	25,0
	D23 – Acompanhamento do desenvolvimento infantil	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1	8	0	0	0	2,7	20	13,3
	D24 - Aconselhamento em aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar conforme	Sempre	Sempre = 18-20 Às vezes = 10-17 Nunca = 0-9	2	20	20	20	20	40,0	40	100,0
	D25 - Aplicação do calendário mínimo de consultas de ACD em crianças de 0 a 5 anos	Alta	≥ 7 cons.= 20 >3 < 7 = 10 ≤ 3 cons.= 5	2	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	40	50,0
TOTAIS				20,0	88,8	88,0	63,0	70,5	184,0	400	46,0

Quadro 17 – Matriz de análise e julgamento da UBSF F2.

	INDICADOR	PAR	PONTO DE CORTE	R	P1	P2	P3	P4	PT	PM	%
INFRAESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	D14 – Infraestrutura básica para assistência de saúde infantil	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1	-	-	-	-	16,1	20	80,5
	D15 - Utilização de protocolos para o diagnóstico, tratamento e condutas de saúde.	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	10	10	0	10	16,7	40	41,7
	D16 - Disponibilidade de mecanismos de referência para consultas especializadas e exames	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	10	10	10	10	20,0	40	50,0
	D17 - Utilização dos dados de monitoramento e avaliação para a o planejamento e tomada de decisão	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1	17,75	17,75	17,75	17,75	17,8	20	88,8
	D18 – Desenvolvimento das ações de atenção de saúde da criança	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	14	14	14	14	28,0	40	70,0
PROCESSO DE TRABALHO	D19 - Adequação do ACD realizado na USF às diretrizes do Programa Nacional de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento ou equivalente	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	16	14	5	10	25,0	40	62,5
	D20 – Adequação do preenchimento adequado da Caderneta de Saúde da Criança	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	7	11	0	0	12,0	40	30,0
	D21 – Desenvolvimento das ações da Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI)	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	12	14	4	13	23,0	40	57,5
	D22 - Acompanhamento de crianças em risco nutricional	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1	20	20	0	0	13,3	20	66,7
	D23 – Acompanhamento do desenvolvimento infantil	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1	8	0	0	0	2,7	20	13,3
	D24 - Aconselhamento em aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar conforme	Sempre	Sempre = 18-20 Às vezes = 10-17 Nunca = 0-9	2	20	20	20	20	40,0	40	100,0
	D25 - Aplicação do calendário mínimo de consultas de ACD em crianças de 0 a 5 anos	Alta	≥ 7 cons.= 20 >3 < 7 = 10 ≤ 3 cons.= 5	2	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	40	50,0
TOTALIS				20,0	134,8	130,8	70,8	94,8	234,5	400	58,6

Os profissionais também foram questionados sobre o que sugeririam para a implementação da ação de acompanhamento do CD. A maioria afirmou que a promoção de capacitações (07) e a provisão de mais recursos humanos (05), principalmente médicos, auxiliaria na implementação da ação. Todas as UBSFs do tipo tradicional afirmaram que a ampliação da unidade e a oferta de imunizações seriam fatores importantes na implementação do CD. Também foram citadas a provisão de materiais e insumos, a manutenção de equipamentos, a existência de protocolos e maior apoio da coordenação.

8.3.4. Análise de prontuários

Esta seção apresenta os resultados da análise de 213 prontuários, correspondente aos prontuários de 10% das crianças menores de 5 anos cadastradas nas unidades de saúde pesquisadas.

A análise verificou a presença de registros de dados de identificação, faixa etária, número de atendimentos/consultas por criança, dados de anamneses, exame físico, sinais vitais, medidas antropométricas, imunizações, avaliações de desenvolvimento, de reflexos e da alimentação, solicitação e registro de exames, diagnóstico, tratamento, orientações, evolução, seguimento ambulatorial, registro de busca ativa, de visita da primeira semana de vida e de identificação de risco ao nascer/recém-nascido de risco e qualidade dos registros.

Assim, foram analisados os prontuários de 23 crianças menores de 1 ano, 108 menores de 2 anos e 92 crianças maior ou igual a 3 anos de idade. A média de consultas/criança variou conforme a unidade de saúde. A unidade A1 apresentou em média 3,8 consultas por criança, constituindo-se no melhor desempenho, nesse critério, dentre as unidades estudadas, enquanto a C1 apresentou a média mais baixa, 0,9 consultas/criança.

Durante as análises foi encontrado um número alto de crianças sem nenhum atendimento (28,2%). A unidade A1 apresentou o maior % de crianças sem atendimentos, 67% e a B1 apresentou o menor, 12%. Contudo a média percentual de crianças sem nenhum atendimento é compatível com a taxa de cobertura da população com plano de saúde em Manaus , 26,6% em junho/2012 (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e a estimativa nacional de quase um quarto da população brasileira (24,6%) coberta por algum plano de saúde ⁽⁸²⁾.

Considerando a existência de registros de temperatura, frequência cardíaca e respiratória como a presença de registros de sinais vitais, observa-se que nenhuma UBS

apresentou registros de sinais vitais e aferição de PA, sendo este último aplicável apenas às crianças a partir de 3 anos de idade.

Apenas 51 prontuários (23,9%) apresentaram registro completo das medidas antropométricas (peso, altura/estatura e perímetro cefálico). Contudo a maioria apresentava o registro de peso, 142 prontuários, e altura, 138 prontuários, sendo o item perímetro cefálico (60 prontuários) o motivo da baixa frequência do critério medidas antropométricas.

Tabela 07 – Demonstrativo de resultados da análise de prontuários.

Análise de prontuários/Unidades de saúde	A1 (n=18)		A2 (n=31)		B1 (n=25)		B2 (n=19)		C1 (n=28)		C2 (n=42)		F1 (n=24)		F2 (n=26)		Total	
	valor	%	valor	%	valor	%	valor	%	valor	%	valor	%	valor	%	valor	%	valor	%
Dados de identificação	18	100,0	31	100,0	25	100,0	19	100	28	100	42	100	24	100	26	100	213	100
Idade																	0	0
< 1 ano	1	6	3	10	4	16	2	11	2	7	7	17	2	8	2	8	23	10,8
< 2 anos	6	33	13	42	14	56	11	58	16	57	25	60	11	46	12	46	108	50,7
≥ 3 anos	12	67	13	42	11	44	7	37	7	25	17	40	11	46	14	54	92	43,2
Média de consultas /criança	1,17	7	2,1	7	2,6	10	1,5	8	0,9	3	3,1	7	3,2	13	3,8	15	2,46	
Crianças sem nenhum atendimento	12	67	5	16	3	12	5	26	7	25	12	29	8	33	8	31	60	28,2
Sinais vitais (T, FC e FR)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Aferição de PA (3 anos) ³	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Medidas antropométricas ¹	7	39	19	61	5	20	6	32	0	0	5	12	9	38	0	0	51	23,9
Anamnese completa ²	1	6	0	0	1	4	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1,4
Imunizações	6	33	10	32	16	64	9	47	1	4	12	29	12	50	12	46	78	36,6
Risco ao nascer ou adquirido	0	0	3	10	10	40	1	5	1	4	1	2	7	29	6	23	29	13,6
Exame físico																		
Parcial	2	11	14	45	16	64	5	26	0	0	15	36	2	8	11	42	65	30,5
Completo	5	28	0	0	1	4	3	16	0	0	3	7	3	13	5	19	20	9,4
Avaliações																		
Desenvolvimento	0	0	3	10	0	0	1	5	0	0	0	0	3	13	0	0	7	3,3
Reflexos	3	17	2	6	0	0	1	5	0	0	1	2	4	17	2	8	13	6,1
Mamada	1	6	2	6	6	24	0	0	0	0	1	2	2	8	0	0	12	5,6
Alimentação	5	28	8	26	13	52	2	11	0	0	1	2	6	25	10	38	45	21,1
Exames	3	17	3	10	1	4	5	26	0	0	8	19	4	17	2	8	26	12,2
Triagens neonatais ³	3	17	2	6	4	16	0	0	0	0	1	2	5	21	2	8	17	8,0

Hipótese diagnóstica	0	0	5	16	0	0	1	5	1	4	13	31	9	38	2	8	31	14,6
Tratamento	2	11	12	39	10	40	8	42	3	11	20	48	14	58	14	54	83	39,0
Orientações individual/familiar	6	33	9	29	15	60	6	32	8	29	5	12	4	17	14	54	67	31,5
Referenciamento	1	6	4	13	6	24	3	16	0	0	13	31	4	17	5	19	36	16,9
Seguimento ambulatorial	0	0	7	23	18	72	8	42	0	0	1	2	6	25	8	31	48	22,5
Evolução	2	11	18	58	13	52	9	47	0	0	5	12	9	38	9	35	65	30,5
Registros datados, assinados e legíveis ⁴ .	7	39	23	74	16	64	12	63	1	4	22	52	16	67	17	65	114	53,5
Registro de busca ativa	0	0	0	0	3	12	0	0	0	0	0	0	0	0	2	8	5	2,3
Registro de visita/consulta da PSSI	5	28	0	0	10	40	0	0	0	0	0	0	1	4	6	23	22	10,3
Identificação de RN de risco	0	0	0	0	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	2	8	4	1,9

A anamnese também foi um item de baixa apresentação. Apenas 3 prontuários continham informações de anamnese completa, ou seja, dados da gravidez, nascimento e parto, descrição de sinais e sintomas, e história de doenças e tratamento anteriores. A maioria dos prontuários continha registros da queixa principal, enfim do motivo do atendimento.

Uma surpresa foi a baixa frequência de registros sobre imunização, seja de administração ou verificação das mesmas. Apenas 78 prontuários continham registros de imunizações, o equivalente a 36,6%.

O registro de risco ao nascer ou adquirido (29 registros), de avaliações do desenvolvimento infantil (07 registros), reflexos (13 registros), de avaliação da mamada (12 registros) e de busca ativa de crianças faltosas (05 registros) foram os critérios com os piores desempenhos na análise dos prontuários.

Na verificação dos registros do exame físico observa-se que apenas 65 prontuários (30,5%) apresentaram registros de exame físico parcial e 20 prontuários apresentaram registros de exame físico completo (9,4%). As unidades A1 e F2 e B1 foram àquelas que apresentaram o maior quantitativo de registros de exame físico completo (05 prontuários cada uma) e a unidade B1 apresentou o maior quantitativo de registros de exame físico parcial (16 prontuários) .

Poucas unidades apresentaram registros sobre a alimentação, o registro de resultados de exames, de exames de triagem neonatal, de hipótese diagnóstica, sobre o encaminhamento para especialistas, de seguimento ambulatorial e ainda de registros de realização das ações de primeira semana de saúde integral ou visita na primeira semana de vida.

O registro do tratamento indicado (39%), de orientações individual/familiar (31,5%) e da evolução foram os itens de melhor desempenho na análise de prontuários.

E por fim, apenas 4 dos 213 prontuários (1,9%) foram identificados como de recém-nascidos de risco.

. Sobre esse achado é importante salientar o baixo peso ao nascer (< 2.500g) é o fator de risco isolado mais importante para a mortalidade infantil e no Brasil sua estimativa está em torno de 8% no País, sendo mais alta na região sudeste (9,1%) e sul (8,7%).⁽⁸³⁾

8.3.5. Avaliação do grau de implantação do CD segundo contextos

Nesta seção é apresentado o consolidado das pontuações obtidas por cada unidade de saúde, segundo os indicadores da dimensão contexto assistencial (subdimensões infraestrutura e processos).

O grau de implantação do contexto político-organizacional foi apresentado no quadro 07, que apontou 77% de implantação, classificando-se, portanto, como parcialmente implantado.

O quadro 17 demonstra a matriz de análise e julgamento do grau de implantação do CD na ESF de Manaus. A matriz é composta por 12 indicadores, sendo um de infraestrutura, quatro de organização dos serviços, os quais sejam utilização de protocolos, disponibilidade de mecanismos de referência e contra referência, utilização dos dados do monitoramento e avaliação para o planejamento e desenvolvimento de ações de saúde da criança; e ainda sete outros indicadores de processo de trabalho.

A subdimensão infraestrutura alcançou a pontuação geral média de 13,1 pontos, correspondente a 65,3% de implantação. Esta subdimensão comporá a matriz 17 para a avaliação do grau de implantação da ação crescimento e desenvolvimento na estratégia saúde da família.

O indicador D-15 refere-se à utilização de protocolos para o diagnóstico, tratamento e condutas de saúde infantil e alcançou a pontuação média de 14,2, o que de acordo com o parâmetro do indicador, é classificado como pontuação média, correspondendo a 35,4% da pontuação máxima. Duas unidades, a F1 e a C2 obtiveram pontuações abaixo de 10 (0 e 6,7) e nenhuma unidade alcançou mais de 50% da pontuação máxima.

A disponibilidade de mecanismos de referência para consultas e exames especializados é objeto do indicador D16, cuja pontuação média alcançada foi de 25,4 pontos, 63,5% da pontuação máxima esperada. Nesse indicador metade das unidades (C1, A1, F1 e F2) não alcançou mais que 50% da pontuação máxima esperada, e apenas uma unidade (B1) alcançou a pontuação máxima. A análise documental, no entanto, revelou que, em 2009, foi implantada a Central de consultas e exames especializados com o objetivo de viabilizar o agendamento de consultas e exames especializados via centra telefônica e sistemas de informação on line, o SISREG (Sistema de Regulação).

O indicador D17 revela a utilização ou não dos dados do monitoramento e avaliação para o planejamento e tomada de decisão no gerenciamento da saúde infantil. Segundo a matriz este indicador alcançou a pontuação média de 10,2, classificando-o como médio e correspondente a 51% da pontuação máxima esperada, demonstrando a utilização incipiente dos dados do monitoramento e avaliação.

O desenvolvimento das ações de atenção à saúde infantil foi avaliado segundo o indicador D18, que se refere à disponibilidade das ações de atenção à saúde infantil (PSSI, CD, teste do pezinho, promoção do aleitamento materno e alimentação complementar, Rede Amamenta Brasil, etc.). Nesse indicador a pontuação média alcançada foi de 28,5 pontos, classificando-o como médio. Apenas 3 das unidades estudadas (L-42, N-22 e S-43), todas do tipo ampliada, foram classificadas como de alta

implantação, atingindo mais de 30 pontos, Todas as demais foram classificadas como de média implantação para esse indicador.

As ações PSSI, CD e suplementação de ferro são desenvolvidas por todas as unidades estudadas. Todas as unidades informaram que desenvolvem atividades do programa Leite do Meu Filho, programa elaborado e implantado pela Sems/Manaus em 2011, para a distribuição de fórmula infantil a crianças menores de 5 anos em risco nutricional (RAG, 2011). Esse programa foi implantado em 2011, e não faz parte das diretrizes nacionais de assistência infantil, propostas no manual de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, motivos pelos quais não faz parte do presente estudo. Contudo, acredita-se que suas atividades influenciaram diretamente a implantação dos CD pelo fato do programa ter mais de 70 mil beneficiários e condicionar a entrega da fórmula infantil ao monitoramento trimestral do crescimento infantil. ⁽¹⁰⁾

O D-19 refere-se a adequação do CD realizado na USF às diretrizes do programa nacional de CD ou equivalente, onde foi avaliada a adequação dos processos de trabalho das equipes às normas propostas pela Agenda de compromissos ⁽³⁾ e manual do crescimento e desenvolvimento ⁽⁴⁾. Fazem parte desse indicador dados referentes à captação de crianças para o CD, os procedimentos para o acompanhamento do CD e o desenvolvimento de atividades educativas com os pais e familiares.

Nenhuma das unidades alcançou a pontuação máxima atingindo a pontuação média de 18,7 pontos. E as menores pontuações foram alcançadas pelas unidades C1 e C2, com 10 e 13,7 pontos, respectivamente, e classificadas como baixa implantação nesse critério. Todas as demais foram classificadas como médias.

Os itens com menor pontuação foram o momento de captação de crianças para o CD e o desenvolvimento dos procedimentos habituais de acompanhamento do CD (anamnese, medidas antropométricas, verificação /atualização da caderneta de

imunizações, monitoramento e avaliação do CD, verificação orientação quanto à alimentação, suplementação de ferro e vitaminas, verificação/observação de intercorrências, saúde bucal) , e o de melhor pontuação foi aquele que se refere ao conhecimento por parte dos profissionais dos procedimentos para o acompanhamento do CD (relacionados acima) e o desenvolvimento de atividades educativas com os pais e familiares.

Quadro 18. Avaliação do grau de implantação da ação de acompanhamento do CD na estratégia saúde da família de Manaus.

	INDICADOR	C1	C2	A2	A1	F1	F2	B1	B2	Média	PM	%
INFRAESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	D14 – Infraestrutura básica para assistência de saúde infantil	12,2	13,9	16,0	9,0	12,2	13,7	11,8	15,7	13,1	20	65,3
	D15 - Utilização de protocolos para o diagnóstico, tratamento e condutas de saúde.	20,0	6,7	13,3	20,0	0,0	16,7	20,0	16,7	14,2	40	35,4
	D16 - Disponibilidade de mecanismos de referência para consultas especializadas e exames	20,0	30,0	26,7	20,0	20,0	20,0	40,0	26,7	25,4	40	63,5
	D17 - Utilização dos dados de monitoramento e avaliação para a o planejamento e tomada de decisão	7,3	9,8	10,8	9,8	3,3	17,8	13,8	9,3	10,2	20	51,0
	D18 – Desenvolvimento das ações de atenção de saúde da criança	25,3	32,0	32,5	25,0	23,8	28,0	28,0	33,7	28,5	40	71,3
PROCESSO DE TRABALHO	D19 - Adequação do ACD realizado na USF às diretrizes do Programa Nacional de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento ou equivalente	10,0	13,7	14,0	24,0	21,3	25,0	18,5	23,3	18,7	40	46,8
	D20 – Adequação do preenchimento adequado da Caderneta de Saúde da Criança	7,5	10,8	13,3	14,5	14,7	12,0	13,0	13,2	12,4	40	30,9
	D21 – Desenvolvimento das ações da Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI)	14,5	11,0	13,8	17,0	20,7	23,0	18,8	12,5	16,4	40	41,0
	D22 - Acompanhamento de crianças em risco nutricional	1,3	6,7	6,3	1,3	5,0	13,3	12,5	5,0	6,4	20	32,0
	D23 – Acompanhamento do desenvolvimento infantil	8,0	8,0	0,0	0,0	2,7	2,7	8,0	4,0	4,2	20	20,8
	D24 - Aconselhamento em aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar conforme	40,0	31,7	40,0	35,0	40,0	40,0	35,0	35,8	37,2	40	93,0
	D25 - Aplicação do calendário mínimo de consultas de ACD em crianças de 0 a 5 anos	10,0	20,0	10,0	0,0	20,0	20,0	10,0	10,0	12,5	40	62,5
	TOTAIS	176,0	194,2	196,7	175,5	183,6	232,1	229,3	205,8	199,2	400	49,8

O preenchimento adequado da caderneta de saúde da criança compõe o indicador D-20, referindo-se aos itens utilizados pelos profissionais de saúde quando do preenchimento da caderneta. Na matriz observa-se que todas as unidades obtiveram baixa pontuação, alcançando média de 12,4 pontos (classificação baixa), correspondendo a apenas 30,9% da pontuação máxima. As unidades F1 e A1 (do tipo tradicional) obtiveram as maiores pontuações – 14,7 e 14,5 pontos – e as unidades C1 e C2, do tipo ampliada, obtiveram as menores pontuações, 7,5 e 10,8, respectivamente.

Os itens de preenchimento da caderneta relativos à aferição de PA, saúde ocular e auditiva, intercorrências e anamnese não foram citados por nenhuma das unidades. Os itens imunização e medidas antropométricas foram citados por todas as unidades.

O D-21 refere-se ao desenvolvimento das ações de Primeira Semana de Saúde Integral que compreende a realização das atividades de avaliação da puérpera e RN na primeira semana de vida: anamnese, exame físico completo, avaliações da situação de risco, vulnerabilidades e sinais de perigo em menores de 2 anos, promoção do aleitamento materno exclusivo, registro de consulta/visita, orientações sobre os cuidados com o RN, prevenção de acidentes, realização de triagem neonatal, orientação/verificação de imunizações e seguimento de calendário ambulatorial.

Esse indicador teve uma pontuação média, 16,4, obtendo apenas 41 % da PM. As unidades C2 e B2 apresentaram as menores pontuações, 11 e 12,5, enquanto as unidades F2 (23 pontos) e F1 (20,7) obtiveram as melhores pontuações.

Os itens promoção do aleitamento materno e verificação de imunização foram os de maior prevalência. E nenhuma unidade relacionou a realização de triagem neonatal, orientação da prevenção de acidentes e anamnese.

O indicador D-22 refere-se ao acompanhamento de crianças em risco nutricional, +2 escore Z e -2 escore Z. O indicador teve uma pontuação baixa, média de

6,4 pontos e alcance de apenas 32% da PM. As unidades F2 (13,3 pts) e B1 (12,5 pts) tiveram o melhor desempenho no indicador. Todas as demais obtiveram pontuações abaixo de 7,0 e as unidades C1 e A1 apresentou os resultados mais baixos (1,3 pts).

O acompanhamento do desenvolvimento infantil foi avaliado pelo indicador D-23, por meio de dados provenientes da entrevista com profissionais e da análise de prontuários. A entrevista com profissionais revelou que a maioria dos profissionais alguma vez identificou crianças com alterações de desenvolvimento, contudo a análise de prontuários revelou que apenas 7 dos prontuários analisados apresentaram registros de avaliação do desenvolvimento infantil (3,3%). O D-24 refere-se ao aconselhamento em aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar, onde os profissionais informam como e quando realizam essa atividade. O indicador obteve a pontuação de 37,2, alcançando 93% da PM. Todas as unidades alcançaram uma pontuação alta (acima de 30 pontos). A unidade L-42 obteve a menor pontuação (31,7) e as unidades C1, F1, F2 e A2 alcançaram a pontuação máxima (40 pontos).

E por fim, os dados do indicador D-25, que mensura a aplicação do calendário mínimo de consultas de CD em menores de 5 anos, foram extraídos da análise de prontuários, quando da avaliação do número médio de consultas no primeiro ano de vida (adequado = 7 consultas). A média geral foi de 2,32 consultas no primeiro ano de vida. A unidade A1 obteve a menor pontuação, PO=0 (sem pontuação) e a unidade F2 obteve o melhor desempenho, com 3,95 consultas no primeiro ano de vida.

O consolidado da pontuação total obtida alcançou a média de 199,2 pontos, correspondendo a 49,8% da pontuação média total (400 pontos). O ranking das unidades ficou ordenado da seguinte maneira: F2 (232,1), B1 (229,3 pontos), B2 (205,8), A2 (196,7 pontos), C2 (194,2 pontos), F1 (183,6 pontos), C1 (176 pontos) e A1 (175,5 pontos).

8.4. Classificação do grau de implantação

A dimensão processos obteve a seguinte classificação:

Quadro 19. Classificação de grau de implantação

	INDICADORES	%	CLASSIFICAÇÃO
INFRAESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	D14 – Infraestrutura básica para assistência de saúde infantil	65,3	Parcialmente implantado
	D15 - Utilização de protocolos para o diagnóstico, tratamento e condutas de saúde.	35,4	Incipiente
	D16 - Disponibilidade de mecanismos de referência para consultas especializadas e exames	63,5	Parcialmente implantado
	D17 - Utilização dos dados de monitoramento e avaliação para a o planejamento e tomada de decisão	51,0	Parcialmente implantado
	D18 – Desenvolvimento das ações de atenção de saúde da criança	71,3	Parcialmente implantado
PROCESSO DE TRABALHO	D19 - Adequação do ACD realizado na USF às diretrizes do Programa Nacional de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento ou equivalente	46,8	Incipiente
	D20 – Adequação do preenchimento adequado da Caderneta de Saúde da Criança	30,9	Incipiente
	D21 – Desenvolvimento das ações da Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI)	41,0	Incipiente
	D22 - Acompanhamento de crianças em risco nutricional	32,0	Incipiente
	D23 – Acompanhamento do desenvolvimento infantil	20,8	Crítico
	D24 - Aconselhamento em aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar conforme	93,0	Implantado
	D25 - Aplicação do calendário mínimo de consultas de ACD em crianças de 0 a 5 anos	31,3	Incipiente
	TOTAIS	49,8	Incipiente

Na dimensão infraestrutura e organização do serviço apresentou se parcialmente implantada, com exceção do indicador D15 – Utilização de protocolos para diagnóstico, tratamento e condutas de saúde. E na dimensão processo de trabalho, alcançou o grau implantado somente no indicador D24 – Aconselhamento em aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar, apresentando se incipiente nos demais indicadores.

Segundo o sistema de classificação proposto a ação de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na ESF de Manaus tem 49,8% de implantação, sendo, portanto, classificada como incipiente.

9. DISCUSSÃO

A avaliação por triangulação de métodos integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a concepção das relações envolvidas na implementação das ações e os pontos de vistas dos diferentes atores de um projeto, fazendo dele um construto ⁽⁸⁵⁾.

O presente estudo teve como objetivo geral a avaliação do grau de implantação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil em unidades de saúde da família de Manaus, e para isso, se utilizou da triangulação de métodos de pesquisa, uma vez que o método permitiu a combinação e o cruzamento dos múltiplos pontos de vista (pesquisador, profissionais e informantes-chave), o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados, a interação, a crítica intersubjetiva e a comparação entre os resultados das análises dos vários métodos. ⁽⁸⁵⁾.

Essas análises subsidiaram a visualização do grau de influência dos fatores de contexto externo e interno na maior ou menor operacionalização do CD nas unidades de saúde da família estudadas.

A análise do contexto externo permitiu a problematização do universo em que a intervenção está inserida. Nesse aspecto, os dados apresentados demonstraram que a partir da década de 90, houve um crescimento populacional vertiginoso no município estudado ⁽⁵⁸⁾, podendo influenciar uma menor operacionalização não só da intervenção em questão, mas de todas as ações de saúde, uma vez que a análise documental evidenciou a baixa cobertura da ESF no município de Manaus (47%) ⁽⁵⁵⁾, apontando que a rede de serviços de atenção primária não acompanhou o crescimento populacional.

Segundo a PNAB ⁽⁷⁴⁾ a ESF foi considerada como eixo estruturante dos sistemas municipais de saúde desde 1999, com o objetivo de reorientar o modelo assistencial de saúde no Brasil, devendo ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

Escorel LS et al ⁽⁸⁶⁾ descreveu a implantação da ESF como acelerada nos municípios de pequeno e médio porte. Porém, nas grandes cidades, sua implantação tem sido lenta, uma vez que enfrentou questões complexas relacionadas à concentração demográfica, ao elevado grau de exclusão no acesso aos serviços de saúde, a agravos de saúde característicos de cidades grandes e metrópoles e a uma oferta consolidada em uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída.

Os resultados da análise documental também foram corroborados pelo estudo de Oliveira et al ⁽⁸⁷⁾ que caracterizou a implantação da ESF no estado do Amazonas e evidenciou a redução na cobertura, de 40% em 2004 para 34,1% em 2008, ambas classificadas como implantação insatisfatória. O estudo mostrou ainda que no período observado (2004-2008) a ESF não trouxe mudanças, prevalecendo a baixa cobertura populacional ao longo dos anos.

O contexto político organizacional, neste estudo, foi avaliado segundo 3 subdimensões e classificado como parcialmente implantado, com 77% de grau de implantação, segundo os critérios estabelecidos.

Antes de proceder à discussão dos resultados das subdimensões é importante a contextualização da dimensão político-organizacional. Dessa forma vale ressaltar que:

- a) A intervenção avaliada se dá em um ambiente onde a gestão da saúde é compartilhada entre o Estado e o município e, portanto, não tem comando único, contrapondo-se ao modelo proposto pela Portaria No. 399, de 22 de fevereiro de 2006 (MS), a exemplo dos municípios dos estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro ⁽⁸⁸⁾;

Desde 2008, a Sems/Manaus é gestora plena da atenção básica e o Estado é gestor da média e alta complexidade, contudo mantêm unidades que prestam serviços de atenção primária às crianças, os CAICs.

Essa gestão compartilhada pode resultar em uma rede de serviços desarticulada, dificultando a garantia da integralidade aos usuários do SUS;

- b) A Sems/Manaus é um órgão da Prefeitura Municipal de Manaus institucionalizado, possui estrutura organizacional definida, possui Fundo Municipal de Saúde e é “dirigida” pelo CMS, critérios estes fundamentais para a boa gestão da saúde municipal, e em consonância com as diretrizes do MS ;
- c) A ESF, implantada há 14 anos, segue um modelo diferente do praticado em outros municípios como Belo Horizonte e Curitiba, onde uma UBS é constituída por 3 a 4 equipes de saúde da família. Em Manaus uma UBSF é constituída por apenas 01 equipe de saúde da família, não possui Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e desde 2008 vem passando por reestruturações, de modo que atualmente coexistem diversas estruturas (físicas) de UBSF, os quais sejam módulos, UBSFs tradicionais de 32m² e UBSFs ampliadas de 130 m² e ainda os centros de saúde.

Nesse contexto, a pesquisa demonstrou que na subdimensão projeto de governo, o planejamento em saúde está em consonância com as diretrizes do MS, o Planejatus e com a Portaria No. 399, de 22 de fevereiro de 2006. ⁽⁸⁸⁾ , contudo, necessita de melhorias.:

Quando avaliado o conteúdo dos planos observa-se o aperfeiçoamento destes, ao longo do período observado, nos seguintes aspectos: elaboração dos planos e das programações anuais, à busca pelo método de método de planejamento (participativo), a adequação parcial das proposições e metas ao perfil epidemiológico local, a proposição de mecanismos de monitoramento e avaliação de metas e indicadores, a valorização do controle social e ao encaminhamento dos planos .

O mecanismo de prestação de contas por sua vez, também sofreu aperfeiçoamentos ao longo do tempo, considerando a legislação em vigor, principalmente em relação à periodicidade e ao conteúdo. Contudo, tanto a entrevista quanto a análise documental revelaram graves fragilidades em relação à padronização de estrutura e forma de apresentação, nos relatos do grau de alcance de metas, pois a maioria do RAG não apresentava esse tipo de avaliação, prejudicando a análise do indicador D-02 – Grau de alcance de metas.

Outro aspecto importante do planejamento foi a definição e detalhamento do financiamento das ações de saúde. Esse aspecto foi negligenciado na maioria dos planos analisados. Em geral, a informação referia-se ao montante destinado à saúde, sem o detalhamento dos recursos orçamentários disponíveis segundo as metas propostas.

Na subdimensão capacidade de governo a maioria dos indicadores alcançou 50% da pontuação máxima, revelando que a experiência acumulada dos gestores é média, muito provavelmente em virtude da alta rotatividade de profissionais na responsabilidade técnica da área, contudo, é importante salientar que a vasta experiência da coordenadora municipal é um fator positivo para a condução das ações de saúde infantil. Revelou ainda a necessidade de melhorar a composição da equipe municipal; de mais capacitações para os gestores, principalmente na área de gestão (planejamento, monitoramento e avaliação, etc.); a necessidade consolidação das diretrizes municipais de saúde da criança para o melhor direcionamento dos planos; de padronização e intensificação das ações de monitoramento e avaliação e ainda da normatização das atribuições e atividades do responsável técnico de saúde da criança.

A subdimensão governabilidade evidenciou uma base de apoio político estratégica, onde a saúde da criança constitui-se em uma ação prioritária no período observado, agregando diversos atores, viabilizando as ações de saúde infantil de forma

integrada a outras áreas programáticas e com outros setores, principalmente educação e assistência social.

Ainda nessa subdimensão, o desempenho do indicador D11 revelou baixa autonomia para definição e utilização dos recursos disponíveis para a área técnica, não favorecendo a governabilidade do gestor da área.

Por fim estima-se que, apesar de necessitar de adequações em determinados aspectos, o contexto externo político-organizacional ora descrito influencia de forma positiva na operacionalização do CD nas unidades de saúde da família.

A última dimensão analisada foi o contexto interno da intervenção por meio da avaliação da estrutura, organização dos serviços e processos do CD. Segundo os dados apresentados na matriz de análise e julgamento a intervenção alcançou 49,8% de implantação, sendo classificada como incipiente.

Resultado semelhante foi encontrado por Samico et al no estudo de análise de implantação da saúde da criança em Pernambuco, que encontrou uma implantação intermediária em todos os municípios estudados. ⁽⁸⁹⁾

O grau de implantação encontrado nesta pesquisa é reflexo do baixo desempenho na maioria dos indicadores avaliados.

O indicador de infraestrutura influenciou a produção dos efeitos principalmente em relação aos aspectos de estrutura física e recursos humanos. Em relação à estrutura física é importante lembrar que foram analisadas unidades de 2 tipos diferentes de estrutura física: a tradicional, de 32m², com apenas 4 cômodos e a ampliada, com 130m², com cerca de 12 cômodos, o que teoricamente pode ter enviesado os resultados da avaliação desse indicador. Entretanto, para visualizar o efeito da estrutura no resultados do GI, separamos os resultados segundo o tipo de estrutura, conforme apresentado no quadro 20.

Quadro 20 – Comparativo do GI alcançado por UBSFs tradicionais e ampliadas.

INDICADOR		Tradicional (32m2)		Ampliada (130m2)	
		PO média	%	PO média	%
INFRAESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	D14 – Infraestrutura básica para assistência de saúde infantil	11,3	56,5%	14,8	74,1%
	D15 - Utilização de protocolos para o diagnóstico, tratamento e condutas de saúde.	15,0	37,5%	13,3	33,3%
	D16 - Disponibilidade de mecanismos de referência para consultas especializadas e exames	25,0	62,5%	25,8	64,6%
	D17 - Utilização dos dados de monitoramento e avaliação para a o planejamento e tomada de decisão	8,5	42,6%	11,9	59,5%
	D18 – Desenvolvimento das ações de atenção de saúde da criança	25,5	63,8%	31,5	78,9%
PROCESSO DE TRABALHO	D19 - Adequação do ACD realizado na USF às diretrizes do Programa Nacional de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento ou equivalente	18,5	46,1%	19,0	47,5%
	D20 – Adequação do preenchimento adequado da Caderneta de Saúde da Criança	12,4	31,0%	12,3	30,8%
	D21 – Desenvolvimento das ações da Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI)	17,7	44,3%	15,1	37,7%
	D22 - Acompanhamento de crianças em risco nutricional	5,0	25,0%	7,8	39,1%
	D23 – Acompanhamento do desenvolvimento infantil	4,7	23,3%	3,7	18,3%
	D24 - Aconselhamento em aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar conforme	37,5	93,8%	36,9	92,2%
	D25 - Aplicação do calendário mínimo de consultas de ACD em crianças de 0 a 5 anos	10,0	25,0%	15,0	37,5%
TOTAL		191,1	47,8%	207,20	51,8%

Observa-se no quadro 20 que apesar da diferença de 17,5 pontos percentuais no indicador de estrutura, em favor das unidades ampliadas, o resultado do GI foi semelhante, 47,8% para tradicionais e 51,8% para as ampliadas, com uma diferença de 4,0%.

Destacam-se ainda os resultados apresentados no quadro 18, que descreve a pontuação alcançada por unidade de saúde, onde a unidade B2 apresentou a maior pontuação entre todas as unidades, mesmo sendo uma unidade do tipo tradicional e com equipe incompleta. Ao compararmos com a segunda pontuação mais alta (unidade F2), percebe-se que essa unidade é do tipo ampliada e integra o grupo de unidades aderidas

ao Programa de Melhoria do Acesso e qualidade (PMAQ), justificando sua pontuação elevada.

Para a pesquisadora esse fenômeno ocorre porque as unidades tradicionais são mais antigas, as equipes de saúde são mais experientes, o processo de trabalho está mais consolidado em relação às unidades ampliadas, que têm aproximadamente 01 ano de atividade e suas equipes são formadas por transferências de profissionais de outras equipes ou por novos profissionais.

Observa-se ainda que em alguns indicadores (D15- Utilização de protocolos para o diagnóstico, tratamento e condutas de saúde, D21- Desenvolvimento das ações da Primeira Semana de Saúde Integral e D23- Acompanhamento do desenvolvimento infantil) as unidades tradicionais alcançaram melhor desempenho em relação às ampliadas.

A matriz 18 demonstrou ainda que apenas 05 indicadores alcançaram mais que 50% da PM, o que corresponde a $\frac{1}{4}$ dos critérios avaliados, evidenciando uma melhor implantação em relação à infraestrutura básica para assistência infantil (D15), disponibilidade de mecanismo de referência e contra referência (D16), às diversas ações em desenvolvimento nas unidades (D18) e ao aconselhamento em aleitamento materno exclusivo e complementar (D24).

Com exceção do D16, onde observou-se que os profissionais não reconhecem a central de consultas e exames especializados como mecanismo formal de referência e contra referência, os indicadores supracitados obtiveram resultados semelhantes em todas as técnicas de coletas de dados aplicadas, ou seja tanto a análise documental, quanto as entrevistas e análise de prontuários (D24), alcançaram resultados semelhantes.

A aplicação do monitoramento e avaliação foi avaliada como regular, demonstrando a incipiência da atividade na gestão da saúde infantil.

Todos os outros 07 indicadores de organização de serviços e processos foram classificados de baixa implantação e evidenciaram a pouca utilização de protocolos assistenciais, o preenchimento inadequado e insatisfatório da Caderneta da Criança, o baixo desempenho/desenvolvimento das ações da Primeira Semana de Saúde Integral e no acompanhamento de crianças em risco nutricional e o baixíssimo desempenho das atividades de acompanhamento do desenvolvimento infantil.

Destaca-se também o resultado insatisfatório da aplicação do calendário mínimo, onde a PO geral =12,5 (31,3%) , sugerindo que a maioria das crianças não recebe consultas de CD no primeiro ano de vida, principalmente.

Outro destaque importante é o baixo desempenho do indicador D19 - Adequação do ACD realizado na USF às diretrizes do Programa Nacional de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, como um dos indicadores mais importantes porque reflete a análise dos procedimentos de captação e de realização da consulta de CD.

O resultado alcançado, 49,8%, revela que os procedimentos/atividades praticados pelos profissionais não estão adequados à normativa proposta nos manuais de referência.

Enfim, observou-se que o contexto interno da intervenção influencia de maneira negativa a operacionalização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento nas unidades de saúde da família de Manaus.

10. CONCLUSÕES

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é um grande desafio no âmbito da estratégia saúde da família de Manaus. As exigências modernas de atenção às chamadas “novas morbidades” (problemas familiares e sociais, problemas escolares e de comportamento, violência e maus-tratos, obesidade, etc.) somadas às ações tradicionais excedem à capacidade de atendimento do modelo de atenção à criança praticado no município exigindo cada vez mais esforços tanto da gestão da atenção básica quanto dos profissionais de saúde, fatores estes extremamente relacionados às dimensões contexto externo, político-organizacional e assistencial.

No contexto externo os aspectos sócios demográficos e sanitários exerceram maior influência sobre o grau de implantação do CD, visto a baixa cobertura da ESF no município de Manaus e o intenso crescimento populacional associado com o fato de a cidade ser uma referência para tratamento de saúde e centro financeiro regional.

Do lado da gestão, a Semsa possui uma estrutura organizativa institucionalizada, que prioriza a saúde da criança na agenda da saúde local, executa o planejamento em conformidade com as diretrizes nacionais e o perfil epidemiológico, iniciou o processo de fortalecimento do monitoramento e avaliação e do controle social e garante o financiamento das ações de saúde. Os fatores explicativos destes resultados estão contidos nos vértices do triângulo de governo de Matus, o projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade.

Assim, constatou-se a influência positiva do contexto político-organizacional na implantação do CD, apesar de ter obtido uma implantação parcial.

Os achados apontam que esse contexto vem se aprimorando ao longo dos anos, o que pode ser explicado pela habilitação da secretária como gestora plena da atenção

básica, pela certificação para a assunção das ações de vigilância em saúde e pela adesão ao pacto pela redução da mortalidade infantil e fetal.

Todavia os resultados também demonstraram limitações concernentes às dimensões projeto de governo e capacidade de governo, relacionadas à execução do plano, ao planejamento adequado ao perfil epidemiológico, à qualificação dos gestores de atenção infantil, à definição/adequação das diretrizes municipais de saúde da criança e ao monitoramento específico das ações da área técnica.

E em relação à governabilidade, o fato do gestor municipal de saúde possuir autonomia na utilização dos recursos constituindo-se no principal elemento explicativo dessa dimensão e que confere um relativo otimismo para o cenário, considerando uma vontade política assertiva no enfrentamento dos desafios dados.

Contudo, mesmo obtendo resultados otimistas, conclui-se que uma das principais fragilidades desse contexto é o desafio de institucionalizar uma política municipal de saúde da criança, com base em evidências científicas para o aprimoramento das ações de saúde, com vistas à definição de uma imagem –objetivo da área, objetivo relacionada à melhoria do atendimento à criança, em especial no ACD. Merece destaque também o aumento da capacidade técnica da gestão municipal e distrital de saúde da criança.

No contexto assistencial, os resultados demonstraram que a infraestrutura existente não inviabiliza o desenvolvimento do CD na ESF; a necessidade de melhorar a coordenação da intervenção por meio da construção da rede de atenção à criança e da instituição de mecanismos e rotinas de monitoramento e avaliação; a necessidade de padronização dos serviços ofertados, dos materiais, insumos e das normas/procedimentos pertinente ao CD (captação, periodicidade, a procedimentos realizados na consulta de primeira semana de vida e CD, a vigilância de crianças em

situação de risco nutricional ou alterações do desenvolvimento) e a necessidade de instituição e aplicação de protocolos assistenciais e do calendário mínimo de consultas.

Os elementos explicativos desse contexto estão fortemente relacionados a um dos vértices do triângulo de governo: a capacidade de governo e ao processo de trabalho dos profissionais de saúde, indicando a influência negativa destas dimensões no grau de implantação da intervenção CD.

Do ponto de vista da capacidade de governo, a qualificação técnica dos gestores e a fragilidade do mecanismo de monitoramento e avaliação configuram-se como elementos explicativos da promoção de uma assistência ao CD fragilizada. E do lado do processo de trabalho, a triangulação de técnicas de coleta de pesquisa evidenciou algumas divergências entre as respostas dos profissionais, a análise documental e principalmente a análise de prontuários nos seguintes procedimentos: visita da primeira semana de vida para a avaliação do binômio mãe-bebê, deficiência nos registros de anamnese, pouca realização de exame físico, mensuração de todas as medidas antropométricas necessárias, pouca verificação/atualização da imunização, monitoramento do crescimento deficiente e, sobretudo, dos marcos do desenvolvimento infantil; ausência de avaliação da mamada, oferta de educação em saúde esporádica, baixa oferta de suplementação de ferro e vitamina A, preenchimento inadequado/incompleto da caderneta de saúde da criança, acompanhamento de crianças em risco nutricional deficiente.

Como elementos facilitadores da implantação do CD encontramos, a oferta diversificada de serviços de atenção infantil e a atividade de promoção do aleitamento materno exclusivo e da alimentação complementar.

Conclui-se, portanto, pela necessidade de instituição de uma política municipal de saúde da criança ou de diretrizes municipais que enfoquem a implementação do CD,

tendo em vista de que esta ação constitui-se no principal eixo da assistência infantil e tomando como referência as evidências científicas disponíveis e a abordagem estratégica situacional de Carlos Matus como instrumento de análise do contexto político-organizacional.

Vale ressaltar ainda, a necessidade da realização de mais estudos de avaliação das ações de saúde infantil, utilizando o enfoque do usuário, bem como estudos de avaliação em outras ações de saúde.

11. RECOMENDAÇÕES

Baseado nos achados do estudo recomenda-se:

- Definir e institucionalizar as diretrizes da promoção e da atenção à saúde infantil e das prioridades, para melhor direcionar o planejamento, a coordenação, execução, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde infantil;
- Promover a qualificação para os gestores de saúde da criança em temas de assistência infantil e ferramentas de gestão;
- Evitar a rotatividade dos técnicos para implementar sua capacidade técnica;
- Elaborar, institucionalizar e monitorar a aplicação de protocolos assistenciais, com base em evidências científicas;
- Padronizar a estrutura do Relatório Anual de Gestão para facilitar o monitoramento e avaliação dos planos e das programações anuais de saúde;
- Promover maior adequação do planejamento ao perfil epidemiológico da saúde infantil;
- Padronizar e institucionalizar o mecanismo de monitoramento e avaliação das ações de saúde a criança, sistematizando normas para a atividade (Disa e unidades de saúde);
- Fornecer os manuais/protocolos de ações de saúde infantil para todas as UBSFs;
- Capacitar os profissionais de saúde nas temáticas de saúde infantil, considerando as diretrizes;
- Implantar e institucionalizar efetivamente a estratégia AIDPI infantil (capacitação, manuais de quadros e de procedimentos, medicamentos e

impressos) nas UBSs de Manaus, uma vez que constitui se em um protocolo de atenção infantil que contempla o CD e as prioridades de saúde infantil;

- Padronizar o processo de trabalho dos profissionais da ESF, enfatizando o trabalho interdisciplinar;
- Implantar livros de controle de acompanhamento de crianças no CD, de crianças faltosas, crianças em risco nutricional e recém-nascidos de risco e ações para o preenchimento completo da Caderneta da Criança;
- Implantar grupos de puericultura com pais de crianças de faixa etária semelhantes, de modo a otimizar o tempo e dinamizar as consultas médicas e de enfermagem;
- Padronizar o impresso de atendimento infantil a criança menor de 2 anos;
- Monitorar o acompanhamento da criança em risco nutricional e o preenchimento adequado da Caderneta de Saúde da Criança;
- Divulgar a Caderneta de saúde da Criança junto a sociedade;
- Intensificar o monitoramento do calendário vacinal das crianças cadastradas nas unidades de saúde (censo vacinal).

12. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo tem como limitações:

- O recorte realizado no projeto original cujo objetivo era avaliar o grau de implantação das ações prioritárias de saúde infantil: promoção do nascimento saudável, acompanhamento do CD, promoção do aleitamento materno e alimentação saudável e atenção às doenças prevalentes na infância. Todavia, não foi possível realizar a pesquisa na íntegra tendo em vista o curto prazo para coleta e análise dos dados, considerando a data de aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa;
- O quantitativo reduzido de unidades de saúde estudadas, impossibilitando a generalização dos resultados. Contudo, os resultados apontam uma direção sobre o estado da intervenção acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil em unidades de saúde da família;
- O estudo não incluiu nenhum Centro de Saúde, inviabilizando a comparação dos resultados em diferentes tipos de unidades e modelos de atenção;
- O fato de algumas equipes estarem incompletas prejudicou a obtenção de informações cadastrais da unidade de saúde;

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida PVB. Atenção primária à criança e ao Adolescente do século XXI: análise de situação e perspectiva. In: Campos GWS, Guerrero AVP. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. 2ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.
2. Brasil. Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 1985
3. Brasil. Área de saúde da criança. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
4. Brasil. Área de saúde da criança. Caderno de atenção básica No. 33 – Acompanhamento do Crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
5. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
6. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.
7. Blank D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. Jornal de Pediatria. Vol.79, Supl.1, 2003.
8. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliane ERJ e cols. Medicina Ambulatorial: Conduas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
9. Hartz ZMA, Silva LMV (org.). Avaliação em saúde – dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
10. Manaus. Relatório anual de gestão 2011. Manaus. Secretaria Municipal de Saúde, 2012.
11. Rosen G. Uma história de saúde pública. São Paulo: HUCITEC/UNESP/ABRASCO, 1994.
12. Rocha SMM, Lima RAG, Scochi SGC. Assistência integral à saúde da criança no Brasil: implicações para o ensino e a prática da enfermagem pediátrica. Saúde & Sociedade. 1997;6(1): 25-52.

13. Organização mundial de saúde (OMS). Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978 set 6-12; Alma-Ata, Cazaquistão. Disponível em http://www.who.int/hpr/nph/docs/declaration_almaata.pdf.
14. UNICEF. Convenção pelos direitos da criança. UNICEF, 2004. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
15. UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança. Nova York: Nações Unidas, 1990.
16. Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil*, Recife. 2005 Junho: 5(2). Disponível em <http://www.scielo.br>.
17. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispões sobre Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 de jul.1990. Seção 1, p. 13563.
18. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1091/GM de 25 de agosto de 1999. Criação da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal. Cria a unidade de cuidados intermediários neonatal. *Diário Oficial da União*, Brasília, 26 de ago. 1999. Seção 1, p. 69.
19. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.º 174 de 26 de abril de 1999. Desvincular os honorários relativos ao atendimento ao recém-nascido na sala de parto pelo pediatra neonatologista, dos serviços hospitalares da autorização de internação hospitalar/AIH em hospitais amigo da criança. *Diário Oficial da União*, Brasília, 27 de abr. 1999. Seção 1, p. 16.
20. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.º 569/GM em 1 de junho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do sistema único de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 08 de jun. 2000. Seção 1, p. 4.
21. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 822/GM, de 06 de junho de 2001. Institui, no âmbito do sistema único de saúde, o programa nacional de triagem neonatal/PNTN ao tratamento e acompanhamento das doenças diagnosticadas. *Diário Oficial da União*, 07 de jun. 2001. Seção 1, p. 33.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n.º 222, de 05/10/2002. Regulamento Técnico referente à Promoção Comercial e Orientações de uso apropriado dos Alimentos para Lactentes e crianças de Primeira Infância. *Diário Oficial da União*, Brasília, nº 150, seção 1 de 6 de agosto de 2002.
23. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.º 938/GM em 20 de maio de 2002. Inclui na tabela de procedimentos especiais do SIH/SUS, o código 99085011

- incentivo ao registro civil de nascimento. Diário Oficial da União, 21 de mai. 2001. Seção 1, p. 24.
24. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1258/GM em 28 de junho de 2004. Institui o comitê nacional de prevenção do óbito infantil e neonatal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 29 de jun. 2004. Seção 1, p. 27.
 25. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 756 de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as normas para o processo de habilitação do hospital amigo da criança integrante do sistema único de saúde – SUS. Diário Oficial da União, 17 de dez. 2004. Seção 1, p. 99.
 26. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1058/GM de 4 de julho de 2005. Institui a disponibilização gratuita da “caderneta de saúde da criança”. Diário Oficial da União, 05 de jul. 2005. Seção 1, p. 41.
 27. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma do anexo, a normas de orientação para a implantação do método canguru. Diário Oficial da União, 13 de jul. 2007. Seção 1, p. 84.
 28. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.800, de 18 de novembro de 2008. Institui, no âmbito do sistema único de saúde (SUS), a Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal. Diário Oficial da União, 19 de nov. 2008. Seção 1, p.124.
 29. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria 2799, de 18 de novembro de 2008. Institui, no âmbito do sistema único de saúde (SUS), a Rede Amamenta Brasil. Diário Oficial da União, 19 de nov. 2008. Seção 1, p. 124.
 30. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. Lancet, 2011 Mai; Spec. N^o 2: 32-45.
 31. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
 32. Silva Junior AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.
 33. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
 34. Contandriopoulos et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos, pp. 29-47. In Hartz, ZMA; Vieira-da-Silva, LM. (org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997

35. Figueiró AC ; Thuler, LC; Dias ALF. Padrões internacionais dos estudos de linha de base. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Silva, LMV. (org.). Meta-avaliação da atenção básica de saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, v. 1, p. 49-0.
36. Contandriopoulos AL, Champagne F, Denis JL, Pineault RA. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. Et al . In Hartz, ZMA; Vieira-da-Silva, LM. (org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. pp. 29-47.
37. Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.
38. Patton MQ. Utilization-focused evaluation. The New Century Text. 3.ed.Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1997.
39. Denis JL, Champagne F. Análise de implantação, in Hartz, ZMA, Vieira-da-Silva LM. (org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997 ,p. 49-85.
40. Artmann E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissensorial. Cadernos da Oficina Social, 2000 Fev. Série Desenvolvimento Local. N°3:98-119.
41. Texeira CF e cols. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010.
42. Matus C. Adeus, senhor presidente: governantes e governados. São Paulo: FUNDAP, 1996.
43. Matus C. O Plano como aposta. Fundação SEADE. Rev. São Paulo em Perspectiva, 1991 out/dez; N°5 (4): 28-42.
44. Bunge M. Os conceitos de modelo. Modelos na ciência teórica. In: Bunge, M. Teoria e realidade. São Paulo: Perspectiva, 1974. p 11- 40.
45. Araújo, CLP. Avaliação nutricional de crianças. In: Kac G, Sichieri R, Gigante DP (org.). Epidemiologia Nutricional. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2007.
46. Araújo, CLP. Referências antropométricas. In: Kac G, Sichieri R, Gigante DP (org.). Epidemiologia Nutricional. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2007.
47. Barros FC, Victora CG. Maternal-child health in Pelotas, Rio Grande do Sul state, Brazil: major conclusions from comparisons on 1982, 1993, and 2004 birth cohorts. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2008.
48. Brasil. Ministério da saúde. Caderneta de saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

49. Rappaport CR. Psicologia do desenvolvimento: teoria do desenvolvimento – conceitos fundamentais. São Paulo: EPU, 1981.
50. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz, ZMA.. Uso dos modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz, ZMA, Vieira-da-Silva, LM. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos á prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005:41-74
51. Bezerra LCA; Czarín G.; Alves CKA. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC; Frias PG (orgs.) Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010, p.65-78.
52. Vasconcelos EM. Os diferentes tipos de pesquisa. In: Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. 2. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2002.
53. Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM. (org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.
54. IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.
55. Manaus. Relatório Anual de Gestão 2010. Secretaria Municipal de Saúde, 2011.
56. Manaus. Relatório Anual de Gestão 2009. Secretaria Municipal de Saúde, 2010.
57. Manaus. Relatório Anual de Gestão 2007. Secretaria Municipal de Saúde, 2008.
58. Manaus. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Secretaria Municipal de Saúde, 2009.
59. Minayo MCS. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde. 12^a ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.
60. Manaus. Plano Municipal de Saúde 2006-2009. Secretaria Municipal de Saúde, 2005.
61. Manaus. Relatório Anual de Gestão 2008. Secretaria Municipal de Saúde, 2009.
62. Manaus. Relatórios do Sistema de Informação Ambulatorial. Secretaria Municipal de Saúde, 2012.
63. Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos, ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

64. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979.
65. Donabedian A. The seven pillars of quality. In arch. Pathol. Lab. Med. 114:1115-1118, 1990.
66. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
67. Brasil. Ministério da Saúde. Instrumento gerencial da saúde da mulher, da criança e do adolescente: avaliação, sistema de informação e programação. Brasília: Ministério da Saúde, 1995. PNUD. Atlas de Desenvolvimento Humano. Brasília: 2011.
68. Ferreira LFG. Atenção integral à saúde da criança de 2 a 9 anos na estratégia saúde da família em Pernambuco (Dissertação). Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz., 2010.
69. PNUD. Atlas do desenvolvimento humano. Brasília: 2011.
70. Amazonas. Anuário Estatístico 2011. Secretaria de Estado de Planejamento. Manaus, 2011.
71. Brasil. Ministério da Saúde. Regulamento dos pactos pela vida e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
72. Manaus. Lei Municipal No. 1094 em 09 de janeiro de 2007. Cria o Conselho Municipal de Saúde. Diário Oficial do Município, 10 de jan. 2007.
73. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
74. Manaus. Decreto NO. 1711, de 18 de junho de 2011. Diário Oficial do Município, 19 jun. 2011.
75. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 3085/GM de 1 de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Diário Oficial da União, 04 de dez. 2006. Seção 1, p. 39.
76. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria no. 3332/GM de 28 de dezembro de 2006. Aprova as orientações gerais relativas aos instrumentos de planejamento do SUS. Diário Oficial da União, 29, de dez. de 2006. Seção I, p. 608.

77. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria no. 3176/GM de 30 de dezembro de 2008. Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão. Diário Oficial da União, 30, de dez. de 2008. Seção I, p. 70.
78. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde. Cien Saude Colet 2006; 11(3):553-563.
79. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Nota Técnica: considerações sobre a instituição de um processo de monitoramento e avaliação do SUS. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2005
80. Manaus. Regimento interno da Semsa. Diário Oficial do Município, 04 de mai. de 2009.
81. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS /Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. - Reimpressão. - Brasília:Ministério da Saúde, 2002).
82. IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). Estudo realizado como suplemento da PNAD 2003 “Acesso e Utilização de Serviços de Saúde”.
83. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
84. Brasil. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Acessado em 16/11/2013.
85. Minayo MC, Assis, SG, Souza, ER (org.). Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.
86. Scorel LS, Giovanella MHMM, Sena MCM. O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo de atenção básica no Brasil. IN: Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2), 2007.
87. Oliveira HM, Gonçalves MJ. Implantação da ESF no estado do Amazonas, 2011.
88. Portaria No. 399 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da União, 22 de fev. 2006. Seção I, p. 43.

89. Samico IC, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. In: Rev. Bras. Saúde Matern Infant 2005; 5:229-40.
90. Stanise VL. Avaliação do grau de institucionalização dos programas municipais de DST/HIV/AIDS na regional de saúde de Campinas-São Paulo, Brasil. (Dissertação). Brasília: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.
91. Gattas GMB. Avaliação da implantação do programa estadual de incentivo à saúde da família no município de Poconé-MT (Dissertação). Brasília: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.
92. Botti CS. Avaliação do processo de implementação do consórcio intermunicipal de saúde da região do Teles Pires no estado de Mato Grosso-MT (Dissertação). Brasília: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

APÊNDICE A



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MATERNO INFANTIL
MESTRADO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA



PROJETO: Avaliação do grau de implantação das ações prioritárias de saúde da criança na Estratégia Saúde da Família de Manaus-Am

INSTRUMENTO DE COLETA 01 – Análise documental

1. Contexto externo

- 1.1 Aspectos demográficos
- 1.2 Aspectos econômicos
- 1.3 Aspecto sanitário
- 1.4 Aspecto epidemiológico

2. Contexto político-organizacional

- 2.1. Modelo de planejamento e gestão
- 2.2. Adequação das metas do Plano de Saúde da Criança com as ações prioritárias de saúde infantil elencadas na Agenda de compromissos pela saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil
- 2.3. Financiamento da área técnica e execução financeira e orçamentária da área técnica
- 2.4 Observar a existência de mecanismos de avaliação do cumprimento do plano;
- 2.5. Observar a existência e aplicação de mecanismos de avaliação e monitoramento das metas e indicadores
- 2.6 Observar referências à pactuação/articulação política e/ou intersetorial;
- 2.7 .Controle Social
- 2.8. Prestação de contas e relatório de ações.

APÊNDICE B

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MATERNO INFANTIL
MESTRADO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA



PROJETO: Avaliação do grau de implantação das ações prioritárias de saúde da criança na Estratégia Saúde da Família de Manaus-Am

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 02 – Roteiro de entrevista com informantes-chaves
(Secretário Municipal de Saúde e Coordenador de Atenção Básica)****Identificação**

Data da entrevista:

Cargo:

Tempo em que está no cargo ou função:

Subdimensão 1 - Projeto de governo

1. Importância da Saúde da Criança para o DABE/SEMSA/Manaus?
2. Planejamento em saúde
3. Disponibilização e aplicação de recursos financeiros
4. Monitoramento e avaliação do plano e das ações

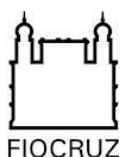
Subdimensão 2 - Capacidade de governo

5. Formação acadêmica e experiência profissional
6. Condições de operacionalização do programa
7. Equipe técnica do programa (suficiência e qualidade)
8. Equipe de profissionais de saúde (suficiência e qualidade)
9. Mecanismo de monitoramento e avaliação de desempenho do programa.

Subdimensão 03 – Governabilidade

10. Articulação política e interssetorial para o desenvolvimento de ações de saúde infantil.
11. Descrever o mecanismo de prestação de contas das áreas programática.
12. Autonomia financeira da Coordenação de Saúde da Criança

APÊNDICE C



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MATERNO INFANTIL
 MESTRADO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA



PROJETO: Avaliação do grau de implantação das ações prioritárias de saúde da criança na Estratégia Saúde da Família de Manaus-Am

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 03 – Roteiro de entrevista com informantes-chaves: Gestor Municipal de Saúde da Criança/Responsável Técnico pela Saúde da Criança nos Distritos de Saúde.

IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO

Nome:	
Cargo/função na SMS:	Data da entrevista:
Categoria profissional:	Tempo em que está no cargo ou função:
Quais as atividades desta Coordenação? (assessoria, treinamento, supervisão, análise de dados, outros). Descreva, por favor.	

CONTEXTO POLÍTICO-ORGANIZACIONAL/ SUBDIMENSÃO 1 - PROJETO DE GOVERNO

1	Importância do Programa Saúde da Criança para a SEMSA/Manaus ou para o Distrito de Saúde
2	Planejamento (processo, participantes, autonomia, instrumentos)
3.	Financiamento (fonte, disponibilidade, participação na definição dos recursos)
4	Grau de alcance de metas (2005-2011)
5	Avanços do programa/área técnica (2005-2011)
6	Desafios enfrentados no planejamento e execução da ação programática.

SUBDIMENSÃO 2 - CAPACIDADE DE GOVERNO

7	Composição e qualificação da equipe da ATSC Manaus/Distrital. (adequação, qualificação em gestão, vínculo empregatício)
8	Monitoramento dos sistemas de informação (mecanismo, disponibilidade e uso)
9	Modelo de gestão (centralizada/participativa)
10	Disponibilidade de recursos (investimentos, contratações, serviços, equipamentos, materiais, ações educativas/assistenciais, campanhas, treinamentos, material educativo, etc).
11	Monitoramento e avaliação de metas, indicadores e resultados (mecanismo, frequência, instrumentos).
12	Autonomia na utilização de recursos financeiros.

SUBDIMENSÃO 03 – GOVERNABILIDADE

13	Articulação política e interssetorial (para o desenvolvimento de ações de saúde infantil)
14	Controle social das ações de saúde infantil.
15	Processo de prestação de contas da ATSC

CONTEXTO OPERACIONAL/ASSISTENCIAL

16	Diretrizes Manaus/distrital. (Normas e diretrizes do Ministério da Saúde? Priorização de ações?).
17	% de UBSF que ofertam ações e saúde da criança.
18	Ações/serviços integrantes do PSC de Manaus/Distrito.
19	Existência e aplicação de protocolos e normas e rotinas.
20	Infraestrutura (ambiente, materiais, equipamentos, insumos, medicamentos) suficiente para atender às demandas técnicas e dos usuários das ações prioritárias?
21	Educação permanente do distrito/ profissionais de saúde
22	Dentre os serviços ofertados quais você considera os melhores e quais os deficientes?

APÊNDICE D



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MATERNO INFANTIL
MESTRADO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA



PROJETO: Avaliação do grau de implantação das ações prioritárias de saúde da criança na Estratégia Saúde da Família de Manaus-Am

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 04 – Roteiro para Análise do prontuário

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

- O presente questionário possui perguntas abertas e fechadas. Para as perguntas fechadas o entrevistador deve incluir o número/código correspondente à resposta do profissional/equipe no campo à direita da tabela de questões.
- Para todo o questionário, preencher 88 para não se aplica e 99 para não informado.

1. Unidade de Saúde da Família:	2. No. do Prontuário:
3. DISA: () A () B	() C () D

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

4. Nome completo	5. Data de Nascimento:
6. Endereço atualizado	7. Idade
8. No. de atendimentos	

ANAMNESE

8.	Sinais		
	Temperatura		Frequência cardíaca
	Pressão Arterial		Frequência respiratória
9.	Medidas antropométricas		
	Peso		Perímetro cefálico (se < 2 anos idade)
	Altura		
10.	Anamnese		
	Dados sobre a gravidez, parto e puerpério (mínimo consultas pré-natal, tipo de parto, imunizações, suplementação de ferro e intercorrências na gravidez, parto e/ou puerpério)		
	Dados do nascimento (mínimo peso ao nascer, comprimento ao nascer, apgar, Perímetro cefálico, idade gestacional, tipagem sanguínea, resultado de VDRL (exame sífilis congênita) e exames de triagem neonatal – reflexo do olho vermelho, emissões otoacústicas e do pezinho, tipo de alimentação, intercorrências ao nascimento, condutas e tratamentos no nascimento).		
11.	Descrição de sinais e sintomas e queixa principal	12.	História de tratamento anterior
13.	História de doenças anteriores	14.	História de alergias
15.	Histórico de imunizações e/ou cartão	16.	Se cartão sombra: Gráficos preenchidos e

	sombra atualizado		traçados	
17.	Identificação de sinais de risco (ao nascer/adquirido ou social)			
18.	Exame Físico			
	Completo		Parcial	
19.	Avaliação do desenvolvimento (estágio de desenvolvimento)	20.	Avaliação dos reflexos motores	
21.	Avaliação da mamada			
22.	Exames laboratoriais			
	Radiológico		Hematológico	
	Bioquímico		Alta complexidade	
	Triagem neonatal			
23.	Diagnóstico			
	Hipótese diagnóstica		Diagnóstico confirmatório	
	Outro			

TRATAMENTO/EVOLUÇÃO

24.	Registro do tratamento indicado		25.	Registro dos resultados de exames solicitados	
26.	Registro de outras ocorrências e encaminhamentos		27.	Registro de orientações individual ou familiar:	
28.	Dosagem de medicamentos		29.	Efeitos adversos	
30.	Alimentação		31.	Retorno para seguimento ambulatorial	
32..	Registro de evolução do paciente (seguimento ambulatorial)		33.	Registro de contra-referência de especialista	

REGISTROS

34.	Datados		35.	Assinados	
36.	Legíveis		37.	Pouco legível	

OUTROS

38.	Registro de busca ativa realizada (faltosos/pacientes graves/imunização irregular, etc)		39.	Presença de Ficha da Primeira Semana de Saúde Integral anexada ao protuário da criança/Registro de avaliação da PSSI	
40.	Identificação de recém-nascido de risco (prematureo, baixo peso ao nascer ou proveniente do Método Canguru)		41.	Registro de acompanhamento de recém-nascido de risco conforme calendário	



APÊNDICE E
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MATERNO INFANTIL
MESTRADO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA



PROJETO: Avaliação do grau de implantação das ações prioritárias de saúde da criança na Estratégia Saúde da Família de Manaus-Am

INSTRUMENTO DE COLETA 05 – CHECK-LIST INFRAESTRUTURA

Nº

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

- O presente questionário possui perguntas abertas e fechadas. Para as perguntas fechadas o entrevistador deve incluir o número/código correspondente à resposta do profissional/equipe no campo à direita da tabela de questões.
- Para todo o questionário, *preencher 88 para não se aplica e 99 para não informado.*

A) IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1. Unidade de Saúde da Família:	
2. DISA : () A () B () C () D	
3. Data da entrevista: ____/____/____	4. Entrevistador:
5. Revisado por:	

B) INFRA-ESTRUTURA PONT. MÁXIMA _____ PONTOS

Instrução de preenchimento: Preencher os campos em branco com os seguintes códigos: 1. NÃO 2. SIM

6. Instalações Físicas e equipamentos básicos/setor:

SETOR	ITENS	EXIST	DEF.	NSA	PARAM.	PONT.
Administração/ Gerência	Verificar a existência da área exclusiva.				0,5	
Almoxarifado	Verificar a existência da área exclusiva.				0,5	
Recepção / S. de educação	Cadeiras em quantidade suficientes				01	
	Quadro de avisos					
	Programação semanal					
	Aparelho de Ar-condicionado					
	Armários arquivo					
	Balcão ou mesa de escritório					
Consultório médico	Banheiros					
	Mesa de escritório				02	
	Cadeiras em quantidade suficientes					
	Aparelho de Ar.condicionador					
	Armário vitrine					

	Pia com torneira					
	Lixeira com pedal					
	Mesa ginecológica/Maca					
	Banqueta giratória ou mocho					
	Escada de dois degraus					
	Biombo					
	Detector fetal e/ou estetoscópio de Pinard					
	Esfigmomanômetro					
	Instrumentais					
	Estetoscópio					
	Foco de luz					
	Glicosímetro					
	Lanterna clínica					
	Mesa auxiliar					
	Mesa tipo escritório					
	Negatoscópio					
	Otoscópio					
	Régua antropométrica					
	Porta-dispensador de sabão líquido					
	Porta-papel toalha					
Consultório de enfermagem	Armário vitrine				02	
	Balde com pedal					
	Balança antropométrica					
	Biombo					
	Cadeiras em quantidade suficientes					
	Cesto de lixo					
	Aparelho de ar-condicionado					
	Escada de dois degraus					
	Esfigmomanômetro					
	Estetoscópio					
	Foco de luz					
	Lanterna clínica					
	Lavatório com torneira					
	Mesa auxiliar					
	Mesa para exames					
	Mesa tipo escritório					
	Negatoscópio					
	Porta-papel toalha					
	Porta-dispensador de sabão líquido					
	Régua antropométrica					
Farmácia	Área de dispensação de medicamentos				02	
	Sala de estocagem de medicamentos					
	Aparelho de ar condicionado					
	Balcão com prateleira					
	Computador com impressora e acesso a internet					
	Refrigerador					
	Termômetro digital					
	Armário fechado					

	Caixas tipo BIN (diversos tamanhos) em quantidade suficiente para ambas as atividades					
	Escada					
	Paletes/estrados Quantidade suficiente					
	Refrigerador					
	Termômetro digital					
Sala de Imunização	Mesa tipo escrivaninha				02	
	Cadeiras em quantidade suficientes					
	Bancada ou mesa para preparo de imunobiológicos com pia					
	Armário para insumos					
	Refrigeradores e ou freezer (mínimo 280L) com termômetro digital ou analógico de temperatura Max e Min (Capela)					
	Caixas de poliuretano ou poliestileno com termômetro analógico de cabo extensor					
	Aparelho de Ar-condicionado					
	Fichário ou arquivo					
	Gelo reciclável (o mais utilizado é da marca Gelox)					
	Porta-dispensador de sabão líquido					
	Porta-papel toalha					
Sala de Curativos/procedimentos	Armário vitrine				1,5	
	Balde cilíndrico porta-detrito com pedal					
	Cadeiras					
	Carro de curativo ou mesa auxiliar					
	Escada de dois degraus					
	Foco de luz					
	Instrumentais cirúrgicos					
	Mesa auxiliar (na ausência de carro de curativo)					
	Mesa de exame clínico					
	Porta-dispensador de sabão líquido					
	Porta-papel toalha					
	Bancada com pia					
Central de Material/Esterilização	<i>Área para recepção, lavagem e descontaminação materiais:</i>				1,5	
	Bancada com pia e pia de despejo					
	Ducha para lavagem					
	Lixeira com tampa e pedal					
	<i>Área de esterilização e estocagem de material esterilizado :</i>					
	Armários sobre e/ou sob bancada					
	Autoclave					
	Bancada sem bojo (esterilização)					

	Bancada com pia					
	Bancos de altura compatível com manipulação de materiais sobre bancada					
	Exaustor					
	Guichê de distribuição de material					
	Lavatório					
	Torneira com fechamento que dispense uso das mãos					
Sala de Coleta de material biológico (laboratorial)	Armários sob e sobre a bancada					
	Cadeiras /Poltrona				01	
	Suporte para braços (coleta)					
	Mesa tipo escritório com gavetas					
Sala de Nebulização	Armário vitrine				01	
	Balde cilíndrico porta-detrimento com pedal					
	Cadeiras ou bancos em quantidade suficiente					
	Central de nebulização					
	Cesto de lixo					
Sala de triagem	Mesa de escritório				01	
	Cadeiras em quantidade suficientes					
	Mesa de exame clínico					
	Balança antropométrica					
	Balança digital de uso infantil					
	Estadiômetro					
	Infantômetro					
	Relógio de parede					
	Esfigmomanômetro					
	Estêtopscópio					
	Termômetro					
Sala de ACS	Armário				01	
	Cadeira Quantidade suficiente					
	Cesto de lixo					
	Mesa reunião					
	Quadro branco ou aviso					
Sala de atividades coletivas	Cadeiras universitárias ou cadeiras de auditório				01	
	Mesa					
	Quadro branco					
Consultório Odontológico	<i>Verificar a existência da área exclusiva.</i>				01	
Copa/cozinha	<i>Verificar a existência da área exclusiva.</i>				01	
Abrigo de resíduos	<i>Verificar a existência da área exclusiva.</i>					
Área/depósito	<i>Verificar a existência da área</i>				0,5	

de limpeza	<i>exclusiva.</i>					
Sanitários para deficientes	<i>Verificar a existência da área exclusiva.</i>					
Sanitários para usuários	<i>Verificar a existência da área exclusiva.</i>				0.5	
					TOTAL	

7. Em uma escala de 0-5, onde 0 refere-se a instalações físicas RUINS e 5 refere-se a instalações físicas excelentes, quanto você classificaria as instalações físicas da UBSF onde você trabalha? Justifique sua resposta.

8. Equipamentos e materiais necessários para a atenção à criança e gestantes nas UBSFs:

ITENS	EXIST.	QUANT.	DEF.	NSA	PARAM.	PONT.
Computadores com acesso à internet						
Impressoras						
Telefone						
TV						
DVD						
Projektor de slides						
Estetoscópio adulto						
Estetoscópio pediátrico						
Lanterna clínica						
Esfigmomanômetro adulto						
Esfigmomanômetro infantil						
Otoscópio						
Detector fetal ou Pinard						
Glicosímetro						
Balança adulto						
Balança pediátrica						
Infantômetro						
Estadiômetro						
Relógio						
Nebulizador/ Central de gás						
Autoclave						
Seladora						
Negatoscópio						
Foco de luz						
Mesa ginecológica						
Mesa de exame clínico						
Refrigerador de 280l						
Bandejas de inox						
Instrumentais diversos em quantidade suficiente						
Dispensador de sabão						
Porta papel toalha						
Lixeiras com pedal						
Biombo						
Cilindro de oxigênio portátil completo						

Escada de dois degraus						
					TOTAL	

9. Em uma escala de 0-5, onde **0 refere-se a equipamentos ruins** e **5 refere-se equipamentos e estado excelentes**, como você classificaria os equipamentos da UBSF onde você trabalha? Justifique sua resposta.

10. Materiais e insumos para o desenvolvimento de ações de saúde materno-infantil:

ITENS	EXIST.	DEFEITO	NSA	PARAM.	PONT.
Fita métrica					
Algodão					
Fitas de glicemia					
Jarra de no mínimo 1L					
Copos descartáveis					
Gel para ultrassonografia					
Espéculos de vários tamanhos					
Álcool a 70%					
Avental					
Máscara					
Gaze					
Luvas de procedimentos e estéreis de diversos tamanhos					
Kits de nebulização completos					
Seringas descartáveis 1ml, 3ml, 5ml e 10ml					
Agulhas descartáveis (uso intradérmico, subcutâneo, intramuscular e endovenoso)					
Papel Toalha					
Abaixador de língua					
Adaptador para coleta à vácuo					
Tubos para coleta à vácuo/Tubos para coleta de material biológico					
Ataduras de crepe					
Almotolias					
Coletores universal					
Coletor de material pérfuro-cortante (DESCARTEX)					
Escova endocervical					
Esparadrapo					
Espátula de Ayres					
Fita teste para esterilização					
Papel grau cirúrgico ou outro tipo padronizado					
Fixador citológico					
Gazes					
Termômetro clínico					
Termômetro analógico com cabo extensor					
Termômetro digital ou analógico de temperatura Max e Min (mais					

conhecido como capela)					
Material de escritório					
Material de limpeza					
Material Educativo (álbuns seriados, folderes, cartazes, cartilhas)					
Outros:					
				TOTAL	

11. Em uma escala de 0-5, onde **0 refere-se a materiais e insumos em disponibilidade e qualidade ruins e 5 refere-se a materiais e insumos em disponibilidade e qualidade excelentes**, quanto você classificaria as instalações físicas da UBSF onde você trabalha? Justifique sua resposta.

12. IMPRESSOS

ITENS	EXISTENTE	NSA	PARAM	PONT.
Fichas SIAB (ficha A , B-GES, B-HA, B-DIA, B-TB,				
Bloco de atestado de comparecimento				
Requisição de exames				
Bloco de receituário				
Ficha de prontuário				
Produção – atendimento infantil GIL				
Produção-atendimento gestante GIL				
Termo de Referência e Contra-referência				
Agenda da gestante				
Cartão do Pré-Natal				
Caderneta da Gestante e da Mulher*				
Fichas (SISPRENATAL, SISCOLO e SISMAMA)				
Cartão/Caderneta da criança masculino e feminino				
Cartão sombra (se houver)				
Ficha de Primeira Semana de Saúde Integral				
Ficha de Acomp. Método Canguru / RN prematuro				
Formulário AIDPI 0-2 meses				
Formulários AIDPI 1 a 5 anos				
Quadro de procedimentos AIDPI				
Ficha de acompanhamento individual do Programa Nacional de Suplementação de Ferro				
Ficha de Consolidado mensal do Acompanhamento do Fornecimento de suplementos (Programa Nacional de Suplementação de Ferro) Quantidade suficiente				
Formulário de Cadastro Individual e 1º Acompanhamento Nutricional				
Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar para indivíduos menores de 5 anos				
Mapa Diário de Acompanhamento do SISVAN Quantidade suficiente				
Mapa diário de administração de Vitamina A em crianças				
Mapa municipal mensal de administração de Vitamina A				
Mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família na Saúde				
Fichas de DST-HIV				
Fichas de investigação e notificação				
Comprovante de vacinação ou Cartão do Adulto				

Fichas Imunização :				
Cartão Controle ou ficha de registro (Imunização				
Mapa diário de doses aplicadas				
Mapa para Controle Diário da Temperatura do Refrigerador				
Boletim mensal de doses aplicadas;				
Movimento mensal de imunobiológicos				
Ficha de inutilização de imunobiológicos				
Ficha de bloqueio				
Ficha de eventos adversos pós-vacinal				
Outros impressos relevantes no município Quantidade suficiente				
<i>Manuais:</i>				
Manual de Rede de Frio				
Manual de procedimentos (imunização)				
Manual de Crescimento e Desenvolvimento				
Manual AIDPI Neo e/ou infantil				
Manual de Nutrição Infantil				
Manuais de Alimentação infantil saudável				
			TOTAL	

13. Em uma escala de 0-5, onde **0 refere-se a impressos em quantidade e disponibilidade insuficiente e 5 refere-se a materiais e insumos em quantidade e disponibilidade excelentes**, quanto você classificaria as instalações físicas da UBSF onde você trabalha? Justifique sua resposta.

14. Medicamentos

ITENS/GRUPOS	EXIST. EM QUANT. SUFICIENTE	NSA	PARAM.	PONT.
Agentes ceratolíticos (Ex: pasta d` água, peróxido de benzoíla)				
Antissépticos, desinfetantes e esterilizantes (Ex: Permanganato de Potássio)				
Medicamentos analgésicos, antipiréticos e para alívio da enxaqueca (Ex: Ácido acetilsalicílico, Dipirona sódica , Ibuprofeno, e Paracetamol)				
Medicamentos anestésicos locais (cloridrato de lidocaína, Xilocaina gel)				
Medicamentos antiácidos (Hidróxido de alumínio + hidróxido de magnésio)				
Medicamentos antianêmicos (Ex: ácido fólico e sulfato ferroso)				
Medicamentos antialérgicos e usados em anafilaxia (Ex: Maleato de dexclorfeniramina, Loratadina, Cloridrato de Prometazina)				
Medicamentos antiarrítmicos (Ex: Cloridrato de amiodarona, Cloridrato de propranolol, Cloridrato de verapamil)				
Medicamentos antiasmáticos				

(Ex: Brometo de ipratrópio, Prednisona , Sulfato de salbutamol)				
Medicamentos antibacterianos (Ex: Amoxicilina, Cefalexina, Sulfadiazina, Cetoconazol, Cloranfenicol, Ciprofloxacina, Sulfametoxazol)				
Medicamentos Anticoagulantes (Ex: Varfarina sódica)				
Medicamentos anticonvulsivantes (Ex: Clonazepam, Carbamazepina)				
Medicamentos Antidepressivos (Ex: Cloridrato de Amitriptilina, Carbamazepina, Carbonato de lítio)				
Medicamentos antidiabéticos (Ex: Glibenclamida, Metformina)				
Medicamentos antieméticos (Ex: Cloridrato de metoclopramida)				
Medicamentos antifúngicos (Ex: Fluconazol, Nitrato de miconazol)				
Medicamentos antiglaucomatosos (Ex: Maleato de timolol)				
Medicamentos Antihipertensivos (EX: Besilato de anlodipino, Atenolol, Captopril)				
Medicamentos antiinflamatórios e tratamento da gota (Ex: Alopurinol, Dexametasona, Ibufrofeno)				
Medicamentos antiparasitários (Ex: Albendazol)				
Medicamentos antipsicóticos (EX: Haloperidol, Cloridrato de biperideno)				
Medicamentos antissecretores (Ex: Cloridrato de ranitidina)				
Medicamentos antivirais (Ex: Aciclovir)				
Medicamentos Escabicida e pediculicida (Ex: Permetrina)				
Polivitamínico (Ex: Ácido fólico, Cloridrato de piridoxina)				
Medicamentos Laxativos (EX: Glicero, Sulfato de magnésio)				
Preparação nasal (EX: Cloreto de sódio- solução nasal 0,9%)				
Substâncias minerais (Ex: Carbonato de cálcio, Sais para reidratação oral, Sulfato de zinco)				
Vitaminas (Ex: Vitamina A, Cloridrato de hidroxocobalamina, Palmitato de retinol)				
Outros (Ex: Óleo mineral , Soro fisiológico (Cloreto de Sódio 0,9%) frasco de 500ml)				
Medicamentos Fitoterápicos				
<i>Medicamentos outros específicos de programas de saúde infantil:</i>				

AIDPI (Trimetoprim+ Sulfametoxazol suspensão, Amoxicilina comp.250mg ou suspensão, . Eritromicina suspensão, Acido Nalidixico, Albendazol suspensão, Salbutamol xarope, Salbutamol ou fenoterol 5mg/ml (Nebulização), Cloranfenicol 1g, frasco Penicilina G procaína frasco de 400.000UI, Permanganato 100mg solução ou comprimido e SRO)				
Vitamina A: Vitamina A solução oral				
Suplementação de Ferro: Sulfato Ferroso gotas				
PNI: Imunobiológicos				
				TOTAL

15. Em uma escala de 0-5, onde **0 refere-se a medicamentos em quantidade e disponibilidade insuficiente e 5 refere-se a medicamentos em quantidade e disponibilidade excelentes**, quanto você classificaria as instalações físicas da UBSF onde você trabalha? Justifique sua resposta.

16. Recursos Humanos

CATEGORIA	EXIST.	NECES.	TEMPO SERVIÇO	TREINAMENTOS *																	
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
Médico																					
Enfermeiro																					
Tec./Aux. Enfermagem																					
Dentista																					
Agente Comunitário de Saúde																					
Agente administrativo																					
Aux. De consultório dentário																					
Serviços gerais																					
Diretor																					
Outro																					

TOTAL PONTOS

* Legenda treinamentos

1.Pré-natal 2.Promoção, incentivo e manejo do aleitamento materno 3.Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento 4.Teste do Pezinho 5.Prevenção de acidentes e violência na infância 6. Imunizações (PNI) 7. Suplementação da vitamina A 8. Suplementação de ferro	9. Alimentação complementar 10. AIDPI Neonatal 11. AIDPI 0 a 5 anos 12. Primeira Semana de Saúde Integral 13. Gestão de unidade básica de saúde 14. Puericultura 15.Outro:
--	--

APÊNDICE F



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MATERNO INFANTIL
 MESTRADO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA



PROJETO: Avaliação do grau de implantação das ações prioritárias de saúde da criança na Estratégia Saúde da Família de Manaus-Am

INSTRUMENTO DE COLETA 06 – QUESTIONÁRIO PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Nº

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

- O presente questionário possui perguntas abertas e fechadas. Para as perguntas fechadas o entrevistador deve incluir o número/código correspondente à resposta do profissional/equipe no campo à direita da tabela de questões.
- Para todo o questionário, preencher 88 para não se aplica e 99 para não informado.

A) IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1. Unidade de Saúde da Família:	
2. DISA :	
3. Data da entrevista: ____/____/____	4. Entrevistador :
5. Revisado por:	

B) IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

6. Cargo/função:	
7. Idade: ____ anos	8. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino
9. Você já recebeu algum treinamento em temas de saúde das crianças nos últimos anos? 1. NÃO 2. SIM	
10. Há quanto tempo recebeu o último treinamento sobre temas relativos à promoção e/ou assistência à saúde infantil? 1. < DE 1 ANO 2. 1-2 ANOS 3. > DE 2 ANOS	
11. Qual a instituição responsável pela maior parte dos treinamentos recebidos (saúde da criança)? 1. SMS/ DISA 2. SES 4. OUTRO	

C) INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO GERAL DA UNIDADE À CRIANÇA
PONT. MÁXIMA: PONTOS

ITENS		RESPOSTAS
12	A unidade de saúde oferece: 1. NÃO 2. SIM	
	Atendimento à demanda espontânea (02 pts)	

	Consultas e atendimentos agendados (02 pts)							
	Visitas domiciliares (02 pts)							
13	Com que frequência (vezes/semana) é disponibilizado o atendimento à criança?							
14	<p>Que profissionais realizam o atendimento às crianças de 0 a 5 anos de idade?</p> <p>1. NÃO 2. SIM</p> <p>Médico (02pts) <input type="checkbox"/> Enfermeiro (02pts) <input type="checkbox"/></p> <p>Tecn./Aux. Enfermagem (01pt) <input type="checkbox"/> ACS (01pt) <input type="checkbox"/></p>							
15	<p>Existe registro atualizado de crianças menores de 5 anos, por faixa etária, nesta unidade?</p> <p>1. NÃO (0 pts) 2. SIM (06pts)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>FAIXA ETÁRIA</th> <th>No. de crianças cadastradas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< de 1 ano</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 a 4 anos</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	FAIXA ETÁRIA	No. de crianças cadastradas	< de 1 ano		1 a 4 anos		
FAIXA ETÁRIA	No. de crianças cadastradas							
< de 1 ano								
1 a 4 anos								
16	Como são realizados os registros de atendimento infantil?							
17	<p>Que ações programáticas, em saúde da criança, são desenvolvidas nesta USF? 1. NÃO 2. SIM</p> <p>D18 – 20pts</p> <p>Primeira Semana de Saúde Integral (02pts)</p> <p>Teste do Pezinho (01pt)</p> <p>Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (02pts)</p> <p>AIDPI – Atenção integrada às doenças prevalentes na infância (02pts)</p> <p>Suplementação universal de ferro (01pt)</p> <p>Suplementação de vitamina A (01pt)</p> <p>PNI – Programa Nacional Imunização (02pts)</p> <p>Programa de Saúde Bucal (01pt)</p> <p>Pré-natal (02pts)</p> <p>Promoção e incentivo ao aleitamento materno (02pts)</p> <p>Alimentação complementar (01pt)</p> <p>Programa Saúde na Escola (PSE) (01pt)</p>							

	Investigação de óbitos infantis (0,5 pt)	
	DST/AIDS (0,5 pt)	
	Outro:	
18	Você conhece as diretrizes nacionais (Agenda de Compromissos pela atenção integral à saúde da criança e redução da mortalidade infantil) ou municipais da saúde da criança? 1. NÃO 2. SIM	
19	Você conhece as ações prioritárias nacionais de saúde da criança? 1. NÃO 2. SIM	
20	O atendimento infantil é realizado tendo base protocolos para o diagnóstico, tratamento e condutas? 1. NÃO 2. SIM D15 – 10pts	
	Se sim: identifique-os:	
21	Sobre o registro de dados: A unidade possui registros de dados e/ou produção? Onde? 1. NÃO 2. SIM	
22	Como os dados são consolidados e avaliados? 1. MENSAL 2. TRIMESTRAL 3. SEMESTRAL 4. OUTRO	
23	De que forma os dados consolidados são utilizados pela sua unidade de saúde?	
24	Sobre supervisão, acompanhamento e avaliação das ações: A unidade possui algum mecanismo de acompanhamento, supervisão e avaliação das ações implantadas (feito pela própria equipe da unidade)? D10 – 03 pts 1. NÃO 2. SIM	
25	Se sim, como é realizado esse acompanhamento? 1. MENSAL 2. TRIMESTRAL 3. SEMESTRAL 4. OUTRO	
26	Existe sistema de referência e contra-referência formalizada para o atendimento dos casos encaminhados pela sua unidade? 1. NÃO 2. SIM D16 – 10pts	
27	Existem laboratórios da rede pública e/ou outros serviços que deem suporte aos exames solicitados? 1. NÃO 2. SIM	
28	Os almoxarifados centrais da SEMSA/MAO mantém estoque necessário (de insumos, materiais e medicamentos) para atendimento à demanda das unidades de saúde? 1. NÃO 2. SIM	
29	Há manutenção oportuna dos equipamentos, instalações e material permanente? 1. NÃO 2. SIM	
30	O DISA possui esquema de acompanhamento, supervisão e avaliação das ações implantadas na unidade? 1. NÃO 2. SIM D10 – 04pts	

31	Se sim, como é feito esse acompanhamento? 1. MENSAL 2. TRIMESTRAL 3. SEMESTRAL 4. OUTRO	
32	Os dados coletados pelos serviços de acompanhamento e avaliação são trabalhados e discutidos com as unidades de saúde? 1. SEMPRE (16pts) 2. ÀS VEZES (08pts) 3. NUNCA (0pts) D17 - 16pts	

INFORMAÇÕES SOBRE A LINHA DE CUIDADOS ACOMPANHAMENTO D CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO PONT.

MÁXIMA: PONTOS

33	A unidade mantém registros atualizados do numero de puérperas e recém-nascidos da sua área de abrangência? 1. SEMPRE (05pts) 2. ÀS VEZES (02pts) 3. NUNCA (0pts) D21 - 05pts													
34	Qual o número de puérperas e recém-nascidos que receberam visita domiciliares na primeira semana de vida nos últimos 3 meses? <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Mês de referência</th> <th>No. de Puérperas</th> <th>Recém-nascidos visitados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mês 1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mês 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mês 3</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Mês de referência	No. de Puérperas	Recém-nascidos visitados	Mês 1			Mês 2			Mês 3			
Mês de referência	No. de Puérperas	Recém-nascidos visitados												
Mês 1														
Mês 2														
Mês 3														
35	Você utiliza a Ficha de Primeira Semana de Saúde Integral para registrar a visita do recém-nascido? 1. SEMPRE (05pts) 2. ÀS VEZES (02pts) 3. NUNCA (0pts) D21 - 05pts													
36	Que procedimentos você costuma realizar durante a visita da primeira semana de vida? D21 - 10pts													
37	Em que momento é realizada a captação de crianças para o ACD ? D19 - 04pts													
38	Qual o quantitativo de crianças cadastradas e acompanhadas no ACD? <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>FAIXA ETÁRIA</th> <th>No. de crianças cadastradas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< de 1 ano</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 a 4 anos</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	FAIXA ETÁRIA	No. de crianças cadastradas	< de 1 ano		1 a 4 anos								
FAIXA ETÁRIA	No. de crianças cadastradas													
< de 1 ano														
1 a 4 anos														

39	Você conhece os procedimentos para o acompanhamento do CD? 1. NÃO (0pts) 2. SIM (04pts) 3. PARCIALMENTE (02pts) D19 – 04pts							
40	Existem protocolos institucionalizados de aplicação do CD? 1. NÃO 2. SIM							
41	Você conhece o calendário mínimo de assistência à criança menor de 5 anos? 1. NÃO 2. SIM 3. PARCIALMENTE							
42	Em sua opinião uma criança de 3 anos e meio de idade, saudável, que frequenta a USF rotineiramente deve ter recebido no mínimo quantas consultas?							
43	Você, habitualmente, avalia e preenche o cartão ou caderneta da criança menor de 5 anos em todas as situações de procura por atendimento? 1.SEMPRE (05pts) 2. ÀS VEZES (02pts) 3. NUNCA (0pts) D20 – 05pts							
44	No dia-a-dia, durante o atendimento às crianças que itens da caderneta você costume preencher/atualizar? <i>D20 – 15pts</i>							
45	Descreva os procedimentos habituais de uma consulta de crescimento e desenvolvimento em uma criança de 1 ano de idade. <i>D19 – 08pts</i>							
46	Há registro e acompanhamento de crianças acima de - 2 escore Z ? D422– 10pts 1.SEMPRE (10pts) 2. ÀS VEZES (2,5pts) 3. NUNCA (0pts)							
47	Há registro e acompanhamento de crianças acima de +2 escore Z ? D22 – 10pts 1.SEMPRE (10pts) 2. ÀS VEZES (2,5pts) 3. NUNCA (0pts)							
48	Alguma vez você identificou crianças com alterações de desenvolvimento? 1. NÃO 2. SIM <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>FAIXA ETÁRIA</th> <th>No. de crianças com alterações de desenvolvimento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< de 1 ano</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 a 4 anos</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> D23 – 10pts	FAIXA ETÁRIA	No. de crianças com alterações de desenvolvimento	< de 1 ano		1 a 4 anos		
FAIXA ETÁRIA	No. de crianças com alterações de desenvolvimento							
< de 1 ano								
1 a 4 anos								
49	Com que frequência você costuma desenvolver atividades educativas com os pais e familiares? D19– 04pts 1.SEMPRE (4pts) 2. ÀS VEZES (02pts) 3. NUNCA (0pts)							
50	Você, habitualmente, orienta suas pacientes sobre o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses pós-parto? 1.SEMPRE (10pts) 2. ÀS VEZES (2,5pts) 3. NUNCA (0pts) D24 – 10pts							
	Pré-natal (06pts)							
	Pós-parto (04pts)							
51	Você, habitualmente, orienta suas pacientes sobre a transição do aleitamento materno exclusivo para a							

	introdução de novos alimentos a partir dos 6 meses de idade da criança? 1.SEMPRE (10pts) 2. ÀS VEZES (2,5pts) 3. NUNCA (0pts)	D24– 10pts									
52	Que procedimentos você utiliza para avaliar a alimentação de um recém-nascido?										
53	Existem registros da avaliação da mamada? 1.SEMPRE (05pts) 2. ÀS VEZES (02pts) 3. NUNCA (0pts)										
54	Qual a prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses na sua área de abrangência nos últimos 3 meses? <table border="1" data-bbox="290 629 1011 902"> <thead> <tr> <th>Crianças < 6m</th> <th>Aleitamento Materno Exclusivo (preencher com número absoluto)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mês 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mês 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mês 3</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Crianças < 6m	Aleitamento Materno Exclusivo (preencher com número absoluto)	Mês 1		Mês 2		Mês 3			
Crianças < 6m	Aleitamento Materno Exclusivo (preencher com número absoluto)										
Mês 1											
Mês 2											
Mês 3											
55	Em sua opinião que aspectos precisariam ser implementados (insumos, recursos humanos, capacitação, gestão, etc) nesta unidade para melhor desenvolvimento das atividades de ACD e imunização?										

APÊNDICE G



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MATERNO INFANTIL
 MESTRADO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Profissionais ESF

1. **Título da pesquisa:** Avaliação do grau de implantação das ações prioritárias de saúde da criança na Estratégia Saúde da Família de Manaus-AM
2. **Pesquisador responsável:** Enfa. Nubya Rodrigues da Silva Contato: (92) 8440-1001/ (92) 4101-7952
3. **Instituição responsável pela pesquisa:** Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira.
Endereço: Av. Rui Barbosa, 716-4º. Andar-Flamengo-Rio de Janeiro
4. **Telefone:** (21) 2554-1700, ramal: 1832/1833
5. **Nome do sujeito da pesquisa:**

Prezado Sr. (a),

- 1- Convidamos o Sr. (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado Avaliação do grau de implantação das ações prioritárias de saúde da criança na Estratégia Saúde da Família de Manaus-AM, pois você apresenta os critérios de inclusão para participar do presente estudo, os quais sejam: posição/cargo que ocupam, representatividade e grau de conhecimento para o fornecimento das informações estratégicas relacionadas ao tema da pesquisa, privilegiando-se a participação de pessoas com vinculações significativas com a gestão e assistência à saúde infantil.
- 2- A dissertação tem como objetivo avaliar o grau de implantação das ações prioritárias de atenção à saúde da criança nas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), na cidade de Manaus.
- 3- Constarão da pesquisa verificações de procedimentos e da estrutura da unidade de saúde, análises de prontuários, análises de documentos e entrevistas com informantes-chaves (secretário municipal de saúde, gestor municipal de saúde da criança, responsável técnico distrital de saúde da criança) e profissionais de saúde das equipes de saúde da família, abordando condutas relativas à assistência a saúde infantil.
- 4- Você, como um profissional de saúde da Unidade de Saúde da Família, será entrevistado por um pesquisador treinado, mediante acordo de participação na pesquisa e assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas serão realizadas em dia, local e horário de sua conveniência e serão gravadas e transcritas pelo autor da dissertação.
- 5- O Sr.(a) poderá pedir todos os esclarecimentos que julgar necessários, antes, durante e depois da realização da pesquisa.
- 6- Não há riscos relacionados aos procedimentos de estudo uma vez que tratam se apenas de entrevistas para a obtenção de informações.
- 7- As informações obtidas neste estudo poderão ser úteis para a formulação de recomendações aos gestores da ação de saúde da criança permitindo uma tomada de decisão informada.

- 8- Sua participação nesta pesquisa é voluntária, o Sr. (a) poderá se desligar da pesquisa quando o desejar, sem que isso cause qualquer prejuízo em seu ambiente de trabalho. Assim como poderá ter acesso ao material gravado e transcrito, podendo inclusive fazer modificações que julgue necessárias;
- 9- O material coletado ficará sob a guarda do pesquisador e será usado apenas para fins desta pesquisa. Será mantido o anonimato do entrevistado assim como o das pessoas que por ventura ele mencione. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação. E em caso de desligamento, os dados coletados não comporão os resultados da pesquisa.
- 10- Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais, não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos da pesquisa. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.
- 11- Os resultados serão divulgados com vistas à defesa da dissertação acima referida, como também poderão ser difundidos em artigos, congressos, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e demais meios de divulgação científica.
- 12- O Comitê de ética em pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira se encontra a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessária (e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefones (21) 2554-1730/Fax: (21) 2552-8491.

A. Aprovação do sujeito de pesquisa

“Eu _____, abaixo assinado (a), autorizo a minha participação nesta pesquisa.

Assinatura _____

Data _____

Telefone _____

B. Testemunha

Nome _____

Documento _____

Endereço/telefone _____

Assinatura _____

Data _____

C. Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome _____

Documento _____

APÊNDICE H



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MATERNO INFANTIL
 MESTRADO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Informante-chave

1. **Título da pesquisa:** Avaliação do grau de implantação das ações prioritárias de saúde da criança na Estratégia Saúde da Família de Manaus-AM
2. **Pesquisador responsável:** Enfa. Nubya Rodrigues da Silva Contato: (92) 8440-1001/ (92) 4101-7952
3. **Instituição responsável pela pesquisa:** Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira.
Endereço: Av. Rui Barbosa, 716-4º. Andar-Flamengo-Rio de Janeiro
4. **Telefone:** (21) 2554-1700, ramal: 1832/1833
5. **Nome do sujeito da pesquisa:**

Prezado Sr. (a),

- 6- Convidamos o Sr. (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado Avaliação do grau de implantação das ações prioritárias de saúde da criança na Estratégia Saúde da Família de Manaus-AM, pois você apresenta os critérios de inclusão dos informantes-chaves do presente estudo, os quais sejam: posição/cargo que ocupam, representatividade e grau de conhecimento para o fornecimento das informações estratégicas relacionadas ao tema da pesquisa, privilegiando-se a participação de pessoas com vinculações significativas com a gestão e assistência à saúde infantil.
- 7- A dissertação tem como objetivo avaliar o grau de implantação das ações prioritárias de atenção à saúde da criança nas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), na cidade de Manaus.
- 8- Constarão da pesquisa verificações de procedimentos e da estrutura da unidade de saúde, análises de prontuários, análises de documentos e entrevistas com informantes-chaves (secretário municipal de saúde, gestor municipal de saúde da criança, responsável técnico distrital de saúde da criança e profissionais de saúde das equipes de saúde da família), abordando condutas relativas à assistência a saúde infantil.
- 9- Você, como um informante-chave, será entrevistado por um pesquisador treinado, mediante acordo de participação na pesquisa e assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas serão realizadas em dia, local e horário de sua conveniência e serão gravadas e transcritas pelo autor da dissertação.
- 10- O Sr.(a) poderá pedir todos os esclarecimentos que julgar necessários, antes, durante e depois da realização da pesquisa.
- 11- Informamos que existe o risco da exposição política, apesar da garantia do anonimato. Isso ocorre devido ao baixo número de sujeitos (7) na análise do contexto político organizacional e ao fato de ocuparem cargos públicos de destaque, podendo surgir especulações sobre os depoimentos.
- 12- As informações obtidas neste estudo poderão ser úteis para a formulação de recomendações aos gestores da ação de saúde da criança permitindo uma tomada de decisão informada.

- 13- Sua participação nesta pesquisa é voluntária, o Sr. (a) poderá se desligar da pesquisa quando o desejar, sem que isso cause qualquer prejuízo em seu ambiente de trabalho. Assim como poderá ter acesso ao material gravado e transcrito, podendo inclusive fazer modificações que julgue necessárias. E em caso de desligamento, os dados coletados não comporão os resultados da pesquisa.
- 14- O material coletado ficará sob a guarda do pesquisador e será usado apenas para fins desta pesquisa. Será mantido o anonimato do entrevistado assim como o das pessoas que por ventura ele mencione. Contudo, devido ao baixo número de informantes-chave entrevistado e ao cargo que ocupam, poderão surgir especulações sobre os depoimentos que possibilitem sua identificação;
- 15- Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais, não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos da pesquisa. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.
- 16- Os resultados serão divulgados com vistas à defesa da dissertação acima referida, como também poderão ser difundidos em artigos, congressos, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e demais meios de divulgação científica.
- 17- O Comitê de ética em pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira se encontra a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessária (e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefones (21) 2554-1730/Fax: (21) 2552-8491).

D. Aprovação do sujeito de pesquisa

“Eu _____, abaixo assinado (a), autorizo a minha participação nesta pesquisa.

Assinatura _____

Data _____

Telefone _____

E. Testemunha

Nome _____

Documento _____

Endereço/telefone _____

Assinatura _____

Data _____

F. Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome _____

Documento _____

APÊNDICE I – Matriz de análise e julgamento: Contexto Político-organizacional

	CRITÉRIOS DE ANÁLISE/INDICADORES	PADRÃO	PONTO DE CORTE	PO	R	PM	JULGAMENTO (%)
CONTEXTO POLÍTICO – ORGANIZACIONAL	D1 – Participação na elaboração do plano	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9		1	20	
	D2 – Execução do plano	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9		1	20	
	D3 – Plano elaborado com base no perfil epidemiológico do município	Sempre	Sempre = 18-20 Às vezes = 10-15 Nunca =0-9		2	20	
	D4 – Garantia de financiamento da Atenção Básica no PMS	Sim	Sim= 18-20 Parcialmente = 10-17 Não = 0-9		2	40	
	D5 – Cumprimento da prestação de contas conforme legislação em vigor (Relatórios de gestão)	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9		1	20	
	D6 – Qualificação técnica dos gestores de saúde infantil na área de saúde infantil e gestão de programas	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9		2	20	
	D7 – Adequação da assistência infantil de às diretrizes propostas pela Agenda de compromissos	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9		2	40	
	D8 – No. de profissionais concursados	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9		1	20	

D10 – Disponibilidade de mecanismos de monitoramento e avaliação de ações, metas e indicadores	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9		2	40	
D11 - Autonomia do gestor para utilização dos recursos financeiros	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9		1	20	
D12 – Envolvimento de outros atores nas ações saúde da criança	Alto	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9		2	20	
D13 – Disponibilidade de controle social nas ações de saúde da criança	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9		1	20	

APÊNDICE J – Matriz de Análise e Julgamento : Contexto Assistencial

INFRAESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	D14 – Infraestrutura básica para assistência de saúde infantil	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1	20	
	D15 - Utilização de protocolos para o diagnóstico, tratamento e condutas de saúde.	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	40	
	D16 - Disponibilidade de mecanismos de referência para consultas especializadas e exames	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	40	
	D17 - Utilização dos dados de monitoramento e avaliação para a o planejamento e tomada de decisão	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	1	20	
	D18 – Desenvolvimento das ações de atenção de saúde da criança	Alto	Alto= 18-20 Médio = 10-17 Baixo = 0-9	2	40	
PROCESSO DE TRABALHO	D19 - Adequação do ACD realizado na USF às diretrizes do Programa Nacional de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento ou equivalente	Alta	Alta= 20 Média = 10 Baixa = 0	2	40	
	D20 – Adequação do preenchimento adequado da Caderneta de Saúde da Criança	Alta	Alta= 18-20 Média = 10-17 Baixa = 0-9	2	40	
	D21 – Desenvolvimento das ações da Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI)	Alto	Alto= 18-20 Médio = 10-17 Baixo = 0	2	40	
	D22 - Acompanhamento de crianças em risco nutricional	Alto	Alto= 18-20 Médio = 10-17 Baixo = 0-9	1	20	

	D23 – Acompanhamento do desenvolvimento infantil	Alto	Alto= 18-20 Médio = 10-17 Baixo = 0-9	1		20	
	D24 - Aconselhamento em aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar conforme	Sempre	Sempre = 18-20 Às vezes = 10-17 Nunca =0-9	2		40	
	D25 - Aplicação do calendário mínimo de consultas de ACD em crianças de 0 a 5 anos	Alta	≥ 7 cons.= 20 >3 < 7 = 10 ≤ 3 cons.= 5	2		40	

APÊNDICE L -- Matriz de informação: Contexto Político-organizacional

	CRITÉRIOS DE ANÁLISE/INDICADORES	PADRÃO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	CÁLCULO
CONTEXTO POLÍTICO – ORGANIZACIONAL	D01 – Participação na elaboração do plano	Alta	Análise documental Entrevista – Informantes-chave	Análise documental: 06 pts Entrevistas : 14 pts
	D02 – Execução do plano	Alto	Análise documental :Planos 2005 - 2011 e Relatórios de gestão 2005 -2011	02 pts para cada 10% de execução do plano
	D03 –Planejamento elaborado com base no perfil epidemiológico do município	Alto	Análise documental	PMS 2006-2009 : 10 pts PMS 2010-2013: 10 pts
	D04 – Garantia de financiamento da Atenção Básica no PMS	Alta	Análise documental	Análise documental: 20 pts (PMS: 10 pts e RAG: 10pts)
	D5 – Cumprimento da prestação de contas conforme legislação em vigor (Relatório anual de Gestão)	Alta	Análise documental: Relatório de Gestão Anual	Verificar presença de prestação de conta nos relatórios do período observado
	D6 – Qualificação técnica dos gestores de saúde infantil na área de saúde infantil e gestão de programas	Alta	Entrevista informante- chave	∑ respostas dos informante-chave: Qualificação em saúde da criança: 10 pts Qualificação em gestão: 10 pts (Coordenador Municipal: 4pts e Resp. técnicos: 1,5 pts cada)
	D7 – Adequação da assistência infantil às diretrizes propostas pela Agenda de Compromissos	Alta	Análise documental Entrevista informante	Análise documental: 10 pts Informante-chave: 10 pts (Coordenador Municipal: 4pts e Resp. técnicos: 1,5 pts cada)
	D8 – No. de profissionais concursados	Alto	Entrevista informante- chave	No. de profissionais estatutários/no. servidores SEMSA/ Manaus X 100%
	D9 – Disponibilidade de mecanismos de	Alto	Análise documental	Análise documental: 06 pts

monitoramento e avaliação de ações, metas e indicadores		Entrevista informante-chave Entrevista profissionais de saúde	Informante chave: 07 pts Σ respostas dos profissionais de saúde: Q.24: 03 pts Q.30: 04 pts
D10 - Autonomia do gestor para utilização dos recursos destinados à AB	Alta	Entrevista informante-chave	Referência a autonomia suficiente nas entrevistas
D11 – Envolvimento de outros atores nas ações de saúde da criança	Alto	Entrevista informante-chave	Articulação política (outras áreas e setores Sama): 10 pts Intersetorialidade: 10 pts
D12 – Disponibilidade de controle social	Alto	Análise documental (Atas do CMS)	Aprovação de planos no CMS: 10 pts Aprovação de Relatórios de Gestão no CMS: 10 pts

APÊNDICE M-- Matriz de informação: Contexto assistencial

	CRITÉRIOS DE ANÁLISE/INDICADORES	PADRÃO	REFERÊNCIAS	FONTE DE VERIFICAÇÃO	CÁLCULO
INFRAESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	D14 – Infraestrutura básica para a assistência infantil	Alta	PNAB PMAQ	Observação direta (check-list infraestrutura)	Média ponderada dos pontos de infraestrutura
	D15 – Utilização de protocolos para o diagnóstico, tratamento e condutas de saúde.	Alta	PNAB	Análise documental Entrevista informante chave e profissional de saúde	Análise documental: 10 pts Profissionais de saúde (Q.20): 10pts
	D16 - Disponibilidade de mecanismos de referência para consultas especializadas	Alta	PNAB	Análise documental Entrevista profissionais de saúde	Análise documental: 10 pts ∑ respostas Q.26: 10 pts
	D17 - Utilização dos dados dos sistemas de informação para monitoramento da situação de saúde e tomada de decisão	Alta	PNAB	Entrevista informante-chave Profissionais de saúde	Informante-chave: 04 pts Profissionais de saúde: ∑ respostas Q.32: 16 pts
	D18 – Desenvolvimento das ações de atenção de saúde da criança.	Alto	Agenda de compromissos	Entrevista profissionais de saúde	Profissionais de saúde: ∑ respostas Q.17: 20pts

PROCESSO DE TRABALHO	D19- Adequação do ACD realizado na USF às diretrizes do Programa Nacional de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento ou equivalente	Alta	Agenda de Compromissos Brasil, 2000. Brasil, 2012.	Entrevista profissionais de saúde	Q.37: 4 pts Q. 39: 4 pts Q.45: 8 pts Q.49: 4 pts
	D20 – Adequação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança	Alta	Brasil,2002 Brasil, 2012 Agenda de Compromissos	Entrevista profissionais de saúde	Σ respostas profissionais de saúde Q.43: 05pts Q. 44: 15 pts
	D21 – Desenvolvimento das ações da Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI).	Alto	Agenda de Compromissos CAB No. 33	Entrevista profissionais de saúde	Σ respostas Q.35 (05pts) + Q.33 (5pts) + Q.36 (10pts) : 20pts
	D22 – Acompanhamento de crianças em risco nutricional	Alto	Brasil, 2012 Agenda de Compromissos AMQ?	Entrevista profissionais de saúde	Σ respostas profissionais de saúde Q.46: 10pts Q.47: 10pts
	D23 – Acompanhamento do desenvolvimento infantil	Alto	Brasil, 2012 Brasil, 2002 Agenda de Compromissos	Entrevista profissionais de saúde	Σ respostas profissionais de saúde Q.48: 08 pts Análise de prontuários: 12 pts
	D24 - Aconselhamento em aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar	Sempre	Brasil, 2012 PHPN CAB 23	Entrevista profissionais de saúde	Σ respostas profissionais de saúde Q.50 (Pré-natal: 10pts Pós-natal: 10pts): 20pts

	D25 - Aplicação do calendário mínimo de consultas de ACD em crianças de 0 a 5 anos	Alto ($\geq 80\%$)	Brasil, 2002 Brasil, 2012	Análise de prontuário	No.<1ano consultas adequado para idade (07 consultas)/Total menores de 1 ano X100% (20 pts)
--	--	-------------------------	------------------------------	-----------------------	---