



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

LARISSA GOMES GIRÃO PAIVA

**AVALIAÇÃO DA INFRAESTRUTURA E DAS AÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

FORTALEZA

2019

LARISSA GOMES GIRÃO PAIVA

**AVALIAÇÃO DA INFRAESTRUTURA E DAS AÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Fabiane do Amaral Gubert

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P169a Paiva, Larissa Gomes Girão.
AVALIAÇÃO DA INFRAESTRUTURA E DAS AÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA / Larissa Gomes Girão Paiva. – 2019.
52 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de
Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2019.

Orientação: Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert. Coorientação: Profa. Ma. Sarah Rayssa
Cordeiro Sales Pinheiro

. 1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação de desempenho. 3. Saúde da criança. I. Título.

CDD 610.73

LARISSA GOMES GIRÃO PAIVA

**AVALIAÇÃO DA INFRAESTRUTURA E DAS AÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dr. Fabiane do Amaral Gubert

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fabiane do Amaral Gubert (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Msc. Sarah Rayssa Cordeiro Sales Pinheiro
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Mestranda Ryvanne Paulino Rocha
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus e a minha família por serem a base da
minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus único e verdadeiro, pelo infinito amor e graça em minha vida. Por meio dEle, sou mais que vencedora.

Aos meus queridos pais Luis Carlos e Maria Eloisa Gomes por acreditarem no meu potencial e por todo investimento que, com muito sacrifício, tem me abençoado ao longo dessa jornada. As minhas irmãs Laura e Lorena, pelo apoio, carinho e amizade que compartilho com muita alegria.

Ao meu amado esposo João Paulo pelo amor, companheirismo e motivação que me ajudou a chegar até aqui.

As minhas amigas Érica, Eliana e Cristina, pela linda amizade que construímos na faculdade. Levarei para o resto da vida.

A minha orientadora, Prof.^a Fabiane Gubert, por ter me recebido de forma tão acolhedora. Obrigada por todos os ensinamentos e apoio. Sem dúvidas, um referencial para mim.

Agradeço imensamente a todos por fazerem parte da minha história.

“Porque dele e por ele, e para ele, são todas as coisas; glória, pois, a ele eternamente. Amém.”

(Romanos 11:36)

RESUMO

Introdução: O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) é um instrumento de avaliação dos indicadores em saúde a fim de proporcionar uma melhoria permanente da qualidade tanto dos serviços quanto do processo de trabalho e de gestão das unidades básicas de saúde. Logo, são necessários estudos como este a fim de avaliar a situação referente a variáveis específicas do PMAQ-AB para futura tomada de decisões e aperfeiçoamento do programa. **Objetivo:** Analisar os indicadores de saúde da criança referente à avaliação da infraestrutura, dos profissionais e dos usuários no PMAQ-AB, 2º ciclo. **Metodologia:** Estudo avaliativo com delineamento transversal dos dados secundários obtidos da base de dados da Avaliação Externa do PMAQ-AB no Ceará ano de 2014. A coleta de dados foi realizada em fonte secundária. Em relação à população infantil, avaliaram-se as variáveis: Presença de instrumentos para avaliação do crescimento e desenvolvimento da caderneta de saúde da criança e a presença das vacinas que compõem o Programa Nacional Imunização infantil no módulo I. Já no módulo II foram avaliadas as ações da Equipe em relação aos cuidados com as crianças, como a consulta na primeira semana, ações de promoção da saúde e a avaliação dos indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Referente ao módulo III avaliou-se: acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, amamentação/alimentação e Problemas de saúde. **Resultados:** Existem maior número de Equipes de Saúde da Família (EqSF) foi em Fortaleza. Nove em cada dez EqSFs tinham cobertura populacional de 70 a 100%. Em relação ao tamanho dos municípios, a maior porcentagem foi em municípios de pequeno porte. Dentre os equipamentos e materiais disponíveis, o estetoscópio adulto, a balança infantil e a régua antropométrica foram os materiais que estiveram mais disponíveis. 96,3 e 87,8 foram as porcentagens de profissionais das EqSFs que reportaram ter disponível o cartão de Vacinação e a Caderneta de Saúde da Criança, respectivamente. Os imunobiológicos mais disponíveis foram Influenza sazonal, Pentavalente, Rotavírus e Hepatite B, respectivamente. Por fim, os profissionais entrevistados afirmaram ter na Farmácia Básica, Sais de reidratação oral e Sulfato ferroso, respectivamente. Evidenciou-se que as principais ações realizadas pela EqSF foram as visitas domiciliares e as consultas para o cuidado continuado. O acompanhamento do pré-natal e do calendário vacinal em atraso foram mais recorrentes na realização da busca ativa. Os registros de crianças no território durante o acompanhamento, a vacinação em dia da criança, o crescimento e desenvolvimento e estado nutricional foram as mais destacadas. Ao analisar procedimentos adotados pelas EqSFs, o registro de todas as gestantes e crianças (até 2 anos de idade) do território foi mencionado por 97,5% e 90,6% dos entrevistados, respectivamente.

Quando analisados alguns procedimentos das EqSFs, a utilização de protocolos para estratificação de risco para pré-natal e crianças de até 2 anos de idade foram mais significativas, respectivamente. **Conclusão:** Os serviços e ações avaliados parecem ter resolubilidade, pois a maioria dos percentuais apresenta-se com média satisfatória. A análise dos indicadores pelo PMAQ-AB comprova contribuir para o conhecimento dos serviços de forma a propor mudanças, visando o aprimoramento da assistência à saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação de desempenho. Saúde da criança

ABSTRACT

Introduction: The National Program for the Improvement of Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) is an instrument for the evaluation of health indicators in order to provide a permanent improvement in the quality of both services and the work process and management of basic health units. Therefore, studies like this one are necessary to evaluate the situation regarding specific variables of the PMAQ-AB for future decisions and improvement of the program. **Objective:** to describe the child health indicators related to the assessment of the infrastructure, professionals and users in the PMAQ-AB, 2nd cycle. **Methodology:** Evaluative study with a cross-sectional design of the secondary data obtained from the national database of the PMAQ-AB External Evaluation in Ceará, year 2014. Data collection was done in a secondary source, which included all questionnaires corresponding to the phase of External evaluation of the 1,480 family health teams that joined the 2nd cycle of PMAQ-AB in 2014. In relation to the child population, the following variables were evaluated: Presence of instruments to assess growth and development and the child's health book and the presence of the vaccines that make up the National Infant Immunization Program in module I. In module II, actions were evaluated regarding the consultation in the first week, health promotion actions and the evaluation of SIAB indicators. Regarding module III, it was evaluated: Growth and Development monitoring, breastfeeding / feeding and Health problems. **Results:** There are 2306 EqSFs distributed in the 184 municipalities of Ceará, with a larger number of teams in the macroregion of Fortaleza. Nine out of ten EqSFs had a population coverage of 70 to 100%. In relation to the size of the municipalities evaluated, the highest percentage of EqSFs was in small municipalities. Among the available equipment and materials related to Child Health Care, the adult stethoscope, the child scale and the anthropometric rule were the materials that were most available. The percentage of professionals from the EqSFs who reported having the vaccination card and the Child Health Handbook available, respectively. The most commonly available immunobiologicals were Seasonal Influenza, Pentavalent, Rotavirus and Hepatitis B, respectively. Finally, the professionals interviewed reported having, as components of the Basic Pharmacy, oral rehydration salts and ferrous sulphate, respectively. The actions carried out by EqSF show the main actions carried out at home visits and consultations for continued care. The main actions performed by the health professionals were the home visit and the consultations for continued care. The situations in which the EqSFs performed delayed active search, prenatal and the vaccination calendar were the most outstanding practices. The variables related to the records of children in the territory during follow-up, the vaccination in the day of the child, growth and development and nutritional

status were the most outstanding. When analyzing procedures adopted by the EqSFs, it was observed that the registry of all pregnant women and children (up to 2 years of age) of the territory was mentioned by 97.5% and 90.6% of respondents, respectively. When analyzing some procedures of the EqSFs, it was observed that the use of protocols for stratification of prenatal risk and children up to 2 years of age, respectively. Conclusion: The services and actions evaluated seem to be resolvable, since most of the percentages present a satisfactory average. The analysis of the indicators by the PMAQ-AB proves to be an important tool that contributes to the knowledge of the services in order to propose changes, aiming the improvement of health care.

Keywords: Primary Health Care. Health Status Indicators. Child Health

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Distribuição das equipes de saúde da família de acordo com características do Ceará, PMAQ-AB, 2014..... | 26 |
| Tabela 2 – Recursos das unidades de saúde onde atuam as equipes de saúde da família relacionadas à atenção à saúde da criança. Ceará, PMAQ-AB, 2014..... | 27 |
| Tabela 3 – Ações realizadas pelas equipes de saúde da família relacionadas à atenção à saúde da criança. Ceará, PMAQ-AB, 2014..... | 29 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|--|
| ABNT | Associação Brasileira de Normas Técnicas |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| NBR | Norma Brasileira Regulamentar |
| PMAQ – AB | Programa Melhoria da Atenção e Qualidade da Atenção Básica |
| MS | Ministério da Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UFC | Universidade Federal do Ceará |
| EqSFs | Equipe de Saúde da Família |
| TMI | Taxa de mortalidade infantil |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ESF | Estratégia Saúde de da Família |
| DAB | Departamento de Atenção Básica |
| SPSS | <i>Statisc Package for Social Sciences</i> |
| RAS | Redes de Atenção à Saúde |
| CSC | Caderneta Saúde da Criança |
| PNI | Programa Nacional de Imunização |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 2. OBJETIVO..... | 19 |
| 3. METODOLOGIA..... | 20 |
| 3.1 Tipo de estudo..... | 20 |
| 3.2 Local do estudo..... | 20 |
| 3.3 Fonte de dados..... | 21 |
| 3.4 Análise dos dados..... | 23 |
| 3.5 Aspectos éticos..... | 24 |
| 4. RESULTADOS..... | 26 |
| 5. DISCUSSÕES..... | 31 |
| 6. CONCLUSÃO..... | 37 |
| 7. REFERÊNCIAS..... | 38 |
| 8. APÊNDICE A..... | 42 |
| 9. APÊNDICE B..... | 46 |
| 10. ANEXO..... | 51 |

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada uma política prioritária de estruturação e organização da atenção primária à saúde no Brasil, tem papel fundamental em aplicar os preceitos assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) com base nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, resolutividade e participação social (MALTA, 2016).

Na busca de atender as demandas da criança de forma integral, acolhedora e contínua, o Ministério da Saúde (MS) estabelece linhas de cuidado a fim organizar os serviços de saúde da criança, assim como às suas famílias, e foram dispostas da seguinte maneira: Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido; Triagem neonatal: teste do pezinho; Incentivo ao aleitamento materno; Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; Alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; Combate à desnutrição e anemias carenciais; Imunização; Atenção às doenças prevalentes; Atenção à saúde bucal; Atenção à saúde mental; Prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil; Atenção à criança portadora de deficiência (ARAÚJO, 2014).

Dentre os programas que compõe a atenção primária a saúde, está à assistência à saúde da criança através dos atendimentos de puericultura como estratégia da Rede Cegonha, representando um campo prioritário dentro dos cuidados executados pela ESF (OLIVEIRA, 2016).

Segundo Lima (2013), a puericultura tem como objetivo acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança, orientar os responsáveis sobre prevenção de acidentes de acordo com a idade, avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor, identificar e esclarecer dúvidas e dificuldades dos pais, observar o calendário vacinal da criança e uso profilático de vitaminas, estimular a prática do aleitamento materno infantil, orientar a introdução alimentar, prevenir doenças e agravos mais frequentes em crianças.

De uma forma sistematizada, integralizada e holística, a puericultura tem sua importância para promoção e prevenção à saúde da criança, reduzindo os índices de morbimortalidade e o número de internações hospitalares nesse período do ciclo vital (GUBERT, 2015).

A taxa de mortalidade infantil (TMI) é um indicador de representatividade bastante significativa e efetiva para avaliar o desenvolvimento humano de uma região, permitindo analisar as condições sensíveis da atenção primária em relação à assistência à saúde da

criança (JUNIOR, 2018).

Com os avanços das políticas públicas, a TMI reduziu significativamente nos últimos anos, mas continua sendo um desafio alcançar menores taxas, principalmente as relacionadas às fortes disparidades encontradas nas regiões brasileiras, sendo estas desigualdades econômicas e sociais permanecem que se refletem nas condições de vida da população (SANTOS, 2016).

Segundo o IBGE (2016), o Brasil possui 12,8 óbitos de crianças menores de 1 ano para cada 1000 nascidos vivos, com maiores índices em Amapá com 23,0 e menor em Espírito Santo, com 8,4. No Ceará, a taxa de mortalidade infantil é de 13,8 óbitos, acima da média nacional. Dentre os 184 municípios do estado do Ceará, 24 atingiram TMI superior a 22,8 para cada mil nascidos vivos.

O estudo desenvolvido por Pinheiro (2016) observou que as doenças que provocam maior índice de mortalidade na população em Fortaleza são doenças relacionadas ao aparelho circulatório (28%), as neoplasias (19%) e as do aparelho respiratório (9,8%) são as mais relevantes.

Diante desse cenário, são necessário instrumentos de avaliação dos indicadores em saúde a fim de proporcionar uma melhoria permanente da qualidade tanto dos serviços quanto do processo de trabalho e de gestão das unidades básicas de saúde.

Desenvolver programas de garantia da qualidade nos serviços de saúde tem sido uma das principais preocupações da OMS. A portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015 do Ministério da Saúde, dispõe do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que é a síntese dessa proposta inovadora.

Trata-se de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo e permite um conhecimento mais aprofundado do que ocorre no âmbito da Atenção Básica, os quais auxiliam no processo de organização do trabalho das equipes e formular estratégias com o objetivo de ampliar o acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica no Brasil (SANTOS, 2017).

O PMAQ-AB é instituído como instrumento avaliativo com vistas no desenvolvimento de indicadores de qualidade dos serviços de saúde que disponham de capacidade de estimular a promoção e adequação de mudanças nas práticas de saúde (BRASIL, 2012).

Existem seis áreas estratégicas que compõe o PMAQ-AB: saúde da mulher, saúde da criança, doenças crônicas, produção geral, doenças transmissíveis e saúde mental; alinhados aos programas estratégicos do Ministério da Saúde: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência, pactuadas pelas três esferas de governo

(BRASIL, 2015).

O enfermeiro do Programa Estratégia Saúde da Família, inserido nos diversos setores que compõem a unidade básica, tem a função primordial da organização e otimização do serviço, devido possuir conhecimentos e competências de gerenciamento em saúde em sua formação, seja atuando na assistência ou na supervisão da equipe (FURTADO, 2018).

Diante disso, é imprescindível a participação do enfermeiro, como principal integrante do processo gerencial em saúde, e a colaboração de toda equipe da Estratégia Saúde da Família a fim de identificar problemas e direcionar o cuidado para assuntos específicos com o objetivo de obter resultados satisfatórios. A utilização de instrumentos indicadores corroboram para tomadas de decisões mais precisas e pontuais, garantindo a qualidade do sistema de produção de saúde (LIMA, 2009).

Uma forma de avaliar e prestar uma devida assistência em relação ao contexto da saúde da criança está no acompanhamento do enfermeiro durante as consultas de puericultura. Diante disso, cabe ao enfermeiro identificar problemas e atenuar agravos à saúde através de um acompanhamento cauteloso, a fim de estabelecer estratégias de cuidados que possibilitem a diminuição de morbidades e mortalidades, contribuindo com crescimento e desenvolvimento adequados para a faixa etária e formação de hábitos alimentares saudáveis (ETGES, 2008).

Ações exercidas pelo enfermeiro que permitem avaliar e acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança serão executadas mediante a utilização de equipamentos e materiais disponíveis nas unidades de atenção à saúde necessários para realização de exame físico, podendo ser o aparelho de pressão infantil, balança infantil, régua antropométrica, estetoscópio adulto e estetoscópio infantil.

Os equipamentos disponíveis nas unidades de atenção à saúde são ferramentas capazes de auxiliar os profissionais de saúde a fundamentarem suas tomadas de decisões com maior precisão técnica mediante as aplicações clínicas adequadas (GIRARDI, 2016).

Os materiais impressos como a caderneta de saúde da criança e o cartão de vacinação estão presentes também na prática do enfermeiro, permitindo a ele acompanhar a criança em todos os aspectos, desde o seu nascimento até os 10 anos de idade, sendo este um instrumento imprescindível para monitorização e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2005).

Os primeiros cuidados com a criança que também fazem parte da assistência à saúde da criança nas consultas de puericultura incluem a coleta do teste do pezinho, orientação sobre a importância da amamentação e acompanhamento da imunização.

Essas ações têm fundamental importância e suas funções são intransferíveis em

relação à participação da equipe de enfermagem no Programa Saúde da Criança nas Unidades Básicas de Saúde, pois é o profissional de enfermagem quem possui o maior contato com os pais e o bebê durante esse ciclo vital (BENEVIDES, 2018).

A enfermagem atua desde o pré-natal, cujo papel é de informar e orientar a gestante que, quando o bebê nascer, ele fará um exame chamado teste do pezinho, no qual serão coletadas algumas gotas de sangue obtidas de uma leve punção do calcanhar da criança com o objetivo de rastrear e prevenir comprometimentos mentais, distúrbios metabólicos e genéticos e infecções congênitas. Vale ressaltar que a técnica correta de coleta das amostras de sangue, bem como o adequado preenchimento da ficha de coleta para o teste do pezinho é um procedimento de enfermagem. Além disso, é importante orientar que este exame é gratuito e exigido por lei (SILVA, 2003).

Observa-se que diante de todo esse contexto que a Estratégia Saúde da Família encontra-se em um processo de crescimento em diversos territórios do Brasil. No entanto, não se pode admitir, tomando como base apenas a expansão, que dimensões de qualidade encontram-se plenamente contempladas, para isso, faz-se necessários estudos como esse a fim e avaliar a situação referente a variáveis específicas para futura tomada decisões e aperfeiçoamento do programa.

2 OBJETIVO

Avaliar os indicadores de saúde referente à avaliação da infraestrutura, dos profissionais e das ações de saúde da criança no PMAQ-AB, 2º ciclo.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Estudo avaliativo, com delineamento transversal dos dados secundários obtidos da base de dados nacional da Avaliação Externa do Programa Melhoria da Atenção e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no Estado do Ceará, no ano de 2014.

O objetivo principal das pesquisas avaliativas é a informação social das características de uma determinada população ou política pública, podendo também estabelecer relações entre variáveis por meio de métodos científicos (GIL, 2010). Segundo Contrandiopulos (2006), avaliações de programas permitem analisar os seus componentes e, dessa forma, apoiar o seu desenvolvimento, incentivando as intervenções com resultados satisfatórios e definindo novas ações e metas quando necessário.

O delineamento transversal caracteriza-se pelo fato de todas as medições serem feitas num único momento, não existindo, portanto, um acompanhamento dos participantes da pesquisa. É mais utilizado para diagnósticos de saúde de uma determinada comunidade e traz amostras representativas da população em um pequeno intervalo de tempo (HULLEY, 2015).

3.2 Local do estudo

O Ceará está situado no norte da Região Nordeste do Brasil, possui várias belezas naturais, com uma extensa faixa litorânea, serra e sertão. Sua área total é de 148 920,472 km² e a população estimada para o ano de 2020 foi de 9.187.886 habitantes, destes, com uma estimativa de 690.831 crianças, distribuídas em 184 municípios com diferenças populacionais, políticas e econômicas (IBGE, 2016).

Esses municípios estão organizados em regiões de saúde, sendo representados por 22 microrregiões e cinco macrorregiões de saúde (Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe e Cariri), onde se estrutura o Sistema Estadual de Saúde. Essa divisão ocorreu a partir de acordos firmados pelos gestores municipais e estaduais, configurando espaços geográficos contínuos constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes, determinados por semelhanças culturais, econômicas e sociais, os quais possuem redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com o propósito de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011).

As macrorregiões são formadas por um conjunto de regiões que convergem para os polos urbanos mais desenvolvidos com o propósito de oferecer aos outros municípios

serviços de saúde mais complexos.

3.3 Fonte de dados

A coleta de dados foi realizada em fonte secundária, na qual foram incluídos todos os questionários correspondentes à fase de Avaliação Externa das 1.480 equipes de saúde da família que aderiram ao 2º ciclo do PMAQ-AB em 2014.

O processo de coleta dos dados primários da Avaliação Externa do PMAQ-AB no Ceará foi realizado por instituições de ensino/pesquisa contratadas pelo Ministério da Saúde para desenvolver os trabalhos de campo, mediante a aplicação do instrumento por avaliadores selecionados e capacitados. As instituições responsáveis pela avaliação na parte da Região Nordeste onde o Ceará participava foram a Universidade Federal do Rio Grande do Norte e a Fundação Oswaldo Cruz-CE, por meio da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Os dados coletados estão disponíveis em banco de dados do Ministério da Saúde, no *site* específico do PMAQ, e também na Fiocruz-CEARÁ. Destaca-se que os dados são referentes à fase de Avaliação Externa composta pelos Módulos: I – Observação na Unidade Básica de Saúde, II – Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde e III – Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde. Mais precisamente neste estudo, serão analisados os itens correspondentes à avaliação da criança presentes em todos os módulos.

A aplicação do módulo III foi realizada em cada unidade de saúde junto a quatro usuários. Foram entrevistadas as mães/acompanhantes de crianças de 0 a 2 anos de idade presentes na unidade no dia da avaliação externa para algum tipo de atendimento e que concordassem em participar. Os critérios de exclusão foram relacionados à primeira vez do usuário naquela unidade de saúde ou àqueles que há mais de 12 meses não tivessem frequentado a unidade de saúde. Assim, foram entrevistados cerca de 2960 usuários do serviço.

A aplicação foi realizada por pesquisadores de campo vinculados à Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, associada ao Departamento de Atenção Básica (DAB) em 2014, segundo ciclo do PMAQ-AB, através de formulários eletrônicos disponibilizados em *tablets*, com envio automatizado ao servidor central do MS. Foram entrevistados usuários que, na ocasião, não haviam se consultado com médico, enfermeiro ou dentista. Os blocos de perguntas direcionadas a perfis específicos de usuários foram aplicados de acordo com as características pessoais de cada entrevistado.

A análise de consistência do banco de dados ficou a cargo da FIOCRUZ, que

coordenou a coleta de dados no Ceará, sob a supervisão do DAB do MS.

Em relação à população infantil, avaliaram-se as variáveis referentes ao instrumento de avaliação externa: Presença de instrumentos para avaliação do crescimento e desenvolvimento e da caderneta de saúde da criança e a presença das vacinas que compõem o Programa Nacional Imunização infantil no módulo I. Já no módulo II foram avaliadas as ações da Equipe em relação aos cuidados com as crianças, como a consulta na primeira semana, ações de promoção da saúde e a avaliação dos indicadores do SIAB. Referente ao módulo III avaliou-se por intermédio de um instrumento (APÊNDICE A) que possuía itens para analisar: 1) Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, 2) Amamentação/alimentação e 3) Problemas de saúde.

Acerca do **Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento – CD**: Consulta da criança após o nascimento, Teste do pezinho, Recebimento da Caderneta de Saúde da Criança, Situação Vacinal da criança, Questionamento e observação do desenvolvimento da criança adequado para a idade, Continuidade de consulta da criança com o mesmo profissional da equipe e Marcação de consulta subsequente.

Em relação à **Amamentação/alimentação**: Orientações sobre amamentação, sua importância e alimentação da criança até os 2 anos de vida, Tempo de duração do Aleitamento Materno.

No que se refere aos **Problemas de saúde**: Necessidade de consultas com o pediatra; Urgências ou problemas ocorridos nos últimos 6 meses que necessitaram de atendimento; local onde procurava atendimento para criança; Atendimento na unidade de saúde sem consulta marcada.

Para caracterizar os municípios participantes (APÊNDICE B), utilizaram-se as seguintes classificações:

- *Porte populacional*: para esta classificação utiliza-se a fornecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, que classifica os municípios em pontos de corte:
 - Pequeno Porte 1: população menor ou igual a 20 mil habitantes
 - Pequeno Porte 2: população entre 20-50 mil habitantes
 - Médio Porte: população entre 50-100 mil habitantes
 - Grande Porte: população maior ou igual a 100 mil habitantes

- *Proporção de cobertura populacional estimada pela ESF*: os dados disponíveis no *website* do Departamento de Atenção Básica (DAB/MS), referentes ao mês de abril/2014, e classificando-os da seguinte forma:
 - 0-50%
 - 50-70%
 - 70-100%

- *Estrato de certificação PMAQ*: classificação atribuída pelo Ministério da Saúde aos municípios, utilizada na certificação de equipes com o intuito de assegurar maior equidade na comparação destes. Este índice leva em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos, conforme pontuação em cinco indicadores: PIB, percentual de população com plano de saúde; percentual de população com Bolsa Família, percentual de população em extrema pobreza e densidade demográfica (BRASIL, 2013). Assim, os municípios foram classificados nos seguintes estratos:
 - 1 – Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes.
 - 2– Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes.
 - 3– Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes.
 - 4 – Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes.
 - 5 – Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes.
 - 6 – Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

3.4 Análise dos dados

Após o preenchimento do formulário elaborado para esta investigação, os dados foram consolidados e inseridos no *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) versão 21.0, e analisados mediante estatística descritiva e analítica, estando apresentados posteriormente por meio de gráficos e tabelas do banco de dados do Ministério

da Saúde.

A primeira parte do trabalho foca na descrição das EqSFs e dos profissionais e, portanto, considera os dados reportados pelos profissionais como unidade amostral. Para tanto, a análise descritiva foi utilizada para apresentação dos dados sobre materiais/equipamentos e ações/procedimentos, considerando a frequência absoluta e relativa.

A segunda parte está focada na avaliação de cada município do Ceará e, portanto, cada um foi representado por valor que representasse sua avaliação perante os indicadores de Saúde da Criança avaliados. Para tanto, frequências absolutas e relativas foram calculadas para a quantidade de municípios de acordo com as características relacionadas (exemplo, porte populacional). Ainda, duas variáveis contínuas (tempo de experiência do profissional entrevistado na atenção básica e a idade da criança) foram descritas com a média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo dos municípios. As mesmas análises descritivas foram efetuadas para os escores dos municípios para os três domínios: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, Amamentação/Alimentação da criança e Problemas de saúde da criança e o escore geral de saúde da criança.

A Análise de Variância (ANOVA) *one-way*, com comparações *post-hoc* por meio do teste de Bonferroni, foi utilizada para comparação entre os estratos do PMAQ para os escores dos municípios em cada questão estudo (16 questões do domínio Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, 2 questões do domínio Amamentação/Alimentação da criança e 3 questões do domínio Problemas de saúde na criança). Esse teste também foi utilizado para comparação dos escores dos municípios para os três domínios e o escore geral de Saúde da Criança entre as diferentes características do contexto (porte populacional, cobertura populacional da EqSF, Macrorregião e estrato do PMAQ). O nível de significância foi fixado em 5% ($p < 0,05$) para testes bicaudais. Na análise da Tabela 6, criou-se um parâmetro de comparação unindo todas as questões relacionadas aos domínios e atribuindo uma pontuação de 0 – 100 para cada município e, após, calculado as médias para o Estado do Ceará. As análises foram realizadas utilizando o programa estatístico IMB SPSS® v.21.0 (SPSS IBM Inc., Chicago, Estados Unidos).

3.5 Aspectos éticos

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação da Atenção Básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, sob o nº 21904, de 13 de março de 2012 (ANEXO). Convém ressaltar que esta investigação seguiu todas as diretrizes e

normas regulamentadoras de pesquisas, assegurando princípios de confidencialidade e sigilo dos envolvidos.

Acrescenta-se que o conteúdo da Avaliação Externa do PMAQ-AB foi construído de forma a não permitir a identificação dos indivíduos que compõem a amostra, preservando-se, assim, a privacidade dos usuários (BRASIL, 2013). Não se faz necessário o emprego de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, já que os dados utilizados são secundários, oriundos da terceira fase do PMAQ-AB (Avaliação Externa), estando de acordo com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta pesquisas com seres humanos no Brasil.

4 RESULTADOS

Atualmente, existem cadastradas 2306 EqSFs distribuídas nos 184 municípios cearenses, com maior número de equipes na macrorregião de Fortaleza. Desse quantitativo, participaram do 2º ciclo do PMAQ-AB 1626, distribuídas conforme a Tabela 1, que apresenta a quantidade de EqSFs avaliadas e de municípios, de acordo com características do contexto no Ceará. Todos os municípios cearenses participaram desse ciclo do PMAQ-AB.

Em relação às equipes, a amostra teve maior participação das EqSFs das macrorregiões 1 (36,3%), 5 (25,0%) e 2 (23,0%). De modo geral, nove em cada dez EqSFs (92,7%) tinham cobertura populacional de 70 a 100%. As porcentagens de EqSFs avaliadas nos estratos 1, 2, 3, 4, 5 e 6 do PMAQ-AB foram, respectivamente: 3,3%, 21,8%, 31,4%, 23,6%, 15,8% e 4,2%. Em relação ao tamanho dos municípios avaliados, a maior porcentagem de EqSFs foi em municípios de pequeno porte (20-50 mil habitantes), com 32,5%.

Já, em relação aos municípios, grande parte encontrava-se nas macrorregiões 2 (29,9%), 1 (26,6%) e 5 (24,5%). A maioria dos municípios (88,6%) teve uma proporção de cobertura populacional estimada pelas EqSFs de 70% a 100%, corroborando com o resultado por equipes. As porcentagens dos municípios avaliados nos estratos 1, 2, 3, 4, 5 e 6 do PMAQ-AB foram, respectivamente: 11,4%, 39,1%, 31,5%, 13,6%, 3,8% e 0,5%. Em relação ao porte populacional, a maioria possuía um porte populacional de menos de 20 mil habitantes (47,3%) ou de 20 a 50 mil habitantes (33,7%).

Tabela 1. Distribuição das equipes de saúde da família de acordo com características do Ceará, PMAQ-AB, 2014

| Variável | EqSF n (%) | Municípios n (%) |
|---|---------------------|--------------------|
| Total | 1626 (100,0) | 184 (100,0) |
| Macrorregião | | |
| 1 Fortaleza | 591 (36,3) | 49 (26,6) |
| 2 Sobral | 374 (23,0) | 55 (29,9) |
| 3 Sertão Central | 161 (9,9) | 20 (10,9) |
| 4 Litoral leste/Jaguaribe | 93 (5,7) | 15 (8,2) |
| 5 Cariri | 407 (25,0) | 45 (24,5) |
| Proporção de cobertura populacional estimada pelas EqSFs | | |
| 0-50% (1) | 68 (4,8) | 07 (3,8) |
| 50-70% (2) | 50 (3,1) | 14 (7,6) |
| 70-100% (3) | 1508 (92,7) | 163 (88,6) |

Estrato do PMAQ

| | | |
|---|------------|-----------|
| 1 | 54 (3,3) | 21 (11,4) |
| 2 | 354 (21,8) | 72 (39,1) |
| 3 | 510 (31,4) | 58 (31,5) |
| 4 | 383 (23,6) | 25 (13,6) |
| 5 | 257 (15,8) | 07 (3,8) |
| 6 | 68 (4,2) | 01 (0,5) |

Porte Populacional

| | | |
|-----------------|------------|-----------|
| Pequeno Porte 1 | 389 (23,9) | 87 (47,3) |
| Pequeno Porte 2 | 529 (32,5) | 62 (33,7) |
| Médio Porte | 383 (23,6) | 26 (14,1) |
| Grande Porte | 325 (20,0) | 09 (4,9) |

EqSFs: Equipes de saúde da família; PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade;

Dentre os equipamentos e materiais disponíveis relacionados à Atenção à Saúde da Criança reportados segundo o profissional entrevistado, o estetoscópio adulto (99,1%), a balança infantil (90,8%) e a régua antropométrica (87,9%) foram os materiais que estiveram mais disponíveis.

As porcentagens de profissionais das EqSFs que reportaram ter disponível o cartão de Vacinação e a Caderneta de Saúde da Criança foram de 96,3% e 87,8%, respectivamente. Os imunobiológicos disponíveis mais reportados foram Influenza sazonal (97,4%), Pentavalente (96,7%), Rotavírus (96,4%) e Hepatite B (96,3%); para essa variável, apenas a BCG-ID (64,4%) não teve porcentagem acima de 90%. Por fim, destaca-se que 92,4% e 74,0% dos profissionais entrevistados reportaram ter, como componentes da Farmácia Básica, Sais de reidratação oral e Sulfato ferroso, respectivamente.

Tabela 2: Recursos das unidades de saúde onde atuam as equipes de saúde da família relacionadas à atenção à saúde da criança. Ceará, PMAQ-AB, 2014

| Variável | N | % |
|---|------|------|
| Equipamentos e Materiais disponíveis | | |
| Aparelho de pressão infantil | 868 | 58,7 |
| Balança infantil | 1343 | 90,8 |
| Régua antropométrica | 1300 | 87,9 |
| Estetoscópio adulto | 1465 | 99,1 |
| Estetoscópio infantil | 724 | 49,0 |

Material impresso para Atenção à Saúde

| | | |
|--|------|------|
| Cartão de vacinação (Sempre Disponíveis) | 1425 | 96,3 |
| Caderneta de saúde da criança | 1298 | 87,8 |
| Imunobiológicos na unidade de saúde | | |
| BCG-ID | 952 | 64,4 |
| Influenza sazonal | 1440 | 97,4 |
| Hepatite B | 1424 | 96,3 |
| Meningocócica C | 1408 | 95,2 |
| Pneumocócica 10 | 1290 | 87,2 |
| Tríplice Viral | 1400 | 94,7 |
| Tríplice Bacteriana | 1371 | 92,7 |
| Pentavalente | 1430 | 96,7 |
| Rotavírus | 1426 | 96,4 |
| Medicamentos componentes da Farmácia Básica | | |
| Sais de reidratação oral | 1095 | 74,0 |
| Sulfato ferroso | 1367 | 92,4 |

EqSFs: Equipes de saúde da família;

A Tabela 3 evidencia as principais ações realizadas pelos profissionais de saúde, como a visita domiciliar (97,4%) e as consultas para cuidado continuado (95,7%). Quando analisadas as situações nas quais as EqSFs realizavam busca ativa, o pré-natal (88,1%) e o calendário vacinal atrasados (84,6%) foram as práticas mais destacadas. A busca por crianças prematuras foi a situação com menor porcentagem, com 69,8%.

Por fim, as variáveis relacionadas aos registros de crianças no território durante o acompanhamento, a vacinação em dia da criança (99,5%), o crescimento e desenvolvimento (95,6%) e estado nutricional (94,4%) foram as mais mencionadas pelos profissionais entrevistados. Em contrapartida, o registro de crianças no território com violência familiar (45,3%) e acidentes (46,4%) foi teve as menores taxas de respostas dos profissionais entrevistados.

Ao analisar procedimentos adotados pelas EqSFs na Atenção à Saúde da Criança, observou-se que o registro de todas as gestantes e crianças (até 2 anos de idade) do território foi mencionado por 97,5% e 90,6% dos entrevistados, respectivamente. Mais de 90% dos profissionais indicaram a oferta de ações para gestantes (97,9%) e crianças (94,8%), bem como de consultas de pré-natal (99,6%) e para crianças de até 2 anos de idade (97,8%).

Quando analisados alguns procedimentos das EqSFs, observou-se que a utilização

de protocolos para estratificação de risco para pré-natal e crianças de até 2 anos de idade foi reportada por 97,5% e 90,6% dos profissionais entrevistados, respectivamente. A programação da agenda das EqSFs de acordo com essa estratificação também foi citada por mais de 90% dos profissionais entrevistados. As demais variáveis de atenção à saúde das crianças também tiveram porcentagens próximas a 90% (Tabela 3).

Tabela 3: Ações realizadas pelas equipes de saúde da família relacionadas à atenção à saúde da criança. Ceará, PMAQ-AB, 2014

| Variável | N | % |
|--|------|------|
| Ações organizadas na agenda dos profissionais | | |
| Visita domiciliar | 1583 | 97,4 |
| Grupos de Educação em Saúde | 1321 | 81,2 |
| Atividades comunitárias | 1016 | 62,5 |
| Consultas para cuidado continuado | 1556 | 95,7 |
| Acolhimento à demanda espontânea | 1450 | 89,2 |
| Nenhuma das anteriores | 14 | 0,9 |
| A equipe realiza busca ativa das seguintes situações: | | |
| Pré-natal | 1432 | 88,1 |
| Crianças de até 2 anos | 1310 | 80,6 |
| Prematuras | 1135 | 69,8 |
| Com baixo peso | 1234 | 75,9 |
| Com consulta de puericultura atrasada | 1261 | 77,6 |
| Com calendário vacinal atrasado | 1376 | 84,6 |
| No acompanhamento das crianças do território, há registros sobre: | | |
| Vacinação em dia da criança | 1618 | 99,5 |
| Crescimento e desenvolvimento | 1555 | 95,6 |
| Estado nutricional | 1535 | 94,4 |
| Teste do pezinho | 1443 | 88,7 |
| Violência familiar | 736 | 45,3 |
| Acidentes | 755 | 46,4 |
| Outro(s) | 339 | 20,8 |
| Procedimentos adotados pelas EqSFs na Atenção à Saúde da Criança | | |
| Possui o registro do seu território de todas as gestantes | 1585 | 97,5 |
| Possui o registro do seu território das crianças de até 2 anos | 1473 | 90,6 |

| | | |
|--|------|------|
| Oferta ações para gestantes | 1592 | 97,9 |
| Oferta ações para crianças de até 2 anos | 1541 | 94,8 |
| Oferta de consultas de pré-natal | 1619 | 99,6 |
| Oferta de consultas para crianças de até 2 anos | 1591 | 97,8 |
| Utiliza protocolos para estratificação de risco para pré-natal | 1345 | 82,7 |
| Utiliza protocolos para estratificação de risco para crianças de até 2 anos | 1293 | 79,5 |
| Programa a agenda de acordo com o risco classificado para gestantes | 1539 | 94,6 |
| Programa a agenda de acordo com o risco classificado crianças de até 2 anos | 1487 | 91,5 |
| Realiza de consulta de puericultura nas crianças de até dois 2 anos | 1596 | 98,2 |
| Utiliza a caderneta de saúde da criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento | 1592 | 97,9 |
| Possui espelho das cadernetas de saúde da criança | 1532 | 94,2 |
| Realiza de ações de Vigilância Alimentar e Nutricional | 1454 | 89,4 |
| Avalia e monitora índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável | 1577 | 97,0 |
| Oferta de ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para gestantes e puérperas | 1416 | 87,1 |

EqSFs: Equipes de saúde da família

5 DISCUSSÃO

O PMAQ tem como atribuição primordial de estabelecer uma cultura de avaliação da AB no SUS, tendo por base o acompanhamento de processos e resultados. Para isso seja feito com fidelidade, torna-se necessário que seus indicadores estejam embasados nos princípios que regem o SUS e na Política Básica de Atenção Básica, direcionando o sistema de saúde ao cumprimento desses princípios, entre eles o da integralidade, podendo assim contribuir com a qualidade da atenção à saúde (GOMES, 2013).

Conforme os achados apresentados, a maior quantidade de EqSF foi na capital Fortaleza, seguido da macrorregião Cariri e Sobral. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos, ressaltando seu contínuo processo de ampliação, sobretudo em municípios do interior do Ceará, o que constitui ser uma estratégia de suma importância para o aumento das ofertas dos serviços de saúde, corroborando para a redução das desigualdades e facilitando o acesso as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (JORGE, 2014).

É fundamental assentir a importância das EqSF para o progresso da assistência a saúde, pois estes constituem o primeiro zona de contato da população com o sistema de saúde local, além de coordenar e integrar os outros serviços de saúde, possibilitando que ações de promoção em saúde ultrapassem os muros das unidades de saúde e passem a ocorrer no território (PAIM, 2012).

Segundo Jorge (2014), apesar dessa expansão da ESF no Ceará, contudo, nos diversos municípios do estado, as EqSF têm se estruturado de forma heterogênea, devido aos aspectos sociais, econômico e epidemiológicos específicos de cada região, buscando atender as demandas de saúde da população do território de cada equipe.

Observando os resultados referentes à cobertura populacional, desperta a importância dessa variável para avaliar o monitoramento do acesso aos serviços da Atenção Básica com vistas ao fortalecimento do planejamento do SUS. Esse eixo é estruturante no município e encontrar-se implantada em todas as UBS com cobertura populacional de 87,4% (RADIGONDA, 2015).

Um dos principais objetivos da EqSF é a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade às necessidades da população adstrita, pautado em ações sistemáticas e programáticas (MENDES, 2012). Avanços na cobertura populacional pelas EqSF contribuem para melhorias nos fatores organizacionais do serviço, como a acessibilidade organizacional com o intuito de melhorar sua utilização (LIMA, 2018)

Ao compreender que a ESF se configura como processo de trabalho pautado em

ações de caráter individual e coletivo, visando a família e a comunidade, os resultados do presente estudo nos mostra que as ações das EqSF têm alcançado, majoritariamente, percentagens satisfatórias no que tange aos devidos objetivos, contudo uma pesquisa realizada no Ceará aponta que as EqSF estão reproduzindo o modelo biomédico com ações muito voltadas para a cura de doenças e ações educativas deficitárias (FERNANDES, 2018).

Sabe-se que práticas de Educação em Saúde são fundamentais primordialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, pois é um forte instrumento que valoriza os contextos sociais, econômicos e culturais da comunidade, aliados à promoção em saúde da população e que visam à melhoria das condições de bem-estar e acesso aos serviços (BUSS, 2000).

Apesar dos avanços teóricos e discursos característicos, ainda é evidenciado nos serviços de saúde um distanciamento teórico-prático, com profissionais reproduzindo um modelo biomédico, que deixa o usuário à margem do projeto terapêutico (CERVERA, 2011).

Quanto aos equipamentos e materiais presentes na AB, evidenciou que o estetoscópio adulto, a balança infantil e a régua antropométrica estão mais disponíveis nas unidades. Em contrapartida, o estetoscópio infantil e o aparelho de pressão infantil estão menos presentes.

A viabilização do processo de trabalho do enfermeiro deve incluir materiais e suporte técnico de qualidade para cumprimento de ações, facilitando tanto para quem o executa quanto para quem recebe a assistência (SHIMIZU, 2016).

Tratando-se em avaliação e acompanhamento da saúde da criança na Atenção Básica proposto pelo Ministério da Saúde, os índices antropométricos são considerados como principal critério de acompanhamento nos processos de crescimento e desenvolvimento infantil. Para se obter amostras satisfatórias e fidedignas é necessário que o enfermeiro esteja devidamente capacitado e motivado para a realização da atividade, bem como a disponibilidade de equipamentos no setor (CARVALHO, 2008).

Diante disso, as variáveis antropométricas em crianças devem apresentar critérios fidedignos e de confiabilidade em suas aferições, pois uma vez que as medidas de peso e estatura, estando sujeitas a fontes de erros, podem contribuir para sensíveis distorções durante o acompanhamento.

Constatando os resultados acerca dos materiais impressos disponíveis como o Cartão de Vacinação e a Caderneta Saúde da Criança (CSC), pode-se concordar com os resultados apresentados em uma revisão sistemática sobre o assunto. Ao analisar que, embora os trabalhos relatem que a maioria das crianças dispõe do CSC, o registro sobre o monitoramento do crescimento infantil parece ainda não receber a devida atenção pelas equipes de saúde. (ALMEIDA, 2016).

Os autores relataram que a maioria das crianças que compuseram o estudo possuía o CSC, mas todos estavam com preenchimento de dados incompletos (COSTA, 2011). Com relação aos imunobiológicos na unidade de atenção à saúde, é importante frisar que a aplicação das vacinas com imunobiológicos e a suplementação com ferro e a vitamina A destinam-se a prevenir problemas, promover e proteger a saúde das crianças. Estes têm papel importante, pois influenciam diretamente no crescimento e o desenvolvimento das crianças para que estejam livres de doenças, mesmo se expostas a ambientes prejudiciais à saúde (VIEIRA, 2016).

Para que estas ações sejam implementadas é necessário à disposição destes recursos nas Unidades de Atenção Básica, além de estabelecer uma relação de confiança entre a família e o profissional de saúde para as devidas orientações e garantia que os direitos das crianças sejam protegidos.

O PMAQ-AB permite, além de analisar os recursos disponíveis, como o caso dos materiais imunobiológicos, avaliar a busca ativa de crianças com calendário vacinal atrasado, constatando-se ser um dos achados significativos desse processo. Segundo Fernandes (2015), é fundamental a realização de inquéritos de cobertura vacinal e o desenvolvimento de registros informatizados de imunização para que se avaliem tais coberturas de forma mais consistente.

Vale ressaltar que o Programa Nacional de Imunização (PNI) e o PMAQ-AB consideram ideal a meta mínima de 95% de cobertura vacinal esperada para a maioria das vacinas do calendário básico administradas na rede pública (BRASIL, 2013).

Em contrapartida, ficou evidenciado o menor percentual acerca da busca ativa de crianças prematuras. Uma revisão de literatura realizada por Mello (1999) acerca do seguimento dos cuidados ao prematuro, revela a importância da busca ativa de crianças e famílias para atendimento precoce e seguimento nas unidades básicas de saúde, podendo constituir um avanço para a atenção à saúde da criança.

Em um estudo mais recente realizado por Aires (2015), os dados mostraram que a categoria profissional responsável pela realização da puericultura repercute na adesão ou não do segmento na UBS pela comunidade, emergindo a dificuldade de manter o acompanhamento no ambulatório de prematuridade da maternidade em conjunto com o da UBS. Logo, nota-se a importância das UBS pela realização da busca ativa e acompanhamento da família através das visitas domiciliares.

Crianças prematuras e de baixo peso constituem um grupo de risco, necessitando de uma assistência focalizada. Diante disso, a busca ativa através de visitas domiciliares e as

orientações às famílias no cuidado à saúde de seus filhos requer uma equipe de saúde qualificada para esta atividade (GONZAGA, 2016)

Diante do exposto, vale ressaltar a importância das visitas domiciliares nas ações em saúde. Os resultados deste estudo mostram que as principais ações organizadas pelos profissionais é a visita domiciliar e as consultas de cuidado continuado.

Segundo De Carli (2015), a Avaliação Externa do PMAQ foi fundamental para desvelar essa realidade, e trazer à tona a necessidade de políticas indutoras ainda mais diretas em relação à inclusão de ações no ambiente domiciliar da população adscrita sob a responsabilidade das EqSF, visando à transformação das práticas de atenção à saúde na Atenção Básica.

Um estudo realizado no Ceará por Albuquerque (2009) aborda a perspectiva dos usuários acerca da importância da visita domiciliar no âmbito individual, familiar e comunitário, dentre eles estão: a humanização do cuidado e a integralidade da assistência, a subjetividade inerente ao processo de vivência e interação entre usuários e profissionais da equipe, as prioridades e aspectos operacionais, bem como de equidade e de integração entre os serviços.

Em contrapartida, as ações organizadas relacionadas a atividades comunitárias apresentaram menor percentagem. Segundo Silva (2002), a atenção primária existe um campo extenso de atividades educativas e de aconselhamento que demandam ações organizadas da EqSF para o desenvolvimento de planos integrados para a área social comprometidos com a equidade. Para isso, é necessário um envolvimento maior dos profissionais e destinar parte da carga horária da equipe com atividades coletivas e comunitárias voltadas a saúde da criança.

Observando o ponto sobre acompanhamento de crianças no território, há registros em maior quantidade relacionados à vacinação em dia, crescimento e desenvolvimento, estado nutricional e teste do pezinho.

Esses achados entram em consonância com as ações de prevenção, promoção e tratamento mais frequentes do Ministério da Saúde, são estas: incentivo ao aleitamento materno, à redução de carências nutricionais, à assistência e controle das infecções respiratórias agudas, à imunização, ao controle das doenças diarreicas e ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, sendo esta, como ação central organizadora das demais, visando à redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2011).

Andrade (2018) concluiu que no processo de acompanhamento das EqSF, o enfermeiro possui importante influência na comunicação entre profissionais de saúde e

usuários dos serviços no processo de transmissão de conhecimento acerca da vacinação e cumprimento do calendário vacinal.

Uma revisão integrativa mostrou que todos os artigos analisados evidenciaram de forma explícita ou não, ações de enfermagem associadas ao crescimento e desenvolvimento infantil, referentes à competência “Avaliação e Análise” a qual tem o intuito de coletar, registrar, avaliar, analisar e aplicar as informações necessárias para tomada de decisões baseadas em evidências (MONTEIRO, 2014).

Acerca do registro do Teste do Pezinho, indicador de grande importância no cuidado às crianças de um determinado território, realizado pelo SUS que preconiza alcançar todos os RN's, um estudo sobre a média no Brasil foi encontrado 81,5% de registros da realização do mesmo, total superior ao do estado do Ceará (BEZERRA, 2016).

No entanto, as variáveis violência familiar e acidentes envolvendo crianças apresentaram escores abaixo da média. Uma pesquisa realizada no estado do Rio de Janeiro, concluiu que as notificações ao Conselho Tutelar vinham aumentando progressivamente nos últimos anos. No entanto, diante de tão elevada magnitude de distintas formas de violência, fica claro que as notificações representam apenas a ponta de um grande *iceberg*. Um dos motivos da ocorrência desse fenômeno seria o baixo grau de identificação de casos e a subnotificação aos Conselhos Tutelares devido as diferentes concepções e significados que os membros da equipe de Saúde da Família têm sobre a questão da violência familiar (ROCHA, 2011).

Já em relação aos acidentes, os acidentes domésticos têm se revelado uma importante causa de atendimentos, internações, incapacidades e óbitos em crianças, principalmente do sexo masculino, na faixa etária de 1 a 4 anos. Diante disso, cabe a enfermagem estabelecer estratégias para minimizar os riscos de acidentes por meio de ações de proteção e promoção da saúde (BRITO, 2015).

Outro achado pertinente no eixo Procedimentos adotados pelas EqSFs na Atenção à Saúde da Criança, foi o baixo percentual relacionado a utilização de protocolos para estratificação de risco para crianças de até 2 anos quando comparado a média das demais variáveis.

Um estudo desenvolvido por Lima (2018) permitiu afirmar que as médias baixas com relação aos protocolos podem atingir a Atenção Básica, havendo dificuldade da realização destes objetivos, tendo em vista as dificuldades das tecnologias chegarem até os trabalhadores de saúde e assim refletir no atendimento aos usuários.

Analisando panoramicamente os resultados obtidos nas tabelas proposto pelo PMA-

AB, pode-se inferir que viabiliza a uma análise contextual do coletivo através das estratégias de autoavaliação e monitoramento para o fortalecimento das equipes nas respectivas questões através educação permanente e apoio institucional para melhoria da Atenção Básica (PINTO, 2012)

Além disso, observando as atividades executadas na unidade de saúde, não se pode deixar de destacar a figura do enfermeiro como principal protagonista no cuidado a saúde da criança na ESF.

Um estudo realizado com dados secundários oriundos da avaliação externa do PMAQ-AB que englobou 17482 ESF aderidos ao programa, abrangendo todos os estados da Federação, evidenciaram que na Atenção Primária a Saúde os profissionais graduados delegaram ao enfermeiro o papel de autoridade cognitiva na passagem de informações sobre os processos de organização do trabalho (GALAVOTE, 2016).

Furtado (2018) frisa a atuação do enfermeiro envolvido nas ações em saúde da criança de forma direta, como a realização de exame físico, coleta de material para exames e imunização, aleitamento materno, alimentação infantil e orientações acerca da prevenção de acidentes. Este cuidado se inicia desde o primeiro atendimento da criança na ESF, mediante a consulta de enfermagem.

6 CONCLUSÃO

No tocante aos resultados, os serviços e ações avaliados parecem ter resolubilidade, visto que a maioria dos percentuais se apresenta com média satisfatória. Porém, vale ressaltar, que não se podem inferir, em nível técnico, avaliações em termos qualitativos.

O estudo permite reconhecer a necessidade de novos estudos de análise de indicadores presentes na Atenção Primária à Saúde, devido à relevância destas no impacto positivo aos serviços de saúde para a população através da Estratégia Saúde da Família. Além disso, contribuir para o incentivo de novos estudos, devido as poucas pesquisas apresentadas dentro do referido tema abordado.

Constata-se a importância do aprofundamento de variáveis não contempladas no PMAQ-AB acerca da Saúde da Criança na ESF, a fim de contribuir com o avanço de futuras pesquisas e melhoria da assistência para esse público, pois se acredita que a ESF ainda se encontra em constante processo de construção e aperfeiçoamento que perpassa diversos contextos sócio-político-culturais a nível nacional, regional e local.

Contemplando todo o cenário que envolve os recursos disponíveis na unidade e ações do cuidado em saúde da criança, a enfermagem é o alicerce na prática profissional e atua como articulador na equipe multiprofissional e na rede de atenção, como forma de fomentar o acesso ao cuidado integral da criança.

Por fim, a análise dos indicadores para avaliação da Atenção Básica mediante a utilização do instrumento padronizado pelo PMAQ-AB comprova ser uma ferramenta importante que contribui para o conhecimento dos serviços de forma a propor mudanças, visando o aprimoramento da assistência à saúde.

7 REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1103-1112, 2009.
- AIRES, Luana Cláudia dos Passos et al. Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 224-232, 2015.
- ALMEIDA, Ana Claudia de et al. . Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil – Revisão sistemática de literatura. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 122-131, Mar. 2016.
- ANDRADE, Deyse Rodrigues de Souza; LORENZINI, Elisiane; SILVA, Eveline Franco da. Conhecimento de mães sobre o calendário de vacinação e fatores que levam ao atraso vacinal infantil. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 1, 2014.
- ARAÚJO, Juliane Pagliari et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, 2014.
- BEZERRA, Anna Cristina da Cruz. **Saúde da criança no Estado do Rio Grande do Norte: acesso e qualidade do cuidado na atenção primária à saúde**. 2016. 74f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016
- BENEVIDES, Jessica Lima et al. Atributos da atenção primária nas internações de crianças: Acesso de primeiro contato e Longitudinalidade. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 19, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *Gestões e gestores de políticas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história*. Brasília: MS; 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de Junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União 9 Jun 1987;
- BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, p. 163-177, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primarycareassessment tool PCATool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de

Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Nota metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica: Participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Instrumentos de avaliação externa para as equipes de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRITO, Mychelangelo de Assis; ROCHA, Silvana SANTIAGO DA. A criança vítima de acidentes domésticos sob o olhar das teorias de enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 4, 2015.

CARVALHO, Michelle Figueiredo et al. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde pública**, v. 24, p. 675-685, 2008.

CERVERA, Diana Patrícia Patino; PARREIRA, Bibiane Dias Miranda; GOULART, Bethania Ferreira. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1547-1554, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, Sept. 2006.

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

DE-CARLI, Alessandro Diogo et al. Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 441-450, 2015.

Etges BI. Abordagem nutricional do pré-escolar, escolar e adolescente. In: Marques BB, Reis MS, Moraes RB, organizadores. Estratégias de atenção à saúde da criança e do adolescente. Santa Cruz do Sul: Ed. EDUNISC; 2008. p. 76-85.

FERNANDES, Amanda Dourado et al. Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro/Mental health care practices in Primary Health Care: identifying researches in the brazilian context. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, n. 4, 2018.

FERNANDES, Ana Catharina Nunes et al. Análise da situação vacinal de crianças pré-escolares em Teresina (PI). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 870-882, 2015.

FURTADO, Maria Cândida de Carvalho et al. Ações e articulações do enfermeiro no cuidado

da criança na atenção básica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 1, 2018.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 90-98, Mar. 2016.

GIRARDI, Juliana da Motta et al. Relações de colaboração na rede brasileira de avaliação de tecnologias em saúde. **Comun. ciênc. saúde**, v. 27, n. 1, p. 71-82, 2016.

GONZAGA, Isabel Clarisse Albuquerque et al. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1965-1974, 2016.

GUBERT, Fabiane do Amaral et al. Protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 16, n. 1, 2015.

HULLEY, Stephen B.; et al. Delineando a pesquisa clínica. **4º edição. Artmed Editora, 2015.**

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo demográfico 2016. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

JORGE, Bessa; SALETE, Maria. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 256, 2014.

JUNIOR, Pinto, et al. "Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil." **Cadernos de Saúde Pública** 34 (2018): e00133816.

LIMA, Juliana Gagno et al. Essential attributes of Primary Health Care: national results of PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, n. SPE1, p. 52-66, 2018.

LIMA, Edmilson Calixto de et al. Acolhimento à demanda espontânea na atenção básica à saúde: uma análise a partir do 2º ciclo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 2018.

LIMA, Antônio Fernandes Costa; KURGANCT, Paulina. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, 2009.

LIMA, Susan Caroline Diniz, et al. "Puericultura e o cuidado de enfermagem: percepções de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família." **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)** (2013): 165-173.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Family health strategy coverage in Brazil, according to the National Health Survey, 2013. **Ciencia & saude coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

MELLO, Débora Falleiros de; ROCHA, Semiramis Melani Melo. Assistência de enfermagem a crianças prematuras: uma revisão da literatura sobre o seguimento. **Rev. bras. enferm**, v. 52, n. 1, p. 14-21, 1999.

MENDES, Antônio da Cruz Gouveia et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2903-2912, 2012.

MONTEIRO, Flávia Paula Magalhães et al. Ações de promoção da saúde realizadas por enfermeiros na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil. **Cienc. enferm**, v. 20, n. 1, p. 97-110, 2014.

NORONHA, Gisele Almeida de; TORRES, Tania Guillén de; KALE, Pauline Lorena. Análise da sobrevida infantil segundo características maternas, da gestação, do parto e do recém nascido na coorte de nascimento de 2005 no Município do Rio de Janeiro-RJ, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 3, p. 419-430, 2012.

DE OLIVEIRA, Edith Monteiro; CELENTO, Denize Duarte. A temática da Rede Cegonha e a inserção do enfermeiro nesse contexto. **Revista de Saúde**, v. 7, n. 1, p. 33-38, 2016.

PAIM, Jairnilson et al. Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2012.

PINHEIRO, Andreza Rodrigues, et al. "Perfil de morbimortalidade da cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil." **Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR 9.2** (2016).

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 6, n. 2, 2012.

RADIGONDA, Bárbara; SOUZA, Regina Kazue Tanno de; CORDONI JUNIOR, Luiz. Avaliação da cobertura da Atenção Básica na detecção de adultos com diabetes e hipertensão. **Saude em debate**, v. 39, p. 423-431, 2015.

ROCHA, Pedro Carlos Xavier da; MORAES, Claudia Leite. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3285-3296, 2011.

SANTOS, Alaneir de Fátima dos, et al. "Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil." **Cadernos de Saúde Pública 33** (2017): e00172815.

SANTOS, Elieni Paula et al. Mortalidade entre menores de um ano: análise dos casos após alta das maternidades. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 390-398, 2016.

Secretaria de Saúde (CE), Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde, Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal [Internet]. 2017.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, p. 75-83, 2002.

SILVA, Marly Bitencourt Gervásio Marton da; ZAGONEL, Ivete Sanson; LACERDA, Maria Ribeiro. A enfermagem na triagem neonatal. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 25, n. 2, p. 155-161, 2003.

SHIMIZU, Helena Eri; FRAGELLI, Thais Branquinho Oliveira. Competências profissionais essenciais para o trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Biblioteca Universitária. **Guia de normalização de trabalhos acadêmicos da Universidade Federal do Ceará**. Fortaleza, 2013.

VIEIRA, Daniele de Souza et al. Registro de ações para prevenção de morbidade infantil na caderneta de saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2305-2313, 2016.

APÊNDICE A – FORMULÁRIA DE COLETA DE DADOS

| Eixo | Indicador | Escala/escore |
|--|---|-----------------|
| | MÓDULO I – Estrutura da unidade de saúde | |
| I -Equipamentos e Materiais disponíveis | Aparelho de pressão infantil | SIM/NÃO |
| | Balança infantil | SIM/NÃO |
| | Régua antropométrica | SIM/NÃO |
| | Estetoscópio adulto | SIM/NÃO |
| | Estetoscópio infantil | SIM/NÃO |
| Material impresso para Atenção à Saúde | Cartão de vacinação (Sempre Disponível) | SIM/NÃO |
| | Caderneta de saúde da criança | SIM/NÃO |
| Imunobiológicos na unidade de saúde | BCG-ID | SIM/NÃO |
| | Influenza sazonal | SIM/NÃO |
| | Hepatite B | SIM/NÃO |
| | Meningocócica C | SIM/NÃO |
| | Pneumocócica 10 | SIM/NÃO |
| | Tríplice Viral | SIM/NÃO |
| | Tríplice Bacteriana | SIM/NÃO |
| | Pentavalente | SIM/NÃO |
| Rotavírus | SIM/NÃO | |
| Medicamentos componentes da Farmácia Básica | Sais de reidratação oral | SIM/NÃO |
| | Sulfato ferroso | SIM/NÃO |
| | MÓDULO II – ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE | |
| Tipo de Equipe | ESB | Número absoluto |
| | ESF | Número absoluto |
| Profissão do Entrevistado | Médico | Número absoluto |
| | Enfermeiro | Número absoluto |
| | Outro profissional | Número absoluto |
| Ações organizadas na agenda dos profissionais(.) | Visita domiciliar | SIM/NÃO |
| | Grupos de Educação em Saúde | SIM/NÃO |
| | Atividades comunitárias | SIM/NÃO |
| | Consultas para cuidado continuado | SIM/NÃO |
| | Acolhimento à demanda espontânea | SIM/NÃO |
| | Nenhuma das anteriores | SIM/NÃO |
| A equipe realiza | Pré-natal | SIM/NÃO |

| | | |
|--|--|---------|
| busca ativa das seguintes situações: | Crianças de até dois 2 anos | SIM/NÃO |
| | Prematuras | SIM/NÃO |
| | Com baixo peso | SIM/NÃO |
| | Com consulta de puericultura atrasada | SIM/NÃO |
| | Com calendário vacinal atrasado | SIM/NÃO |
| No acompanhamento das crianças do território, há registros sobre: | Vacinação em dia da criança | SIM/NÃO |
| | Crescimento e desenvolvimento | SIM/NÃO |
| | Estado nutricional | SIM/NÃO |
| | Teste do pezinho | SIM/NÃO |
| | Violência familiar | SIM/NÃO |
| | Acidentes | SIM/NÃO |
| | Outro(s) | SIM/NÃO |
| Procedimentos adotados pela EqSF na Atenção à Saúde da Criança | Possui o registro do seu território de todas as gestantes | SIM/NÃO |
| | Possui o registro do seu território das crianças de até dois 2 anos | SIM/NÃO |
| | Oferta ações para gestantes | SIM/NÃO |
| | Oferta ações para crianças de até 2 anos | SIM/NÃO |
| | Oferta de consultas de pré-natal | SIM/NÃO |
| | Oferta de consultas para crianças de até 2 anos | SIM/NÃO |
| | Utiliza protocolos para estratificação de risco para pré-natal | SIM/NÃO |
| | Utiliza protocolos para estratificação de risco para crianças de até 2 anos | SIM/NÃO |
| | Programa a agenda de acordo com o risco classificado para gestantes | SIM/NÃO |
| | Programa a agenda de acordo com o risco classificado para crianças de até 2 anos | SIM/NÃO |
| | Realiza de consulta de puericultura nas crianças de até dois 2 anos | SIM/NÃO |
| | Utiliza a caderneta de saúde da criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento | SIM/NÃO |
| | Possui espelho das cadernetas de saúde da criança | SIM/NÃO |
| | Realiza de ações de Vigilância Alimentar e Nutricional | SIM/NÃO |
| | Avalia e monitora índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável | SIM/NÃO |
| Oferece de ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para gestantes e puérperas | SIM/NÃO | |
| | MÓDULO III – Entrevista com o usuário | |

| | | |
|---|--|--|
| III Acompanhamento da crescimento e desenvolvimento da criança | Depois que a criança nasceu, a equipe fez uma consulta até sete dias de vida (primeira semana)? | 1=Sim 0=Não 0=Não sabe/Não Lembra/Não respondeu |
| | Na consulta feita na primeira semana, a senhora lembra se | A criança foi pesada A criança foi medida Foi colocada para mamar Teve o umbigo examinado |
| | Foi perguntando se a criança tinha certidão de nascimento? | 1=Sim 0=Não 0=Não sabe/Não Lembra/Não respondeu |
| | Foi conversado sobre a melhor posição para a criança dormir? | 1=Sim 0=Não 0=Não sabe/Não Lembra/Não respondeu |
| | Foi realizado teste do pezinho na criança? | 1=Sim 0=Não 0=Não sabe/Não Lembra/Não respondeu |
| | O teste do pezinho foi realizado até os sete dias de vida (na primeira semana depois de a criança nascer)? | 1=Sim 0=Não 0=Não sabe/Não Lembra/Não respondeu |
| | A senhora recebeu a caderneta de saúde da criança? | 1=Sim 0=Não 0=Não sabe/Não Lembra/Não respondeu |
| | A criança já fez alguma vacina? | 1=Sim 0=Não 0=Não sabe/Não Lembra/Não respondeu |
| | A criança está com as vacinas em dia? | 1=Sim 0=Não 0=Não sabe/Não Lembra/Não respondeu |
| | Nas consultas, foi explicado sobre o desenvolvimento da criança de acordo com a idade? | 1=Sim 0=Não 0=Não sabe/Não Lembra/Não respondeu |
| | Quantas consultas a criança fez até agora? | 1=Consultas 0=Não fez nenhuma consulta Não sabe/Não Lembra/Não respondeu |
| | A criança sempre foi consultada pelos mesmos profissionais da equipe de saúde? | 1=Sim 0=Não 0=Não sabe/Não Lembra/Não respondeu |
| | 17.14 Após a consulta de acompanhamento, a criança já saiu com a próxima marcada? | Sim, sempre Sim, algumas vezes Não |
| III Amamentação/ alimentação da criança | A criança mama ou mamou no peito? | Mamou até (meses) Mama Nunca mamou Não sabe/Não Lembra/Não respondeu |
| | A senhora recebeu orientação sobre alimentação da criança até dois 2 anos? | 1=Sim 0=Não 0=Não sabe/Não |

| | | |
|------------------------------------|---|--|
| | | Lembra/Não respondeu |
| III. Problemas de saúde da criança | A criança teve algum problema ou urgência nos últimos seis meses que precisou de atendimento? (ex.: sentiu-se mal, dor) | 1=Sim 0=Não 0=Não sabe/Não Lembra/Não respondeu |
| | A senhora conseguia atendimento nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada? | 1= Sempre/Na maioria das vezes 0= Quase nunca/Nunca |
| | 19.5 Quanto tempo esperou para seu filho ser atendido? | Minutos |

**APÊNDICE B - CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO CEARÁ
PARTICIPANTES DO PMAQ-AB (CICLO 2013/2014) CONFORME PORTE
POPULACIONAL, ESTRATOS DE COBERTURA PELA ESF E ESTRATOS DE
CERTIFICAÇÃO DO PMAQ-AB.**

| UF | Nome do município | População estimada (IBGE, 2013) | Classificação porte pop. | Proporção de cobertura pop. pela ESF | Classificação estratos de cobertura pela ESF | Classificação quanto ao estrato de certificação do PMAQ |
|----|-------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---|---|---|
| CE | Abaíara | 11.089 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Acarape | 16.011 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Acaraú | 60.137 | 3 | 99,66 | 3 | 4 |
| CE | Acopiara | 52.661 | 3 | 79,97 | 3 | 4 |
| CE | Alcântaras | 11.171 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Altaneira | 7.196 | 1 | 100 | 3 | 1 |
| CE | Alto Santo | 16.767 | 1 | 83,61 | 3 | 2 |
| CE | Amontada | 41.227 | 2 | 77,1 | 3 | 3 |
| CE | Antonina do Norte | 7.172 | 1 | 100 | 3 | 1 |
| CE | Apuiarés | 14.397 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Aquiraz | 76.186 | 3 | 78,76 | 3 | 4 |
| CE | Aracati | 71.749 | 3 | 73,55 | 3 | 4 |
| CE | Aracoiaba | 25.988 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Ararendá | 10.723 | 1 | 65,32 | 2 | 2 |
| CE | Araripe | 21.170 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Aratuba | 11.482 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Arneiroz | 7.766 | 1 | 90 | 3 | 1 |
| CE | Assaré | 22.988 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Aurora | 24.716 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Baixio | 6.165 | 1 | 100 | 3 | 1 |
| CE | Banabuiú | 17.775 | 1 | 98,64 | 3 | 2 |
| CE | Barbalha | 57.818 | 3 | 100 | 3 | 4 |
| CE | Barreira | 20.371 | 2 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Barro | 22.104 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Barroquinha | 14.771 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Baturité | 34.512 | 2 | 91,69 | 3 | 3 |
| CE | Beberibe | 51.442 | 3 | 89,05 | 3 | 3 |
| CE | Bela Cruz | 31.804 | 2 | 77,26 | 3 | 3 |
| CE | Boa Viagem | 53.608 | 3 | 52,24 | 2 | 4 |
| CE | Brejo Santo | 47.218 | 2 | 100 | 3 | 3 |

| | | | | | | |
|----|------------------------------|-----------|---|-------|---|---|
| CE | Camocim | 61.918 | 3 | 68,01 | 2 | 4 |
| CE | Campos Sales | 27.030 | 2 | 90,63 | 3 | 3 |
| CE | Canindé | 76.439 | 3 | 77,98 | 3 | 4 |
| CE | Capistrano | 17.470 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Caridade | 21.236 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Caririaçu | 26.821 | 2 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Cariús | 18.815 | 1 | 92,81 | 3 | 2 |
| CE | Carnaubal | 17.282 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Cascavel | 68.926 | 3 | 81,77 | 3 | 4 |
| CE | Catarina | 19.676 | 1 | 89,71 | 3 | 2 |
| CE | Catunda | 10.218 | 1 | 68,64 | 2 | 1 |
| CE | Caucaia | 344.936 | 4 | 71,86 | 3 | 5 |
| CE | Cedro | 24.958 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Chaval | 12.865 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Choró | 13.195 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Chorozinho | 19.187 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Crateús | 74.103 | 3 | 56,63 | 2 | 3 |
| CE | Crato | 126.591 | 4 | 91,84 | 3 | 5 |
| CE | Cruz | 23.344 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Deputado Irapuan Pinheiro | 9.360 | 1 | 100 | 3 | 1 |
| CE | Ererê | 7.041 | 1 | 100 | 3 | 1 |
| CE | Eusébio | 49.455 | 2 | 100 | 3 | 4 |
| CE | Farias Brito | 19.015 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Forquilha | 22.998 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Fortaleza | 2.551.805 | 4 | 37,95 | 1 | 6 |
| CE | Fortim | 15.603 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Frecheirinha | 13.402 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | General Sampaio | 6.591 | 1 | 100 | 3 | 1 |
| CE | Granja | 53.435 | 3 | 26,27 | 1 | 4 |
| CE | Granjeiro | 4.569 | 1 | 100 | 3 | 1 |
| CE | Groaíras | 10.668 | 1 | 99,09 | 3 | 2 |
| CE | Guaiúba | 25.310 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Guaraciaba do Norte | 38.832 | 2 | 72,27 | 3 | 3 |
| CE | Guaramiranga | 3.909 | 1 | 100 | 3 | 1 |
| CE | Hidrolândia | 19.882 | 1 | 70,6 | 3 | 2 |
| CE | Horizonte | 60.584 | 3 | 100 | 3 | 4 |
| CE | Ibaretama | 13.155 | 1 | 100 | 3 | 2 |

| | | | | | | |
|----|------------------------|---------|---|-------|---|---|
| CE | Ibiapina | 24.458 | 2 | 86,04 | 3 | 3 |
| CE | Ibicuitinga | 11.890 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Icapuí | 19.129 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Icó | 66.885 | 3 | 78,53 | 3 | 4 |
| CE | Iguatu | 100.053 | 4 | 87,89 | 3 | 4 |
| CE | Independência | 25.946 | 2 | 94,26 | 3 | 3 |
| CE | Ipauimirim | 12.256 | 1 | 85,68 | 3 | 2 |
| CE | Ipu | 41.190 | 2 | 85,02 | 3 | 3 |
| CE | Ipueiras | 38.159 | 2 | 45,69 | 1 | 3 |
| CE | Iracema | 14.011 | 1 | 99,94 | 3 | 2 |
| CE | Irauçuba | 23.202 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Itaiçaba | 7.567 | 1 | 93,71 | 3 | 1 |
| CE | Itaitinga | 37.705 | 2 | 93,71 | 3 | 3 |
| CE | Itapagé | 50.211 | 3 | 98,31 | 3 | 3 |
| CE | Itapipoca | 122.220 | 4 | 72,28 | 3 | 5 |
| CE | Itarema | 39.494 | 2 | 89,5 | 3 | 3 |
| CE | Itatira | 19.861 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Jaguaretama | 18.040 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Jaguaribara | 10.892 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Jaguaribe | 34.683 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Jaguaruana | 33.174 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Jardim | 27.067 | 2 | 38,72 | 1 | 3 |
| CE | Jati | 7.764 | 1 | 100 | 3 | 1 |
| CE | Jijoca de Jericoacoara | 18.292 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Juazeiro do Norte | 261.289 | 4 | 76,92 | 3 | 5 |
| CE | Jucás | 24.351 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Lavras da Mangabeira | 31.435 | 2 | 88,82 | 3 | 3 |
| CE | Limoeiro do Norte | 57.372 | 3 | 91,99 | 3 | 4 |
| CE | Madalena | 19.017 | 2 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Maracanaú | 217.922 | 4 | 85,68 | 3 | 5 |
| CE | Maranguape | 120.405 | 4 | 70,58 | 3 | 5 |
| CE | Marco | 25.944 | 2 | 68,05 | 2 | 3 |
| CE | Martinópolis | 10.693 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Massapê | 36.854 | 2 | 95,73 | 3 | 3 |
| CE | Mauriti | 45.640 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Meruoca | 14.377 | 1 | 98,23 | 3 | 2 |
| CE | Milagres | 28.487 | 2 | 100 | 3 | 3 |

| | | | | | | |
|----|------------------|--------|---|-------|---|---|
| CE | Miraíma | 13.259 | 1 | 79,56 | 3 | 2 |
| CE | Missão Velha | 35.056 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Mombaça | 43.493 | 2 | 72,39 | 3 | 3 |
| CE | Monsenhor Tabosa | 16.984 | 1 | 41,17 | 1 | 2 |
| CE | Morada Nova | 62.287 | 3 | 72,68 | 3 | 4 |
| CE | Moraújo | 8.393 | 1 | 100 | 3 | 1 |
| CE | Morrinhos | 21.561 | 2 | 32,67 | 1 | 3 |
| CE | Mulungu | 12.196 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Nova Olinda | 14.908 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Nova Russas | 31.692 | 2 | 88,43 | 3 | 3 |
| CE | Novo Oriente | 28.075 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Ocara | 24.829 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Orós | 21.503 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Pacajus | 66.510 | 3 | 74,86 | 3 | 4 |
| CE | Pacatuba | 77.723 | 3 | 77,77 | 3 | 4 |
| CE | Pacoti | 11.857 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Pacujá | 6.131 | 1 | 100 | 3 | 4 |
| CE | Palhano | 9.126 | 1 | 100 | 3 | 1 |
| CE | Palmácia | 12.624 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Paracuru | 32.919 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Paraipaba | 31.413 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Paramoti | 11.517 | 1 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Pedra Branca | 42.643 | 2 | 73,82 | 3 | 3 |
| CE | Penaforte | 8.666 | 1 | 100 | 3 | 1 |
| CE | Pentecoste | 36.442 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Pereiro | 16.063 | 1 | 65,35 | 2 | 2 |
| CE | Pindoretama | 19.733 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Piquet Carneiro | 16.169 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Pires Ferreira | 10.556 | 1 | 66,57 | 2 | 2 |
| CE | Poranga | 12.203 | 1 | 57,3 | 2 | 2 |
| CE | Porteiras | 15.108 | 1 | 92,18 | 3 | 2 |
| CE | Potengi | 10.651 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Potiretama | 6.278 | 1 | 100 | 3 | 1 |
| CE | Quiterianópolis | 20.505 | 2 | 68,46 | 2 | 2 |
| CE | Quixadá | 83.990 | 3 | 79,69 | 3 | 4 |
| CE | Quixelô | 15.046 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Quixeramobim | 75.565 | 3 | 88,81 | 3 | 4 |

| | | | | | | |
|----|-------------------------|---------|---|-------|---|---|
| CE | Quixeré | 21.241 | 2 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Redenção | 27.088 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Reriutaba | 19.281 | 1 | 53,97 | 2 | 2 |
| CE | Russas | 73.436 | 3 | 76,96 | 3 | 4 |
| CE | Salitre | 15.976 | 1 | 87,99 | 3 | 2 |
| CE | Santana do Acaraú | 31.133 | 2 | 90,46 | 3 | 3 |
| CE | Santana do Cariri | 17.445 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | São Benedito | 45.653 | 2 | 53,88 | 2 | 3 |
| CE | São Gonçalo do Amarante | 46.247 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | São João do Jaguaribe | 7.829 | 1 | 100 | 3 | 1 |
| CE | São Luís do Curu | 12.663 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Senador Pompeu | 26.656 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Sobral | 197.663 | 4 | 100 | 3 | 5 |
| CE | Solonópole | 18.025 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Tabuleiro do Norte | 30.018 | 2 | 100 | 3 | 3 |
| CE | Tamboril | 25.675 | 2 | 81,51 | 3 | 3 |
| CE | Tarrafas | 8.949 | 1 | 100 | 3 | 1 |
| CE | Tauá | 57.246 | 3 | 100 | 3 | 4 |
| CE | Tejuçuoca | 18.083 | 1 | 85,49 | 3 | 2 |
| CE | Tianguá | 72.110 | 3 | 68,48 | 2 | 4 |
| CE | Trairi | 53.561 | 3 | 100 | 3 | 4 |
| CE | Tururu | 15.224 | 1 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Ubajara | 33.205 | 2 | 84,93 | 3 | 3 |
| CE | Umari | 7.660 | 1 | 45,62 | 2 | 1 |
| CE | Umirim | 19.349 | 1 | 90,68 | 3 | 2 |
| CE | Uruburetama | 20.768 | 2 | 100 | 3 | 2 |
| CE | Uruoca | 13.348 | 1 | 79,03 | 3 | 2 |
| CE | Varjota | 18.024 | 1 | 97,21 | 3 | 2 |
| CE | Várzea Alegre | 39.651 | 2 | 97,43 | 3 | 3 |
| CE | Viçosa do Ceará | 57.719 | 3 | 36,71 | 1 | 4 |

Fontes: (1) IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS, 2013. (2) Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2013.

ANEXO

2014_FIOCruz_Mailson Fontes de Carvalho.pdf - Foxit Reader

ARQUIVO INICIAL COMENTAR EXIBIR FORMULÁRIO PROTEÇÃO COMPARTILHAR FOXIT CLOUD AJUDA

CEARÁ

UFRGS PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs

CARTA DE APROVAÇÃO

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

Número: 2194

Título: Avaliação da percepção pública no Brasil: estudos multidisciplinares integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários

Investigadores:

Equipe UFRGS:

ALONDO ANTONIO FERLA - coordenador desde 01/12/2011
 MARTA JULIA MARQUES LOPES - pesquisador desde 01/12/2011
 FERNANDO NEVES HUGO - pesquisador desde 01/12/2011
 TATIANA ENGEL GERHARDT - pesquisador desde 01/12/2011
 CRISTINE MARIA WARMUNG - pesquisador desde 01/12/2011
 ALVARO KNESTEDT - pesquisador desde 01/12/2011
 ROBERTA ALVARENA REIS - pesquisador desde 01/12/2011
 MIRIAM THAYS GUTERRES DIAS - pesquisador desde 01/12/2011
 LEANDRO BARBOSA DE PINHO - pesquisador desde 01/12/2011
 Ana Carolina de Silva Marques - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
 RAFAEL DALL'ALBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
 Mayra Yagari Borges de Azeite - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
 MARIA LUIZA FERREIRA DE BARBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
 IRANI JESUS BORGES DA SILVA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
 BASSIA BARBER BALLEJO CANTO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
 REGINA PEDROSSI - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011

Equipe Externa:

Mariana Bertol Lodi - pesquisador desde 01/12/2011
 Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - pesquisador desde 01/12/2011
 Adriana Pires Bublato - pesquisador desde 01/12/2011
 Vera Lúcia Rodrigues - pesquisador desde 01/12/2011
 Mays Lisiane de Moraes dos Santos - pesquisador desde 01/12/2011
 Regina Palmira Fico Barros - pesquisador desde 01/12/2011
 Fernando Pereira Ferraz - pesquisador desde 01/12/2011
 Alexandre de Souza Ramos - pesquisador desde 01/12/2011
 Alan Nuno Alves de Sousa - pesquisador desde 01/12/2011
 Luiz Augusto Facchini - coordenador desde 01/12/2011
 Eduardo Alves Neto - pesquisador desde 01/12/2011

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo, em reunião realizada em 01/02/2012 - Sala 01 de Reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Puro Alegre, Terra Preta, 13 de Março de 2012

Jose Antonio Gonçalves
 Jose Antonio Gonçalves
 CPG: 00138 80351-0168