

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

Audrien de Abreu Maciel

**Atenção à saúde da criança no Brasil: resultados a partir do Programa
Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**

Porto Alegre

2014

Audrien de Abreu Maciel

Atenção à saúde da criança no Brasil: resultados a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Trabalho de Conclusão de Curso II, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva pelo Curso de Graduação Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Barcellos Teixeira.

**Porto Alegre
2014**

Audrien de Abreu Maciel

Atenção à saúde da criança no Brasil: resultados a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Trabalho de Conclusão de Curso II, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva pelo Curso de Graduação Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2014

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Luciana Barcellos Teixeira
Orientadora

Prof(a). _____

Avaliador (a)

RESUMO

Este estudo objetivou descrever os resultados obtidos através da aplicação do instrumento de coleta de dados para avaliação externa, que compõe o Módulo III do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), no que se refere ao bloco de questões sobre a qualidade do atendimento à saúde da criança na Atenção Básica. Para tanto, conduziu-se um estudo ecológico, com amostra de composição nacional, que demonstrou que a qualificação da atenção à saúde da criança, bem como o acesso dessa população aos serviços de saúde, tem sido alcançados, sendo que 90,1% das crianças até 24 meses (objeto do estudo) nasceram em hospitais, 95% delas possuíam certidão de nascimento, 65,5% haviam realizado consulta durante os primeiros sete dias de vida, 94,7% haviam sido submetidas ao teste do pezinho e 99% delas já haviam sido vacinadas. Desigualdades regionais foram observadas nos vários quesitos avaliados, especialmente, em relação a certidão de nascimento, consulta na primeira semana de vida e local de ocorrência da consulta. Através deste trabalho de avaliação da qualidade, foi possível identificar falhas relacionadas a aspectos mais específicos da atenção à saúde da criança e especificidades regionais, que precisam ser consideradas para a melhoria da qualidade e acesso à Atenção Básica para todas as crianças brasileiras, além do incremento da resolutividade do Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to describe the results found through the application of the data collection instrument to external evaluation, that composes the third module of the Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, more specifically the block of questions about Child Health on Primary Health Care in Brazil. By this way, an ecological study was conducted with national range sampling, wich showed that Child Health in Brazil has been improved both in terms of quality and access: 90,1% of brazilian children (0-24 months) were born in hospitals, 95% have birth certificate, 65,5% have been submitted to health appointment on the first week after birth, 94,7% have been submitted to newborn screening and 99% have been imunized. However, regional iniquities on child health care were observed, specially about children who do not have birth certificate and have not been submitted to health appointment on the first week after birth. These and other misses on Child Health in Brazil, identified by this study, need to be given attention in order to develop strategies to all brazilian children to access Primary Health Care and improve resolubility of brazilian public health system.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

CEP/UFRGS – Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS

CO – Centro-Oeste

DAB – Departamento de Atenção Básica

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

N – Norte

NE – Nordeste

OMD – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PAISC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PIM – Programa Infância Melhor

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa Saúde da Família

S – Sul

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SE – Sudeste

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Características de saúde de crianças, coletadas durante realização do Módulo III do PMAQ-AB, em todo o Brasil, no ano de 2012.....18

TABELA 2 – Características de saúde de crianças, coletadas durante realização do Módulo III do PMAQ-AB, por regiões do Brasil, no ano de 2012.....20

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 METODOLOGIA.....	14
3 RESULTADOS	17
4 DISCUSSÃO	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB), seja através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou de suas demais modelagens, alcança, hoje, cobertura estimada de mais da metade da população brasileira, que, de acordo com o Censo 2010, compõe-se por 16.728.147 crianças (8,7% do total da população). A Saúde Integral da Criança é uma linha de cuidado prioritária no Brasil, tanto em nível federal, quanto estadual e municipal.

A população infantil ocupa lugar privilegiado no âmbito do planejamento de ações e serviços da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), tendo voltados para si recursos financeiros, humanos e intelectuais. A Atenção à Saúde da Criança desenvolveu-se ao longo dos últimos trinta anos, sendo potencializada após a Reforma Sanitária brasileira e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O resgate histórico sobre a atenção à saúde infantil no contexto da Saúde Pública, em nosso país, aponta para a recência desse enfoque sobre o processo saúde-doença como política pública. Apesar de as primeiras medidas sanitárias no Brasil terem sido tomadas no início do século XX, foi somente na década de 1980 que se iniciou, no Brasil, a primeira ação coordenada entre governo federal, Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, baseada nas condições sanitárias e epidemiológicas da população infantil, tendo como um de seus resultados a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), partindo daí a premissa sustentada até hoje de que o sistema de saúde deve ser capaz de resolver, a partir da unidade básica, os problemas de saúde mais prevalentes entre crianças (FIGUEIREDO E MELLO, 2003).

O PAISC desenvolveu cinco ações básicas como resposta aos agravos de maior impacto para a morbimortalidade de crianças menores de cinco anos: Aleitamento Materno e Orientação Alimentar para o Desmame, Controle da Diarreia, Controle das Doenças Respiratórias na Infância, Imunização e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento (BRASIL, 1984). Essa última ação foi

considerada eixo integrador para todas as outras, pois sistematizou os retornos da criança, desde recém-nascida até a adolescência, ao serviço de saúde.

Entretanto, foi a partir de 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), que a saúde da criança viu sua égide, quando as doenças mais prevalentes nessa população ainda caracterizavam-se pelo pertencimento ao binômio desnutrição-infecção, de estrutura complexa, composta por múltiplos fatores determinantes considerados modificáveis (BRASIL, 2006; FIGUEIREDO E MELLO, 2007).

Em 1996, o Ministério da Saúde adotou a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) no interior do PSF, sendo essa uma proposição da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Seus objetivos consistiam em: redução da mortalidade infantil, diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas, especialmente parasitoses intestinais, tuberculoses, sarampo, pneumonia, diarreia, malária, meningites e distúrbios nutricionais, garantia de qualidade na atenção à saúde da criança, fortalecimento da promoção da saúde e de ações preventivas na infância (BRASIL, 2002a).

No ano 2000, foi assumido o compromisso, pelos países que fazem parte da Organização das Nações Unidas (ONU), de alcançar os chamados Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (OMD), do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), até 2015, dentre eles constando a redução, em dois terços, da mortalidade de crianças menores de cinco anos. Essa agenda foi responsável por influenciar as políticas brasileiras de atenção à saúde da criança para os anos subsequentes (ONU, 2014).

Nesse contexto, foi lançado em 2002 pelo Ministério da Saúde, o Caderno de Atenção Básica – Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, que dialogava com as recomendações da AIDPI, garantindo a saúde como direito da população e dever do Estado e integrando as ações no campo da saúde da criança ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2002b).

Posteriormente, no ano de 2004, foi lançada pelo Ministério da Saúde a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que destinou à saúde infantil um lugar entre as ações essenciais

do Ministério da Saúde e apontou a mortalidade infantil como grande desafio ao país, em concordância com a agenda do PNUD. É possível notar a evolução dos princípios norteadores da política de saúde da criança, no Brasil, ao identificarmos os destaques desse documento: planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais, acesso universal, acolhimento, responsabilização, assistência integral, assistência resolutive, equidade, atuação em equipe, desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde, participação da família, controle social na gestão local e avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada (BRASIL, 2004).

O Programa Saúde na Escola (PSE) é mais um exemplo de ação, no âmbito das políticas públicas, voltada à atenção à saúde da criança, visando o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento dos escolares brasileiros. Instituído em 2007, através do Decreto Presidencial nº 6.286, e desenvolvido por meio de parceria entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, baseia-se na premissa de que a escola é um espaço de relações, considerando sua potencialidade enquanto palco da produção social da saúde entre crianças e adolescentes estudantes, bem como entre adultos trabalhadores, pais, mães e demais responsáveis.

A escola é considerada um espaço privilegiado para práticas de promoção e prevenção da saúde, tendo essa característica potencializada ao articular-se à unidade de saúde local. Dessa forma, o programa desenvolve-se na dependência de fluxos de relações e intercâmbio de conhecimentos entre as Equipes de Saúde da Família e as escolas locais, tendo como objetivo geral o desenvolvimento pleno de crianças, adolescentes, jovens e adultos frequentadores da educação pública brasileira (BRASIL, 2011c).

Scorel *et al.* (2007) afirmam que as principais responsabilidades da AB no Brasil reúnem-se em sete grupos de ações: saúde da criança, saúde da mulher, controle da hipertensão, controle do diabetes, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase e saúde bucal. Além disso, comentam em seu estudo, que de 83% a 99% das Equipes de Saúde da Família afirmaram estabelecer prioridade para atendimento das populações cadastradas, priorizando, em primeiro lugar, o controle da hipertensão (82% a 100%), em segundo lugar a saúde da criança (66% a 100%) e em terceiro lugar as ações de pré-natal (83% a 97%).

A Rede Cegonha, instituída pela Portaria GM/MS 1.459, de 24 de junho de 2011, constitui-se por um pacote de ações com o objetivo de garantir a qualidade do atendimento e sua humanização para todas as brasileiras. Abrange ações e serviços que vão desde o planejamento familiar, passando pela gravidez, pré-natal, parto, puerpério, estendendo sua abrangência pelos primeiros vinte e quatro meses de vida do bebê, através da perspectiva da atenção integral à saúde da criança (BRASIL, 2013a).

Com foco inicial na mãe, as ações da Rede Cegonha acompanham a tendência dos estudos epidemiológicos da área materno-infantil, que frequentemente tem se debruçado sobre problemas de saúde perinatal e neonatal, indicando relações entre o processo saúde-doença infantil e as condições de saneamento, nutrição, renda, assistência médica, entre outros fatores determinantes e condicionantes da saúde materna (FIGUEIREDO E MELLO, 2007).

Cabe citar o exemplo do Rio Grande do Sul, onde a implantação da Rede Cegonha deu-se somada ao já existente Programa Primeira Infância Melhor (PIM), estendendo a cobertura para crianças até seis anos de idade, e desenvolvendo-se através de ações conjuntas com a Política Estadual de Saúde da Mulher e Saúde da Criança.

O PIM foi instituído por meio da Lei Estadual nº 12.544, de 03 de julho de 2006 e tem por objetivo orientar famílias em situação de vulnerabilidade social, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças, a partir de sua cultura e experiências próprias. As ações são desenvolvidas através da rede local de AB, com a utilização de atividades lúdicas para promoção de habilidades e competências das crianças, sendo realizadas visitas semanais, por visitantes domiciliares, às casas e/ou demais espaços comunitários (SCHNEIDER, 2007).

Tais iniciativas demonstram, a partir de seu resgate histórico, a consolidação da saúde da criança como tema prioritário para o SUS, configurando-se como um dos principais focos das ações e serviços da AB, principalmente após a municipalização do SUS. Igualmente, a AB desenvolve ações relacionadas a demais temas prioritários, descritos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Com o objetivo de qualificar a AB, o DAB lançou, em 2011, o conjunto de iniciativas Saúde Mais Perto de Você, que engloba a ESF, os programas Brasil Sorridente, Melhor em Casa, Saúde na Escola (PSE), Programa de Requalificação das Unidades Básicas

de Saúde, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), Programa Telessaúde Brasil Redes, Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Equipes de Consultórios na Rua, Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família, entre outros.

O PMAQ-AB foi criado pela Portaria 1.654 do Ministério da Saúde, publicada em 19 de julho de 2011, sendo pioneiro na vinculação do repasse de recursos às equipes de AB à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade com foco nos usuários do SUS. Organizado em quatro fases ou módulos, a saber: Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização, o PMAQ-AB contribui para a valorização e a definição do papel da AB no conjunto da rede de atenção à saúde.

O Módulo III do PMAQ-AB, ao consistir em uma ação de Avaliação Externa dos serviços prestados à população pelas Equipes de Saúde da Família, inclui em seu instrumento de coleta de dados um bloco específico de perguntas relacionadas à saúde da criança, acompanhando o estabelecido ao longo de trinta anos no âmbito da Saúde Pública no país. O objetivo do presente estudo consiste em descrever algumas variáveis relacionadas à qualidade do atendimento à saúde da criança na AB em cada uma das cinco regiões brasileiras do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Norte (N), Nordeste (NE), Sudeste (SE), Sul (S) e Centro-Oeste (CO), a partir dos estabelecimentos de saúde dessas regiões que participaram do primeiro ciclo do PMAQ-AB.

2 METODOLOGIA

Este é um estudo epidemiológico observacional descritivo do tipo ecológico, cuja população consiste no grande grupo de usuários cadastrados pelas equipes de saúde da AB em todo o país, no ano de 2012. Por sua vez, a amostra é formada pelos usuários e usuárias cadastrados pelas equipes de saúde aderentes ao PMAQ-AB e respondentes do questionário aplicado durante o Módulo III – Avaliação Externa – do programa, mais precisamente aqueles que responderam às perguntas relacionadas no bloco “III.14 Saúde da criança”, que contabilizam 8.774 indivíduos.

Os dados presentes nesse estudo são resultado de aplicação de questionário de Avaliação Externa, durante o ano de 2012, com o objetivo de verificar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de atenção básica participantes do PMAQ, em parceria com diversos municípios brasileiros, nas cinco regiões do país. Essa experiência, realizada em nível nacional na AB, contemplou, em seu primeiro ano de implantação, 17.669 equipes de saúde.

A terceira fase de realização do PMAQ-AB compôs-se por três momentos distintos: I – Observação na Unidade de Saúde; II – Entrevista com Profissional da Equipe de AB e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde; e III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário (BRASIL, 2013b). Esse último possui um bloco de perguntas relacionadas à saúde da criança, composto por trinta e uma seções de perguntas, dentre as quais foram escolhidas doze questões a serem estudadas, a saber:

- a. Qual a idade da criança?
- b. Qual o local em que a criança nasceu?
- c. A criança tem certidão de nascimento?
- d. Depois que a criança nasceu, a equipe fez uma consulta até sete dias de vida (primeira semana)?
- e. Qual foi o lugar em que foi feita a consulta até sete dias da criança?
- f. Na consulta feita na primeira semana, a senhora lembra se: A criança foi pesada (Sim/Não); A criança foi medida (Sim/Não); Foi colocada para mamar (Sim/Não); Teve o umbigo examinado (Sim/Não); Foi perguntado se a criança

- tinha certidão de nascimento (Sim/Não).
- g. Foi realizado teste do pezinho na criança?
 - h. O teste do pezinho foi realizado até os sete dias de vida (na primeira semana depois de a criança nascer)?
 - i. A criança já fez alguma vacina?
 - j. A criança mama ou mamou no peito?
 - k. A criança teve algum problema ou urgência nos últimos seis meses que precisou de atendimento? (ex.: sentiu-se mal, dor)
 - l. Onde a senhora procurava atendimento para seu filho?

O questionário citado foi aplicado *in loco* a cinco usuários de cada estabelecimento de saúde cujas equipes eram participantes do PMAQ-AB. A aplicação foi realizada por pesquisadores de campo vinculados à Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, associada ao DAB (ABRASCO, 2014), através da utilização de dispositivo eletrônico do tipo *tablet*.

Foram entrevistados usuários que, na ocasião, não haviam 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. Os critérios de exclusão consistiam em indivíduos que realizavam sua primeira visita ao estabelecimento de saúde ou já a frequentavam por período superior a doze meses.

Os dados foram tabulados utilizando-se o software Excel® e transportados para o software SPSS®, para realização de análise estatística. Foi produzida tabela para sistematização e auxílio à interpretação dos dados referentes a cada variável.

As variáveis categóricas ou nominais foram submetidas a análise bruta (número absoluto e porcentagem) e as variáveis quantitativas foram avaliadas para verificação de distribuição através da curva de Gauss (distribuição normal), utilizando-se média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica, conforme a distribuição encontrada. Os dados são apresentados para todo o país e, posteriormente, pelas cinco regiões brasileiras.

O PMAQ-AB é uma iniciativa do Ministério da Saúde que se presta à gestão, avaliação e planejamento em saúde, e também possui finalidade secundária acadêmica. Os dados gerados durante sua implantação, desenvolvimento, monitoramento e avaliação encontram-se disponíveis ao acesso de docentes

vinculados às universidades participantes de sua execução, ligadas à Rede de Pesquisa em Atenção Primária em Saúde.

A utilização desses dados em meio acadêmico depende do preenchimento de termo de referência e de seu envio à Coordenação do PMAQ-AB, responsável por disponibilizar o acesso aos dados do Módulo III para realização do presente estudo.

O conteúdo do Módulo III 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, 2013b). Além disso, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (número de aprovação CEP UFRGS: 21904) projeto de pesquisa de maior amplitude, que dá acesso a dados do PMAQ-AB para fins de pesquisa, intitulado “Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários”.

Tanto para esse estudo de maior amplitude, quanto para estudos derivados, 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.

3 RESULTADOS

Dentre o total de 65.391 entrevistas realizadas durante o Módulo III do PMAQ-AB, no ano de 2012, 8.774 indivíduos responderam ao bloco de perguntas sobre saúde da criança, que tinha como foco crianças até 24 meses de idade.

A Tabela 1 apresenta os resultados encontrados no Brasil para cada uma das doze questões eleitas para realização desse estudo. Na seção de “Identificação da criança” foi verificado que a média de idade das crianças, em meses, era de $10,28 \pm 7,45$, com 255 crianças que não haviam completado ainda o primeiro mês de vida (dados não apresentados em tabela). Ainda nessa seção, quanto ao local de nascimento, mais de metade da amostra nasceu em hospital do município de residência (56,5%), outra grande parcela nasceu em hospital de município vizinho (33,6%) e o restante nasceu em casas de parto do município de residência (2,9%), casas de parto de outros municípios (1,9%), ou na própria casa da família (0,3%). Já quanto à obtenção de certidão de nascimento, houve representatividade nas respostas afirmativas a essa questão, sendo que 96,6% da amostra possuía esse documento na ocasião da aplicação do questionário.

Na seção de “Acompanhamento e desenvolvimento da criança”, em resposta a questões relativas à atenção à saúde de recém-nascidos, 65,5% da amostra foram submetidos a consulta, pela equipe de saúde, até sete dias de vida, sendo essa consulta realizada no próprio domicílio (42%), em outra UBS (34,1%), em clínica particular (2,8%) e em hospital particular (2,6%). Durante a consulta, 88,3% dos recém-nascidos foram pesados, 88,3% foram medidos, 71,5% foram colocados para mamar, 88,9% tiveram seus umbigos examinados e foi questionado a 71,8% das mães, pais ou responsáveis se a criança possuía certidão de nascimento. Mantendo-se o foco na atenção à saúde de recém-nascidos, grande parte da amostra realizou teste do pezinho (94,7%) e, em 86,3% dos casos de realização do teste, essa ocorreu durante a primeira semana de vida. Encerrando as questões escolhidas, quase totalidade das crianças já havia sido vacinada, pelo menos uma vez, na ocasião da entrevista (98,8%).

Com relação ao aleitamento materno, na seção de “Amamentação/alimentação da criança”, os dados coletados indicam que, ao menos 32% das crianças foram

amamentadas, sendo que 19,2% mamaram de zero a seis meses, 8,4% mamaram dos sete aos doze meses, 2,9% mamaram dos treze aos dezoito meses e 0,3% mamaram dos dezenove aos vinte e quatro meses. Contudo, 68% dos respondentes não sabiam ou não recordavam se a criança havia sido amamentada.

A última seção do bloco, “Problemas de saúde da criança”, teve duas questões selecionadas para esse estudo. No que se refere à ocorrência de urgências em saúde durante os últimos seis meses anteriores à aplicação do questionário, 31,6% das crianças apresentaram problemas com necessidade de pronto-atendimento. Quanto ao local onde mães, pais ou responsáveis buscaram esse atendimento, em 45,9% dos casos foi procurada a UBS de referência, em 24,2% dos casos, um hospital público e em 8% dos casos, outra UBS. Os demais atendimentos de urgência dividiram-se entre pronto-atendimentos 24h, prontos-socorros 24h e policlínicas (10%), hospitais, clínicas e consultórios particulares (6,5%).

A Tabela 2 apresenta a descrição das variáveis escolhidas para este estudo por regiões brasileiras. Observa-se que existe grande variabilidade quanto ao local de nascimento, sendo o local casa de parto, mais utilizado no Norte e Nordeste. A realização da consulta na primeira semana de vida foi menos frequente no Norte (47,5%). O domicílio foi o local mais frequente de ocorrência da primeira consulta somente para a região Nordeste (65,2%). Também foi observada variabilidade entre as regiões, quanto aos procedimentos da primeira consulta. Nas regiões Sul e Centro-Oeste, o aleitamento materno foi observado com menor frequência durante a primeira consulta, respectivamente em 62,1% e 61,1% das entrevistadas. A realização do teste do pezinho na primeira semana de vida foi menos frequente na região Nordeste (74%).

TABELA 1 – Características de saúde de crianças, coletadas durante realização do Módulo III do PMAQ-AB, em todo o Brasil, no ano de 2012.

Variável	N (%)*
Idade (Meses)	10,28 ± 7,45
Local de nascimento	
Hospital do município	4.915 (56,5%)
Hospital de outro município	2.917 (33,6%)
Casa de parto do município	255 (2,9%)
Casa de parto de outro município	169 (1,9%)
Em casa	28 (0,3%)
Outros	410 (4,7%)
Certidão de nascimento	
Sim	8.417 (96,6%)
Não	292 (3,4%)
Consultou na primeira semana de vida	
Sim	5.636 (65,5%)
Não	2.972 (34,5%)
Local da consulta	
Em casa	2.364 (42%)
Em outra UBS	1.920 (34,1%)
Clínica/consultório particular	157 (2,8%)
Hospital particular	149 (2,6%)
Outros	1043 (18,5%)
Durante a consulta a criança	
<i>Foi pesada</i>	
Sim	4.978 (88,3%)
Não	657 (11,7%)
<i>Foi medida</i>	
Sim	4.975 (88,3%)
Não	660 (11,7%)
<i>Foi colocada para mamar</i>	
Sim	4.028 (71,5%)
Não	1.607 (28,5%)
<i>Teve o umbigo examinado</i>	
Sim	5.011 (88,9%)
Não	624 (11,1%)
<i>Foi perguntado se ela tinha certidão de nascimento</i>	
Sim	4.048 (71,8%)
Não	1.587 (28,2%)
Teste do pezinho	
Sim	8.213 (94,7%)
Não	460 (5,3%)
Teste do pezinho na primeira semana de vida	
Sim	7.061 (86,3%)
Não	1.122 (13,7%)
Realizou alguma vacina	
Sim	8.581 (98,8%)
Não	107 (1,2%)
Mama ou mamou no peito	
De 0 a 06 meses	1.688 (19,2%)
De 07 a 12 meses	741 (8,4%)
De 13 a 18 meses	255 (2,9%)
De 19 a 24 meses	86 (1,0%)
Nunca mamou	27 (0,3%)
Não sabe/não lembra	5.960 (68%)
Urgência com necessidade de atendimento nos últimos 06 meses	
Sim	2.736 (31,6%)
Não	5.935 (68,4%)

Local de busca de atendimento de urgência	
UBS de referência	1.238 (45,9%)
Outra UBS	216 (8%)
Hospital público	733 (24,2%)
Hospital particular	102 (3,8%)
Clinica/consultório particular	74 (2,7%)
Pronto-atendimento 24 horas	138 (5,1%)
Pronto-socorro 24 horas	114 (4,2%)
Policlínica	20 (0,7%)
Outros	63 (2,3%)

Fonte: a autora (2014).

* Dados expressos em números absolutos e percentuais ou média \pm desvio-padrão.

TABELA 2 – Características de saúde de crianças, coletadas durante realização do Módulo III do PMAQ-AB, por regiões do Brasil, no ano de 2012.

Variável	S	SE	CO	N	NE	Total (%)*
Local de nascimento						
Hospital do município	529 (64,4%)	2.505 (61,1%)	511 (64%)	294 (60,0%)	1.076 (43,3%)	4.915 (56,5%)
Hospital de outro município	248 (30,2%)	1.232 (30,1%)	212 (26,6%)	138 (28,2%)	1.087 (43,7%)	2.917 (33,6%)
Casa de parto do município	10 (1,2%)	101 (2,5%)	17 (2,1%)	21 (4,3%)	106 (4,3%)	255 (2,9%)
Casa de parto de outro município	4 (0,5%)	53 (1,3%)	6 (0,8%)	6 (1,2%)	100 (4,0%)	169 (1,9%)
Em casa	1 (0,1%)	8 (0,2%)	0	12 (2,4%)	7 (0,3%)	28 (0,3%)
Outros	30 (3,6%)	198 (4,8%)	52 (6,5%)	19 (3,9%)	111 (4,5%)	410 (4,7%)
Certidão de nascimento						
Sim	804 (97,6%)	4.021 (98,1%)	762 (94,7%)	441 (89,6%)	2.389 (93,0%)	8.417 (96,6%)
Não	20 (2,4%)	78 (1,9%)	43 (5,3%)	51 (10,4%)	100 (4,0%)	292 (3,4%)
Consultou na primeira semana de vida						
Sim	586 (71,6%)	2.897 (71,3%)	437 (55,5%)	232 (47,5%)	1.484 (60,5%)	5.636 (65,5%)
Não	232 (28,4%)	1.165 (28,7%)	351 (44,5%)	256 (52,5%)	968 (39,5%)	2.972 (34,5%)
Local da consulta						
Em casa	179 (30,6%)	1.015 (35,0%)	130 (29,7%)	73 (31,6%)	967 (65,2%)	2.364 (42%)
Em outra UBS	200 (34,2%)	1103 (38,1%)	200 (45,8%)	97 (42,0%)	320 (21,6%)	1.920 (34,1%)
Clínica/consultório particular	24 (4,1%)	78 (2,7%)	17 (3,9%)	7 (3,0%)	31 (2,1%)	157 (2,8%)
Hospital particular	18 (3,1%)	80 (2,8%)	22 (5,0%)	6 (2,6%)	23 (1,5%)	149 (2,6%)
Outros	164 (28,0%)	620 (21,4%)	68 (15,6%)	48 (20,8%)	143 (9,6%)	1043 (18,5%)
Durante a consulta a criança						
<i>Foi pesada</i>						
Sim	540 (91,4%)	2.629 (89,7%)	398 (85,0%)	216 (91,5%)	1.232 (81,6%)	4.978 (88,3%)
Não	51 (8,6%)	303 (10,3%)	70 (15,0%)	20 (8,5%)	277 (18,4%)	657 (11,7%)
<i>Foi medida</i>						
Sim	539 (91,2%)	2.643 (90,1%)	389 (83,1%)	209 (88,6%)	1.230 (81,5%)	4.975 (88,3%)
Não	52 (8,8%)	289 (9,9%)	79 (16,9%)	27 (11,4%)	279 (18,5%)	660 (11,7%)
<i>Foi colocada para mamar</i>						
Sim	367 (62,1%)	2.104 (71,8%)	286 (61,1%)	162 (68,6%)	1.134 (75,1%)	4.028 (71,5%)
Não	224 (37,9%)	828 (28,2%)	182 (38,9%)	74 (31,4%)	375 (24,9%)	1.607 (28,5%)
<i>Teve o umbigo examinado</i>						
Sim	519 (87,8%)	2.634 (89,8%)	385 (82,3%)	193 (81,8%)	1.318 (87,3%)	5.011 (88,9%)
Não	72 (12,2%)	298 (10,2%)	83 (17,7%)	43 (18,2%)	191 (12,7%)	624 (11,1%)
<i>Foi perguntado se ela tinha certidão de nascimento</i>						
Sim	383 (64,8%)	2.171 (74,0%)	279 (59,6%)	159 (67,4%)	1.078 (71,4%)	4.048 (71,8%)
Não	208 (35,2%)	761 (26,0%)	189 (40,4%)	77 (32,6%)	431 (28,6%)	1.587 (28,2%)
Teste do pezinho						
Sim	787 (96,0%)	3.971 (97,2%)	744 (92,9%)	423 (86,9%)	2.288 (92,3%)	8.213 (94,7%)
Não	33 (4,0%)	116 (2,8%)	57 (7,1%)	64 (13,1%)	190 (7,7%)	460 (5,3%)
Teste do pezinho na primeira semana de vida						
Sim	738 (94,1%)	3.691 (93,2%)	630 (84,9%)	319 (75,4%)	1.683 (74,0%)	7.061 (86,3%)
Não	46 (5,9%)	270 (6,8%)	112 (15,1%)	104 (24,6%)	590 (26,0%)	1.122 (13,7%)
Realizou alguma vacina						
Sim	809 (98,5%)	4.050 (99,0%)	785 (98,0%)	482 (98,4%)	2.455 (98,8%)	8.581 (98,8%)
Não	12 (1,5%)	41 (1,0%)	16 (2,0%)	8 (1,6%)	30 (1,2%)	107 (1,2%)
Urgência com necessidade de atendimento nos últimos 06 meses						
Sim	312 (38,0%)	1.283 (31,4%)	238 (29,9%)	173 (35,6%)	730 (29,5%)	2.736 (31,6%)
Não	509 (62,0%)	2.807 (68,6%)	558 (70,1%)	313 (64,4%)	1.748 (70,5%)	5.935 (68,4%)
Local de busca de atendimento de urgência						
UBS de referência	157 (50,5%)	589 (45,9%)	118 (49,8%)	78 (45,1%)	296 (40,5%)	1.238 (45,9%)
Outra UBS	19 (6,1%)	107 (8,3%)	18 (7,6%)	13 (7,5%)	59 (8,1%)	216 (8%)
Hospital público	70 (22,5%)	288 (22,5%)	58 (24,5%)	49 (28,3%)	268 (36,7%)	733 (24,2%)
Hospital particular	14 (4,5%)	49 (3,8%)	9 (3,8%)	5 (2,9%)	25 (3,4%)	102 (3,8%)
Clinica/consultório particular	9 (2,9%)	33 (2,6%)	5 (2,1%)	3 (1,7%)	24 (3,3%)	74 (2,7%)
Pronto-atendimento 24 horas	19 (6,1%)	78 (6,1%)	12 (5,1%)	4 (2,3%)	25 (3,4%)	138 (5,1%)

Pronto-socorro 24 horas	10 (3,2%)	72 (5,6%)	9 (3,8%)	12 (6,9%)	11 (1,5%)	114 (4,2%)
Policlínica	2 (0,6%)	9 (0,7%)	2 (0,8%)	2 (1,2%)	5 (0,7%)	20 (0,7%)
Outros	9 (2,9%)	42 (3,3%)	2 (0,8%)	1 (0,6%)	9 (1,2%)	63 (2,3%)

Fonte: a autora (2014).

* Dados expressos em números absolutos e percentuais.

4 DISCUSSÃO

Com base nos resultados apresentados na Tabela 1, é possível observar que o hospital constitui-se como principal local de nascimento no Brasil, considerando-se que 90,1% dos entrevistados responderam que suas crianças haviam nascido em hospitais. Esse dado aponta que a assistência à parturiente e ao neonato por técnicos de saúde qualificados é hoje uma realidade em nosso país, fato que pode relacionar-se à recente melhoria de indicadores de saúde como mortalidade materna, mortalidade neonatal e mortalidade infantil (ONU, 2010), cuja análise está ausente na ocasião desse estudo, mas que seriam relevantes para sua complementação. Relevante também seria a descrição de dados sobre a prevalência de partos cirúrgicos (cesarianas) realizados no país no mesmo período, a fim de subsidiar a avaliação dos efeitos desse tipo de parto em relação às condições neonatais e de crianças até 24 meses.

Apesar disso, observa-se que há discrepâncias na rede de atenção ao parto em municípios de diferentes regiões. A ocorrência de nascimentos em hospitais do município de residência distribui-se de forma desigual, na região Nordeste, 43,3% das crianças nasceram em hospital do município de residência e 43,7%, em hospitais de município vizinhos. Nas demais regiões, o hospital do município de residência foi responsável pelos nascimentos em mais de 60% das ocasiões.

Em setembro de 2010, o Conselho Nacional de Justiça editou o Provimento número 13, regulamentando a emissão instantânea de certidões de nascimento em unidades de saúde que realizam partos, com o intuito de facilitar o acesso de mães e pais ao primeiro documento de seus filhos, logo após o nascimento. A iniciativa é uma das respostas do governo federal ao Compromisso Nacional pela Erradicação do Sub-registro Civil de Nascimento e à ampliação do acesso à Documentação Básica (Decreto 6.289, de 06/12/2007), além dos Protocolos de Cooperação Federativa Mais Nordeste pela Cidadania e Mais Amazônia pela Cidadania, oportunizando a criação de parcerias entre serviços de saúde possuidores de maternidades e cartórios de registro civil, para emissão de certidões de nascimento antes mesmo da alta hospitalar (CNJ, 2010). Os dados apresentados em nosso

estudo demonstram que apesar da obtenção de certidão de nascimento ser menos frequente no Norte (89,6%), ela está presente em mais de 95% do total de nascimentos ocorridos em 2012, fato que pode estar relacionado aos movimentos estabelecidos a partir do ano de 2010. Estudo realizado sobre o tema, em 2011 (divulgação em 2012), pelo IBGE, indicou que o número de registros civis extemporâneos (realizados após o prazo legal de três meses, contados do nascimento da criança) é descendente: em 2002, 20,3% dos registros realizados eram extemporâneos; em 2011, esse tipo de registro caiu para 6,7% do total de registros realizados (IBGE, 2012).

É esperado, de acordo com a publicação Saúde da criança: crescimento e Desenvolvimento (BRASIL, 2012), que a APS seja capaz de garantir uma visita domiciliar do agente comunitário de saúde à mãe e ao recém-nascido no contexto familiar, durante os primeiros sete dias de vida, para orientação e esclarecimento de dúvidas, oferta de atenção à saúde e estabelecimento de vínculo/apego. Nessa consulta, deverá ser prestado apoio ao aleitamento materno, ao cumprimento do esquema de imunizações, realizada coleta de sangue para teste do pezinho e estimuladas a presença e a participação do pai no dia-a-dia da criança. O principal objetivo dessa disposição é a diminuição da mortalidade neonatal, através da identificação precoce de possíveis doenças ou agravos à saúde da criança, já que 68,6% das mortes de crianças com menos de um ano acontecem no período neonatal (até 27 dias de vida) (BRASIL, 2011). No presente estudo, verificamos que, apesar de a maioria das crianças ter realizado consulta durante os primeiros sete dias de vida, considerável porção delas não recebeu esse mesmo atendimento (34,5%). Nas regiões Norte (52,5%), Centro-Oeste (44,5%) e Nordeste (39,5%), o percentual de crianças desprovidas desse atendimento superou a média brasileira (34,5%).

O mesmo ocorre com relação à realização do teste do pezinho. Mais de 90% das crianças realizaram-no, contudo, a indicação é de que 100% delas sejam submetidas a esse procedimento, tão importante no auxílio ao diagnóstico precoce e tratamento de doenças metabólicas, hormonais e infecciosas assintomáticas, como fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, anemia falciforme e fibrose cística (BRASIL, 2006b). A região brasileira com a maior porcentagem de crianças até 24 meses que não haviam realizado o teste foi a região Norte (86,9%) e a região que

mais realizou o teste foi Sudeste (97,2%). Além disso, quando concentramos a atenção não somente naquelas crianças que foram submetidas ao teste, mas àquelas que efetivamente realizaram-no conforme orientação internacional – durante os primeiros sete dias de vida –, verificamos que 13,7% realizaram o teste após o período preconizado, no Brasil. As regiões Norte e Nordeste apresentaram números piores que a média brasileira: 24,6% e 26,0%, respectivamente. Esse resultado pode estar intimamente ligado à cobertura, ainda não ideal, da ESF em nosso país, ou mesmo a qualidade no acesso, ou na execução da atenção à saúde disponível nessas regiões.

No que se refere ao exame físico completo durante a primeira consulta do recém-nascido, o questionário do Módulo III do PMAQ-AB concentrou-se somente nos três tópicos mais básicos (peso, comprimento e exame do umbigo) e, ainda assim, o percentual de crianças que deixaram de ser pesadas, medidas e de ter o umbigo examinado ultrapassou 10%. Na mesma ocasião, quase 30% das crianças não foram colocadas para mamar, apesar de essa ser uma orientação à equipe de saúde, visando à promoção e o apoio ao aleitamento materno. Por último, durante a primeira consulta, 28,2% das mães, pais ou responsáveis não foram questionados quanto à realização da certidão de nascimento da criança. Esses resultados apontam necessidades de qualificação das visitas domiciliares e primeiras consultas de puericultura. As orientações são claras no material disponibilizado pelo Ministério da Saúde, de forma que seria relevante monitorar seu recebimento e utilização pelas equipes de saúde da família. Também seria relevante a realização de ações no campo da Educação Permanente em Saúde, como forma de discutir os processos de trabalho e verificar as razões pelas quais as equipes ainda não atingem resultados ótimos com relação aos procedimentos inerentes à primeira consulta de recém-nascido.

Uma das grandes vitórias do SUS relaciona-se à cobertura vacinal que, ao longo dos anos, tem demonstrado avanços e, através dos resultados de nosso estudo, podemos reiterar essa realidade, considerando que 99% das crianças já haviam sido vacinadas quando da aplicação do questionário. Mesmo assim, os esforços constantes realizados pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, ao fomentar campanhas de vacinação, são indispensáveis à manutenção da ampla cobertura vacinal, já que essa representa,

antes de tudo, um traço cultural da nossa população (HOCHMAN, 2011 E CARVALHO, 2012).

O número de crianças menores de seis meses que mamavam ou haviam mamado na ocasião da entrevista foi de 1.688 (19,2%), o que, de acordo com parâmetros da OMS, considera-se “razoável” (ONU, 2010).

Nosso estudo encontra limitações gerais relacionadas ao fato de a base de dados utilizada ser secundária, fruto de levantamento realizado por diferentes coletores, em unidades de saúde localizadas em todas as regiões do Brasil. Além disso, há que se considerar possível influência de viés recordatório sobre as respostas fornecidas pelos indivíduos entrevistados, posto que as questões do bloco saúde da criança abrangem o período de 24 meses iniciais de vida das crianças, objeto da pesquisa.

No que concerne à seção de “Amamentação/Alimentação da criança”, consideramos que a construção da questão e das possibilidades de resposta no questionário do Módulo III do PMAQ-AB mostra-se frágil, o que dificultou a análise dos dados e levou-nos a reconstruir a forma de apresentação dos dados, a fim de não perdê-los. Também observamos que, apesar de a amamentação e o aleitamento materno serem variáveis essenciais à avaliação das condições de saúde da criança, ao descrever os resultados encontrados verificamos que, dos 8.774 respondentes do bloco de saúde da criança, 5.960 (68%) responderam não saber ou não lembrar se a criança mamava ou já havia mamado na ocasião da aplicação do questionário.

Cabe dizer que, apesar das limitações identificadas, nosso estudo faz-se relevante ao indicar as atuais potencialidades e fragilidades do SUS em sua Atenção Integral à Saúde da Criança. Melhorar a qualidade e ampliar o acesso da população à Atenção Básica é o objetivo central para realização do PMAQ-AB e estudos como o nosso auxiliam em sua concretização, pois organizam e transformam em informações os dados coletados, dão continuidade ao trabalho já realizado e contribuem para melhoria da atenção ao usuário do SUS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou descrever os resultados obtidos através da aplicação do instrumento de coleta de dados para avaliação externa, que compõe o Módulo III do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), no que se refere ao bloco de questões sobre a qualidade do atendimento à saúde da criança na Atenção Básica.

Foi possível, através da análise dos dados, demonstrar que a qualificação da atenção à saúde da criança no SUS, bem como o acesso dessa população aos serviços de saúde, já foram parcialmente alcançados. Ao considerar-se, por exemplo, que 90,1% das crianças até 24 meses presentes no módulo de avaliação externa do PMAQ-AB nasceram em hospitais, verificamos que a assistência de alta tecnologia à parturiente e ao neonato é hoje uma realidade em nosso país. Outras informações que corroboram o incremento do acesso de crianças à Atenção Básica são: 65,5% haviam realizado consulta durante os primeiros sete dias de vida; 94,7% haviam sido submetidas ao teste do pezinho; 99% já haviam sido vacinadas.

Contudo, para além das médias nacionais, é preciso atentar para o fato de que existem desigualdades regionais no que diz respeito à atenção à saúde da criança, sendo possível identificar fortes discrepâncias, principalmente quando comparamos as regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste com as regiões Sul e Sudeste, historicamente mais desenvolvidas. Tal situação demonstra que o SUS ainda não foi capaz, apesar de seu aparato legislativo, embasado na Constituição Cidadã de 1988, técnico e político, de responder às iniquidades sociais que caracterizam a situação de saúde das populações de cada uma das cinco regiões brasileiras.

Assim, apontamos a necessidade de elaboração de ações estratégicas que fomentem e possibilitem o acesso à Atenção Básica e aos demais serviços e ações do SUS para todas as crianças brasileiras, independentemente de seu local de residência, como resposta à injustiça social, tornada tácita e patente ao levantarem-se dados sobre qualidade e acesso da população aos serviços de saúde, a exemplo de iniciativas como o PMAQ-AB.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. PMAQ: Comunicado aos gestores e profissionais de saúde da Atenção Básica. 2014. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/2014/07/28/pmaq-comunicado-aos-gestores-e-profissionais-de-saude-da-atencao-basica/>>. Acesso em: 02-ago-14.

ALMEIDA, MF. Uso de dados secundários em epidemiologia. Universidade de São Paulo. 2014. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/marciafurquim/qualinforma.pdf>>. Acesso em: 02-ago-14.

BERGAMASCHI, DP; SOUZA, JMP; HINNIG, PF. Apostila HEP-103. Universidade de São Paulo. 2010. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/hep103/Apostila_2011.pdf>. Acesso em: 02-ago-14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 03-ago-2014.

_____. _____. Assistência integral à saúde da criança: Ações básicas. Brasília. (DF): Ministério da Saúde; 1984. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_crianca.pdf>. Acesso em: 03-ago-14.

_____. _____. 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. 4 v. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicas). Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v1.pdf>. Acesso em: 26-set-14.

_____. _____. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1. Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AIDPI_modulo_1.pdf>. Acesso em: 03-ago-2014.

_____. _____. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>. Acesso em: 26-set-14.

_____. _____. Conheça a Rede Cegonha. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf>. Acesso em: 03-ago-14.

_____. _____. Descrição das Variáveis Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). 2013.

_____. _____. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 03-ago-14.

_____. _____. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília. (DF): Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: 03-ago-14.

_____. _____. Programa Nacional de Triagem Neonatal: oficinas regionais de qualificação da gestão./Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 140 p. – (Série D. Reuniões e Conferências). <Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_1031_M1.pdf>. Acesso em: 26-set-14.

_____. _____. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Cadernos de Atenção Básica, n.11, série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 03-ago-14.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo PSE / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passo_a_passo_pse.pdf>. Acesso em: 03-ago-14.

_____. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 03-ago-14.

CARVALHO, K. A cultura de imunização no Brasil: reflexões a partir da Teoria do Cuidado Transcultural. Revista de Enfermagem da UFPI. 2012 Set-Dez;1(3):226-9. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/750/pdf>>. Acesso em: 26-set-14.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Provimento N.º 13: Dispõe sobre a emissão de certidão de nascimento nos estabelecimentos de saúde que realizam partos. 2010. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_corregedoria/provimentos/provimento_13.pdf>. Acesso em: 26-set-14.

DOXSEY, JP; DE RIZ, J. Metodologia da pesquisa científica. Escola Superior Aberta do Brasil. 2002-2003. Disponível em: <http://cafarufrj.files.wordpress.com/2009/05/metodologia_pesquisa_cientifica.pdf>. Acesso em: 02-ago-14.

SCOREL, S; GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM; SENNA, MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Revista Panamericana de Salud Publica 21(2), 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>>. Acesso em: 03-ago-14.

FIGUEIREDO, GLA; DE MELLO, DF. A prática de enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. Revista Latino-americana de Enfermagem. 2003 julho-agosto; 11(4):544-51. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a19.pdf>>. Acesso em: 03-ago-14.

FIGUEIREDO, GLA; MELLO, DF. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. Revista Latino-americana de Enfermagem. 2007 novembro-dezembro; 15(6). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_17.pdf>. Acesso em: 03-ago-14.

FONSECA, JJS. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila. GERHARDT, TE; RAMOS, ICAR; RIQUINHO, DL; SANTOS, DL. Unidade 4 – Estrutura do projeto de pesquisa. In: GERHARDT, TE; SILVEIRA, DF (Orgs.). Universidade Aberta do Brasil/Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HOCHMAN, G. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 16(2):375-386, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n2/v16n2a02.pdf>>. Acesso em: 26-set-14.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estatísticas do Registro Civil 2012. 2012. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Registro_Civil/2012/rc2012.pdf>. Acesso em 26-set-14.

LAVADO, EL; CASTRO, AA. Projeto de pesquisa (Parte V – amostra). In: CASTRO, AA. Planejamento da Pesquisa. São Paulo: AAC; 2001. Disponível em: <<http://www.evidencias.com/planejamento>>. Acesso em: 02-ago-14.

LIMA-COSTA, MF; BARRETO, SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2003; 12(4) : 189 – 201. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>>. Acesso em: 02-ago-14.

MENEGHEL, SN. Caderno de exercícios de epidemiologia. 2. Ed./ Stela N. Meneghel, Luciana P. Gigante, Jorge U. Béria – Canoas: Ed. ULBRA, 2006. 168 p.

MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec, 1993.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Relatório Mundial da Saúde. 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1>>. Acesso em: 26-set-14.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. 2012. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/ODM4.aspx>>. Acesso em: 03-ago-14.

PEREIRA, AC. Estudos Observacionais. UNICAMP, 2014. Disponível em: <http://www.fop.unicamp.br/reuniao/downloads/3dia_A_Pereira_tipos_pesquisa.pdf>. Acesso em: 02-ago-14.

PILZ, C. Monitoramento de indicadores do PMAQ. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1331307378278Indicadores%20do%20PMAQ_Serra_Vales_27_02_12.ppt>. Acesso em: 02-ago-14.

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. Gabinete de Consultoria Legislativa. Lei nº 12.544, de 03 de julho de 2006. Institui o Programa Primeira Infância Melhor - PIM - e dá outras providências. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/Legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXTO&Hid_TodasNormas=49832&hTexto=&Hid_IDNorma=49832>. Acesso em: 03-ago-14.

SCHNEIDER, A. Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública / Alessandra Schneider e Vera Regina Ramires. – Brasília : UNESCO, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2007. p. 128. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001552/155250por.pdf>>. Acesso em: 03-ago-14.

SILVA, D. Tópicos avançados de estatística na pesquisa em Administração de empresas. Notas de aula, 2003. Disponível em: <<http://www.ufrj.br/institutos/it/deng/varella/Downloads/multivariada%20aplicada%20as%20ciencias%20agrarias/literatura/Estat%EDstica%20na%20Pesquisa%20em%20Administra%E7%E3o%20de%20Empresas.doc>>. Acesso em: 02-ago-14.

SILVEIRA, DF; CÓRDOVA, FP. Unidade 2 – A pesquisa científica. In. GERHARDT, TE; SILVEIRA, DF (Orgs.). Universidade Aberta do Brasil/Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.