



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES – CPqAM  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA – NESC  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA



## ANA LÚCIA ANDRADE DA SILVA

---

Avaliação do Grau de Implantação da Área Estratégica de Saúde da Criança no Distrito Sanitário VI da cidade do Recife, PE.

---

**Ana Lúcia Andrade da Silva**

**Avaliação do Grau de Implantação da Área Estratégica de Saúde da Criança no  
Distrito Sanitário VI, da cidade do Recife, PE**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

**Orientadora:**

Luciana Caroline Albuquerque Bezerra.

Recife

2007

**Catologação na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

S586a Silva, Ana Lúcia Andrade da.  
Avaliação do Grau de Implantação da Área Estratégica de Saúde da Criança no Distrito Sanitário VI, da cidade do Recife, PE./ Ana Lúcia Andrade da Silva. — Recife: A. L. A. da Silva, 2007.  
87 f.

Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.  
Orientadora: Luciana Caroline Albuquerque Bezerra.

1. Saúde da Criança. 2. Avaliação. 3. Programa Saúde da Família. I. Bezerra, Luciana Caroline Albuquerque. II. Título.

CDU 613.95

---

Ana Lúcia Andrade da Silva

**Avaliação do Grau de Implantação da Área Estratégica de Saúde da Criança no Distrito Sanitário VI, da cidade do Recife, PE.**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

**Data da aprovação:** 16/03/2007

**Banca Examinadora:**

Ms. Luciana Caroline Albuquerque Bezerra – NESC/CPqAM/FIOCRUZ/MS

Ms. Luciana Dubeux - NESC/CPqAM/FIOCRUZ/MS

Dedico este trabalho a Zauzinho, que trouxe pra mim, a maior forma de amor que pode existir entre duas pessoas. E de uma maneira mágica, torna possível todas as realizações da minha vida.

SILVA, A. L. A. **Avaliação do Grau de Implantação da Área Estratégica de Saúde da Criança no Distrito Sanitário VI da cidade do Recife, PE.** 2007. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

## RESUMO

Frente ao problema da morbimortalidade infantil, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) até os dias atuais, novas políticas públicas foram construídas e os investimentos foram ampliados. Na cidade do Recife nos últimos seis anos apesar da expansão significativa de Unidades de Saúde da Família (USF), ainda percebe-se um elevado número de óbitos por causas evitáveis. Objetivo – Avaliar o Grau de Implantação da Área Estratégica de Saúde da Criança nas Equipes de Saúde da Família e Centros de Saúde do Distrito Sanitário VI, Recife- PE. Método - Estudo avaliativo do tipo normativo, descritivo, de corte transversal. O universo da pesquisa abrangeu as 64 ESF e os 07 CS existentes nas três microrregiões (6.1; 6.2 e 6.3) do Distrito Sanitário VI e utilizou um instrumento que contempla as responsabilidades e o elenco de atividades da área estratégica de Saúde da Criança estabelecidas pela NOAS-SUS 01/02. Resultados - as ESF, comparadas aos CS, apresentaram um melhor desempenho no desenvolvimento das atividades dos componentes Vigilância Sanitária, Imunização e Assistência às Doenças Prevalentes na Infância. Em relação ao Grau de Implantação, observou-se o componente Vigilância Nutricional *implantado* em todas as ESF das três microrregiões, ao passo que nos centros de saúde, o referido componente encontra-se *parcialmente implantado* nas microrregiões 6.1 e 6.2, e *não implantado* na 6.3. Quanto ao componente Imunização, este apresentou o mesmo comportamento nas três micro-regiões; mostrando-se *implantado* nas ESF e *parcialmente implantado* nos centros de saúde, por fim o componente Assistência às Doenças Prevalentes na Infância esteve *implantado* nas ESF das três microrregiões. Diferente do comportamento até então demonstrado pelos centros de saúde, o referido componente encontra-se *implantado* nos centros de saúde das Micro-regiões 6.1 e 6.2 e *parcialmente implantado* na 6.3. Conclusão – os resultados revelam um satisfatório grau de implantação da Área Estratégica de Saúde da Criança no Distrito estudado, mas chama a atenção para o não desenvolvimento por parte das unidades de importantes atividades como: desenvolvimento de atividades educativas, realização de Terapia de Reidratação Oral (TRO), entre outras. Desta maneira recomenda-se a realização de estudos posteriores com objetivo de se encontrar estas razões, bem como a divulgação dos resultados desta avaliação com os gerentes e gestores dos serviços de saúde, para que sirva de ferramenta na tomada de decisões.

**Palavras Chaves:** Saúde da Criança. Avaliação. Programa Saúde da Família.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01 -	Número de Equipes de Saúde da Família (ESF) e Centros de Saúde (CS) avaliados no Distrito Sanitário VI da Cidade do Recife, 2007	23
Quadro 02 -	Variáveis para o Grau de Implantação das Áreas Estratégicas Mínimas da Atenção Básica, segundo documentos utilizados para a elaboração do instrumento, técnicas de coleta e tipo de dado.	25
Quadro 03 -	Atividades e insumos relacionados ao componente Vigilância Nutricional, nas Equipes de Saúde da Família da Microrregião 6.1 do DS VI – Recife, 2007	29
Quadro 04 -	Atividades e insumos relacionados ao componente Vigilância Nutricional, nos Centros de Saúde da Microrregião 6.1 do DS VI – Recife, 2007	30
Quadro 05 -	Atividades e insumos relacionados ao componente Vigilância Nutricional, nas Equipes de Saúde da Família e Centro de Saúde da Microrregião 6.2 do DS VI – Recife, 2007	32
Quadro 06 -	Atividades e insumos relacionados ao componente Vigilância Nutricional, nas Equipes de Saúde da Família da Microrregião 6.3 do DS VI – Recife, 2007	34
Quadro 07 -	Atividades e insumos relacionados ao componente Vigilância Nutricional, nas Equipes de Saúde da Família e no Centro de Saúde da Microrregião 6.3 do DS VI – Recife, 2007	35
Quadro 08 -	Atividades e insumos relacionados ao componente Imunização, nas Equipes de Saúde da Família da Microrregião 6.1 do DS VI – Recife, 2007	37
Quadro 09 -	Atividades e insumos relacionados ao componente Imunização, nos Centros de Saúde da Microrregião 6.1 do DS VI – Recife, 2007	38
Quadro 10 -	Atividades e insumos relacionados ao componente Imunização, nas Equipes de Saúde da Família e no Centro de Saúde da Microrregião 6.2 do DS VI – Recife, 2007	40
Quadro 11 -	Atividades e insumos relacionados ao componente Imunização, nas Equipes de Saúde da Família da Microrregião 6.3 do DS VI – Recife, 2007	42
Quadro 12 -	Atividades e insumos relacionados ao componente Imunização, nas Equipes de Saúde da Família e Centro de Saúde da Microrregião 6.3 do DS VI – Recife, 2007	43

Quadro 13 -	Atividades e insumos relacionados ao componente Assistência às Doenças Prevalentes na Infância, nas Equipes de Saúde da Família da Microrregião 6.1 do DS VI – Recife, 2007	45
Quadro 14 -	Atividades e insumos relacionados ao componente Assistência às Doenças Prevalentes na Infância, nos Centros de Saúde da Microrregião 6.1 do DS VI – Recife, 2007	46
Quadro 15 -	Atividades e insumos relacionados ao componente Assistência às Doenças Prevalentes na Infância, nas Equipes de Saúde da Família e Centro de Saúde da Microrregião 6.2 do DS VI – Recife, 2007	48
Quadro 16 -	Atividades e insumos relacionados ao componente Assistência às Doenças Prevalentes na Infância, nas Equipes de Saúde da Família da Microrregião 6.3 do DS VI – Recife, 2007	50
Quadro 17 -	Atividades e insumos relacionados ao componente Assistência às Doenças Prevalentes na Infância, nas Equipes de Saúde da Família e Centro de Saúde da Microrregião 6.3 do DS VI – Recife, 2007	51
Quadro 18 -	Grau de implantação da Área estratégica de Saúde da Criança e seus componentes, nas Microrregiões e no Distrito Sanitário VI – Recife, 2007	54
Gráfico 01 -	Grau de implantação da Área Estratégica de Saúde da Criança, na Microrregião 6.1, do DS VI da cidade do Recife	56
Gráfico 02 -	Grau de implantação da Área Estratégica de Saúde da Criança, na Microrregião 6.2, do DS VI da cidade do Recife	56
Gráfico 03 -	Grau de implantação da Área Estratégica de Saúde da Criança, na Microrregião 6.3, do DS VI da cidade do Recife	57
Gráfico 04 -	Grau de implantação da Área Estratégica de Saúde da Criança, na no DS VI da cidade do Recife	57



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>09</b>
<b>1.1</b>	<b>O Programa de Saúde da Família</b>	<b>09</b>
<b>1.2</b>	<b>Saúde da Criança</b>	<b>12</b>
<b>1.3</b>	<b>Avaliação em Saúde</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>19</b>
<b>3.1</b>	<b>Geral</b>	<b>19</b>
<b>3.2</b>	<b>Específicos</b>	<b>19</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>20</b>
<b>4.1</b>	<b>Área de Estudo</b>	<b>20</b>
4.1.1	Microrregião 6.1	20
4.1.2	Microrregião 6.2	21
4.1.3	Microrregião 6.3	22
<b>4.2</b>	<b>Universo do Estudo / Período de Referência</b>	<b>23</b>
<b>4.3</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>23</b>
<b>4.4</b>	<b>Variáveis de Análise</b>	<b>23</b>
<b>4.5</b>	<b>Validade do Instrumento</b>	<b>24</b>
<b>4.6</b>	<b>Coleta dos Dados</b>	<b>26</b>
<b>4.7</b>	<b>Plano de Análise</b>	<b>26</b>
<b>4.8</b>	<b>Aspectos Éticos</b>	<b>27</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>28</b>
<b>5.1</b>	<b>Atividades desenvolvidas e insumos existentes segundo os componentes Vigilância Nutricional, Imunização e Assistência às Doenças Prevalentes na Infância.</b>	<b>28</b>
5.1.1	Vigilância Nutricional	28
5.1.1.1	<i>Microrregião 6.1</i>	28
5.1.1.2	<i>Microrregião 6.2</i>	31
5.1.1.3	<i>Microrregião 6.3</i>	33
5.1.2	Imunização	36
5.1.2.1	<i>Microrregião 6.1</i>	36
5.1.2.2	<i>Microrregião 6.2</i>	39
5.1.2.3	<i>Microrregião 6.3</i>	41
5.1.3	Assistência às Doenças Prevalentes na Infância	44
5.1.3.1	<i>Microrregião 6.1</i>	44
5.1.3.2	<i>Microrregião 6.2</i>	47
5.1.3.3	<i>Microrregião 6.3</i>	49

<b>5.2</b>	<b>Grau de Implantação dos componentes da Área Estratégica de Saúde da Criança por tipo de unidades e por Microrregiões do Distrito Sanitário VI .</b>	<b>52</b>
5.2.1	Vigilância Nutricional	52
5.2.2	Imunização	52
5.2.3	Assistência às Doenças Prevalentes na Infância	53
<b>5.3</b>	<b>Grau de Implantação da dimensão unitária da Área Estratégica de Saúde da Criança por Microrregiões e no DS VI.</b>	<b>55</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>58</b>
6.1	Vigilância Nutricional	58
6.2	Imunização	63
6.3	Assistência às Doenças Prevalentes na Infância	64
6.4	Educação em Saúde	68
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>70</b>
<b>8</b>	<b>RECOMENDAÇÕES</b>	<b>73</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>74</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>81</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 O Programa de Saúde da Família

A partir do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (1986), que culminou com a oitava Conferência Nacional de Saúde, desenvolve-se no Brasil um novo direcionamento das práticas e organização do modo de se fazer e prestar saúde. Em 1988, a nova Constituição Federal estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo mudanças substantivas no modo de operação do sistema.

Esse novo modelo, com base na Constituição (1988) e Leis Orgânicas da Saúde (8.080 e 8.142/90) define o princípio da universalidade para as ações de saúde, transfere atribuições de gestão aos níveis subnacionais, especialmente aos municípios e prevê um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização. Além disso, é inserida na gestão a participação de todos os atores envolvidos com a política - prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários (BRASIL, 2002a; SILVA; LAPREGA, 2005; VIANNA; POZ, 2005).

Na segunda metade da década de 90, a política de saúde no Brasil apresenta uma importante e significativa mudança. Após vários anos de vigência do modelo assistencial centrado na doença, no hospital e no cuidado médico individualizado, emerge a adoção de programas sociais direcionados aos segmentos mais vulneráveis. A equidade que aparece como elemento central, focaliza nos mais carentes o alvo prioritário das ações governamentais (BRASIL, 2005a, 2006; CONNIL, 2002; SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Neste cenário, a Atenção Básica passa a ser área de concentração de esforços, programas e investimentos, com a criação de incentivos financeiros federais calculados e transferidos em base per capita (BRASIL, 2005a, 2006). Os agentes comunitários surgem como novos atores na prestação dos serviços de saúde, em

algumas regiões do País - Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará, neste se constituindo como uma política estadual (VIANNA; POZ, 2005).

Referência especial deve ser feita ao Programa de Agentes de Saúde (PAS), desenvolvido no Estado do Ceará desde 1987. Criado inicialmente como 'frentes de trabalho' em uma conjuntura de seca, o programa estadual, com recursos financeiros dos fundos especiais de emergência destinados pelo governo federal, foi desenvolvido especialmente por mulheres, que, após treinamento de duas semanas, realizavam ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense (BRASIL, 2005a).

Em 1991, o Ministério da Saúde institucionaliza as experiências estaduais e regionais bem sucedidas e cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS (BRASIL, 1994, 2005a). O PACS tem como o objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna. Principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão da cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A família é priorizada como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo, sendo introduzida a noção de área de cobertura (por família) (BRASIL, 2005a; VIANNA; POZ, 2005).

Pode-se afirmar, então, que o PACS é um antecessor do PSF, pois uma das variáveis importantes que o primeiro introduziu e que se relaciona diretamente com o segundo é que pela primeira vez há um enfoque na família e não no indivíduo, dentro das práticas de saúde. O programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não "esperar" a demanda "chegar" para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda. Além disso, outro diferenciador são as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica. Sublinhe-se que todos esses elementos serão centrais para a construção do Programa de Saúde da Família, porque constituem a essência (da concepção) de sua intervenção (VIANNA; POZ, 2005, p. 230-231).

Inspirado em experiências advindas de outros países, tais como Cuba, Inglaterra e Canadá, onde a Saúde Pública alcançou níveis de qualidade com o investimento na promoção da saúde e prevenção de doenças, sendo precedido pelos já referidos PAS (Ceará-1987) e PACS (Brasil-1991). É implantado em setembro de 1994, o

Programa de Saúde da Família -PSF (BRASIL, 1994, 2001a, 2005a; SANTOS et al., 2004; SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

O PSF surge como estratégia de reorganização do SUS e da municipalização, sua implantação se dá privilegiando áreas de risco, guiadas segundo o mapa da fome do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) (BRASIL, 2005a; VIANNA; POZ, 2005). É a reorientação da assistência, que passa a ser guiada pelos princípios de uma política de atenção primária ou de atenção básica (CONNIL, 2002).

A partir dos princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização e corresponsabilização, essa nova estratégia possibilita o acesso de profissionais ao domicílio de comunidades mais distantes do sistema de saúde, não apenas levantando números para estatísticas, mas ofertado serviços que garantam universalidade e equidade no atendimento (BRASIL, 1994, 2000a; PEDROSA; TELES, 2001; SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005; TRAD; BASTOS, 1998).

As três instâncias gestoras do SUS assumem responsabilidades, o município assume papel de destaque e desenvolve entre outras: definição e implantação do modelo de atenção básica em seu território, contratualização do trabalho em atenção básica, manutenção da rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência), co-financiamento das ações de atenção básica, alimentação dos sistemas de informação e avaliação do desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão (BRASIL, 1999).

Na cidade do Recife a implantação do PSF data de 1998. Desde 2001, este município reestrutura seu Modelo de Atenção à Saúde, direcionando o PSF como base e porta de entrada do sistema, fato evidenciado com um significativo aumento do número de Unidades de Saúde da Família (USF), passando de dezesseis em 2000 para cento e quatorze Unidades em 2006 (RECIFE, 2006).

## 1.2 Saúde da Criança

O final do Século XX foi palco de avanços substantivos no tocante à concepção do lugar da criança na sociedade. Até então, não havia sequer uma idéia distinta sobre essa fase da vida (BRASIL, 2002b).

No Brasil, principalmente após a Constituição de 1988, vêm ocorrendo avanços no âmbito jurídico-legal no que tange aos direitos das crianças como cidadãs, às relações de responsabilidades sociais compartilhadas - governo, família e sociedade - concernentes ao cuidado e atenção à criança e ao adolescente.

A Constituição Federal de 1988 traz em seu Artigo 227:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

O ano de 1990 pode ser considerado um marco no que se diz respeito a ações voltadas a área da criança e do adolescente: é aprovado, no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), base para um novo modelo de políticas públicas voltadas a essa fase de vida. Ainda neste ano a Organização das Nações Unidas (ONU) promove o Encontro Mundial de Cúpula pela Criança. Os líderes mundiais presentes se comprometeram a trabalhar em favor da saúde e dos direitos das crianças e das mães, combater a desnutrição e o analfabetismo e erradicar as doenças que têm causado a morte de milhões de crianças a cada ano (BRASIL, 2002c).

A partir de então, a criança passa a ser compreendida como sujeito de direitos, como um cidadão na sua condição própria de criança. A infância é agora entendida como um tempo de preparação para a vida futura, sendo enfatizada a importância dos primeiros anos de vida como fase fundamental para o desenvolvimento do indivíduo (BRASIL, 2002b).

Enfocando-se a Saúde da Criança, o Coeficiente de Mortalidade Infantil e a Desnutrição são considerados indicadores básicos de desenvolvimento humano. O coeficiente de mortalidade infantil, número de crianças que morrem antes de completar um ano de vida para cada mil nascidos vivos. É preditor das condições de vida e da assistência à saúde de um determinado local, por representar um evento indesejável cujos determinantes encontram-se, em sua maioria, fortemente atrelados à estrutura social e econômica do local onde ocorre.

A desnutrição não se constitui um fato isolado, mas no efeito sinérgico de fatores socioeconômicos, políticos, culturais e ambientais os quais atingem com maior intensidade as crianças pequenas que vivem em situações de pobreza extrema. É mensurada através da prevalência de baixo peso para idade, indicador nutricional mais freqüentemente utilizado para crianças menores de cinco anos de idade. Sua ocorrência (BATISTA FILHO, 2003; UNICEF, 2006; VICTORA; CESAR, 2003).

Nas últimas décadas, observa-se no Brasil, uma redução significativa da mortalidade infantil, passando de 82,8 em 1980, para 26,6 no ano de 2004, bem como na porcentagem de crianças com baixo peso para a idade no primeiro ano de vida, reduzida de 10,1% em 1999, para 3,6% no ano de 2004 (UNICEF, 2006).

A essa expressiva melhoria na saúde infantil no país, atribuí-se o fato dos muitos esforços empreendidos pelas três esferas de governo, na ampliação do acesso e qualificação dos serviços de saúde pública, evidenciados desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) até os dias atuais. Algumas dessas iniciativas desenvolvidas com sucesso no Brasil estão descritas a seguir.

Em 1995, o Ministério da Saúde do Brasil (MS), adota a estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), a qual se utiliza, no primeiro nível da assistência, dos programas de controle específicos já existentes (Infecções Respiratórias Agudas (IRA), Diarréia, Crescimento e Desenvolvimento, Imunização, etc.), e através da aplicação de tecnologias apropriadas e de baixo custo, incide sobre os principais problemas que afetam a saúde dos menores de cinco anos de idade (IMIP, 2002).

É criado no mês de dezembro do ano 2000, o comitê da primeira infância que visa a garantir o cumprimento de todos os direitos reconhecidos às crianças brasileiras de zero a seis anos de idade, permitindo-lhes o melhor desenvolvimento por meio de esforços articulados e compartilhados pelas políticas públicas e a sociedade civil (BRASIL, 2002b).

A Política Nacional de Promoção do Aleitamento Materno, hoje internacionalmente reconhecida, contribuiu para aumentar, de modo significativo no país, os índices de aleitamento materno, elevando-se de 5,5 meses em 1989, para 9,9 meses em 1999. Além de ter fomentado a aprovação da recomendação brasileira sobre a amamentação exclusiva até os seis meses de vida da criança, na 54ª Assembléia Mundial de Saúde em Genebra, Suíça, em 2001 (BRASIL, 2002c).

O projeto Carteiro Amigo, implantado em 2001, foi uma importante estratégia adotada para redução da mortalidade infantil e desnutrição. Através de dezessete mil carteiros capacitados pela área de saúde, levou para mais de dois milhões de gestantes e mães de crianças menores de um ano de idade, informações e materiais educativos a cerca dos benefícios da prática da amamentação. Prevenindo o desmame precoce e orientando sobre a importância do aleitamento exclusivo, até os seis meses de vida, e continuado, até os dois anos de idade (BRASIL, 2002c).

O Método Mãe – Canguru é uma estratégia centrada na humanização da assistência e no princípio da cidadania da família. Modelo de assistência neonatal, de livre escolha da família que visa proceder ao atendimento humanizado e de qualidade ao recém-nascido de baixo peso. Sua prática proporciona aumento do vínculo na relação família-bebê, incentiva a prática do aleitamento materno, reduz o tempo de internação e diminui os riscos de infecção hospitalar. Tem-se o conhecimento da capacitação de mais de 2.000 profissionais em 240 maternidades do SUS em todo o Brasil (BRASIL, 2002c).

A partir de sua publicação, a Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS – (NOAS-SUS 01/02), traz como responsabilidades e ações estratégicas mínimas de Atenção Básica à Saúde da Criança:

- ❖ Vigilância Nutricional: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD); promoção do aleitamento materno; realização/referência exames



laboratoriais e combate às carências nutricionais e implantação e alimentação regular do Sistema de Vigilância da Alimentação e Nutrição (SISVAN).

- ❖ Imunização: realização de esquema vacinal básico de rotina; busca de faltosos; realização de campanhas e intensificações e alimentação e acompanhamento dos sistemas de informação
  
- ❖ Assistência às doenças prevalentes na infância: assistência às infecções respiratórias agudas (IRA) em < 5 anos; assistência às doenças diarreicas (DD) em < 5 anos; assistência outras doenças prevalentes; atividades educativas de promoção da saúde e prevenção de doenças; garantia de acesso a referência hospitalar e ambulatorial especializadas e realização / referência exames especializados (BRASIL, 2002d).

É certo que para fazer frente ao problema da morbimortalidade infantil, novas políticas públicas foram construídas e os investimentos foram ampliados, entretanto ainda existem contrastes nas chances de sobrevivência infantil entre as diferentes regiões brasileiras, fato que reforça a necessidade de estudos para avaliar os programas e estratégias desenvolvidas no âmbito da Saúde da Criança no país.

### **1.3 Avaliação em Saúde**

Avaliação é a atribuição de um juízo de valor sobre algo. Em saúde pode ser definida por um processo crítico-reflexivo, permanente e de longo prazo, que proporciona mudanças contínuas e sucessivas sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde (AKERMAM; LUIZ, 2004; BRASIL, 2004b; NOVAES, 2000). Mostra-se relevante à medida que subsidia a tomada de decisões, quando possibilita aquisição de informações sobre o que e como determinado programa está sendo desenvolvido (AKERMAM; LUIZ, 2004).

Para isto pode-se lançar mão de dois tipos de Avaliação: a Avaliação Normativa que confronta as informações obtidas com critérios e normas estabelecidos ou a Pesquisa Avaliativa desenvolvida a partir de procedimentos científicos. (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Embora a dimensão técnica esteja presente, a avaliação deve ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades (BRASIL, 2003).

O grande interesse despertado por essa área nos últimos anos deve-se ao caráter complexo dos sistemas de saúde, as incertezas na relação entre os problemas de saúde e as intervenções, o rápido desenvolvimento de novas tecnologias médicas e as expectativas crescentes da população (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Na América Latina, a maioria dos processos avaliativos restringe-se apenas à descrição das discrepâncias entre o realizado e o programado, e entre os recursos implementados e as coberturas alcançadas, não demonstrando efeitos e impactos (AKERMAM; LUIZ, 2004).

No Brasil apresenta-se em um contexto em que os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão (BRASIL, 2003).

A expansão acentuada da Estratégia Saúde da Família, trouxe a necessidade de investimentos nas atividades de monitoramento e avaliação. Neste sentido é redefinida a importância da avaliação enquanto estratégia reorganizadora da atenção básica e introduzida no centro da discussão questões relacionadas à qualificação das equipes e a resolubilidade (BRASIL, 2004b; SOUZA, 2002).

A avaliação como componente da gestão em saúde apresenta o propósito fundamental de suporte à tomada de decisões, subsidiando a identificação de problemas e a reorientação das ações e serviços desenvolvidos (BRASIL, 2005b).

## 2 JUSTIFICATIVA

Considerando que:

- a) Houve um expressivo aumento do acesso da população aos serviços de saúde no Brasil, após o advento do PSF;
- b) Na cidade do Recife nos últimos seis anos a expansão de Unidades de Saúde da Família (USF) ultrapassa 700%, determinando significativas mudanças dos indicadores de saúde neste local;
- c) O coeficiente de mortalidade infantil vem diminuindo nos últimos anos na cidade do Recife, mas ainda percebe-se um elevado número de óbitos por causas evitáveis;
- d) O padrão de morbimortalidade infantil ocorre de forma heterogênea nos diferentes espaços sociais, sendo as regiões mais desenvolvidas e os estratos de maior renda os mais beneficiados;
- e) A cidade do Recife é caracterizada por um forte contraste sócio-econômico, apresentando bolsões de pobreza em praticamente todos os seus bairros;
- f) A avaliação constitui-se, numa importante ferramenta para a gestão da saúde, ao passo que fornece informações que norteiam o direcionamento das intervenções.

A realização deste estudo possibilitará:

- g) Conhecer a rotina de trabalho das Equipes de Saúde da Família e Centros de Saúde do DS VI, no desenvolvimento das atividades estabelecidas para a Saúde da Criança;

- h) Revelar as potencialidades e fragilidades a cerca da implantação da Área Estratégica de Saúde da Criança nas ESF e Centros de Saúde do DS VI;
- i) Sugerir medidas para melhoria da qualidade da assistência à saúde local.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Avaliar o Grau de Implantação da Área Estratégica de Saúde da Criança no Distrito Sanitário VI da cidade do Recife, no ano 2007.

#### **3.2 Específicos**

- a) Verificar o desenvolvimento das atividades e as condições estruturais (insumos) relacionadas à área Estratégica de Saúde da Criança nas Equipes de Saúde da Família e Centros de Saúde do DS VI;
- b) Estimar o Grau de Implantação (GI) de cada componente da área estratégica de Saúde da Criança, nas Equipes de Saúde da Família e Centros de Saúde do DS VI;
- c) Comparar o desempenho das Equipes de Saúde da Família com os Centros de Saúde do Distrito Sanitário VI.

## 4 MÉTODO

### 4.1 Área do Estudo

A cidade do Recife possui uma área de 219 km<sup>2</sup>, totalmente urbana, composta por 94 bairros distribuídos em 06 Regiões Político Administrativas (RPA'S) que na área de saúde, corresponde a seis distritos sanitários.

O Distrito Sanitário VI (DS VI) situa-se na parte sul da cidade, assiste a uma população estimada pelo IBGE para 2007 de 389.000 habitantes distribuídos em uma área de 3.902 há. Ao sul e oeste limita-se com o município do Jaboatão dos Guararapes e ao norte com a RPA 5 (RECIFE, 2006).

Para fins administrativos encontra-se dividido em três microrregiões (MR 6.1, MR 6.2 e MR 6.3) onde os serviços de saúde são ofertados de maneira territorializada. Residentes de bairros da MR 6.1 são atendidos nos equipamentos de saúde desta microrregião e assim sucessivamente. Exceção é feita as duas Policlínicas (localizadas no bairro do Pina e Ibura, respectivamente), aos três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (localizados nos bairros de Boa Viagem e Ipsep) a Residência e o Albergue Terapêutico (localizados nos bairros do Ipsep e Imbireira, respectivamente), que independente de suas localizações geográficas, são referência para os usuários de qualquer bairro ou Microrregião do Distrito.

#### 4.1.1 Microrregião 6.1

A Microrregião 6.1 é composta pelos bairros Boa Viagem, Brasília Teimosa, Imbiribeira, Ipsep e Pina. Apresenta uma população de 219.150 habitantes, distribuída nos seus 62.373 domicílios (IBGE, 2000). É caracterizada pelo forte contraste sócio-econômico dos seus bairros.

A rede de saúde da Atenção Básica é formada por 21 Equipes de Saúde da Família (10 Unidades de Saúde da Família); 12 micro-áreas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o que representa um percentual 31% de cobertura da população, e cinco Centros de Saúde. Ainda são ofertados os serviços de Academia da Cidade, o programa de Redução de Danos, o Programa de saúde Ambiental, a Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) e a Ação Avançada de Saúde Mental.

A Média Complexidade é formada por 02 Policlínicas, 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 02 para transtorno e 01 Álcool e outras Drogas; 01 Albergue Terapêutico; 01 Residência Terapêutica e o suporte diagnóstico do Laboratório Municipal.

A rede conveniada é formada pela Fundação Martiniano Fernandes (Oscar Coutinho), Hospital São João da Escócia e Hospital Santo Amaro.

#### 4.1.2 Microrregião 6.2

A Microrregião 6.2 é composta pelos bairros Ibura e Jordão. Apresenta uma população de 65.514 habitantes, distribuída nos seus 16.778 domicílios (IBGE, 2000).

A rede de saúde da Atenção Básica é formada por 14 Equipes de Saúde da Família (06 Unidades de Saúde da Família); 33 micro-áreas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o que representa um percentual 69,09% de cobertura da população e um Centro de Saúde. Ainda são ofertados os serviços de Academia da Cidade, o programa de Redução de Danos, o Programa de saúde Ambiental, a Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) e a Ação Avançada de Saúde Mental.

A Média Complexidade é formada por 02 Policlínicas, 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 02 para transtorno e 01 Álcool e outras Drogas; 01

Albergue Terapêutico; 01 Residência Terapêutica e o suporte diagnóstico do Laboratório Municipal.

A rede conveniada é formada pela Fundação Martiniano Fernandes (Oscar Coutinho), Hospital São João da Escócia e Hospital Santo Amaro.

#### 4.1.3 Microrregião 6.3

A Microrregião 6.3 é composta pelo bairro Cohab, conhecido genericamente pela população local como “Ibura de cima”. Apresenta uma população de 69.134 habitantes, distribuída nos seus 17.256 domicílios (IBGE, 2000).

A rede de saúde da Atenção Básica é formada por 29 Equipes de Saúde da Família (13 Unidades de Saúde da Família); 08 micro-áreas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o que representa um percentual próximo a 100% de cobertura da população e um Centro de Saúde. Ainda são ofertados os serviços de Academia da Cidade, o programa de Redução de Danos, o Programa de saúde Ambiental, a Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) e a Ação Avançada de Saúde Mental.

A Média Complexidade é formada por 01 Unidade Tradicional, 02 Policlínicas, 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 02 para transtorno e 01 Álcool e outras Drogas; 01 Albergue Terapêutico; 01 Residência Terapêutica e o suporte diagnóstico do Laboratório Municipal.

A rede conveniada é formada pela Fundação Martiniano Fernandes (Oscar Coutinho), Hospital São João da Escócia e Hospital Santo Amaro.



## 4.2 Universo do Estudo/ Período de Referência

Foi avaliada a totalidade das unidades ambulatoriais que possuem convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), correspondendo a 64 Equipes de Saúde da Família e 07 Centros de Saúde do Distrito Sanitário VI, existentes e prestando atividades assistenciais em dezembro de 2006.

MICRORREGIÃO	ESF	CS	TOTAL
6.1	21	05	26
6.2	14	01	15
6.3	29	01	30
<b>TOTAL</b>	64	7	71

**Quadro 01:** Número de Equipes de Saúde da Família (ESF) e Centros de Saúde (CS) avaliados no Distrito Sanitário VI da Cidade do Recife, 2007.

Fonte: Elaborado pelo autor.

## 4.3 Tipo de Estudo

Estudo avaliativo do tipo normativo, descritivo, de corte transversal, onde será julgada uma área estratégica através da aplicação de normas comparando-as com os recursos de intervenção e sua organização, para ajudar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

## 4.4 Variáveis de Análise

Para avaliar o grau de implantação da área estratégica de Saúde da Criança, utilizou-se os componentes Vigilância Nutricional, Imunização e Assistência às Doenças Prevalentes na Infância. Foram selecionadas as principais atividades e

insumos necessários para cada componente, como por exemplo: captação de crianças para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD), utilização cartão gráfico para acompanhamento do CD, agendamento de consulta de puericultura, desenvolvimento de programa de combate às carências nutricionais, existência de fichário com cartão de aprazamento das vacinas, realização de busca de faltosos, utilização de sinais preditivos para classificar casos de pneumonia, e existência de nebulizador em funcionamento (Quadro 02).

#### **4.5 Validade do Instrumento**

Foi utilizado para coleta dos dados primários um questionário (Anexo A) construído por Cavalcante (2004), o qual contempla as responsabilidades e o elenco de atividades da área estratégica de Saúde da Criança expressa no Anexo 1 da NOAS-SUS 01/02 (BRASIL, 2002d).

Área Estratégica Mínima da Atenção Básica			Documentos utilizados para elaboração do instrumento	Técnicas de Coleta	Tipo do Dado
Área Estratégica	Componentes	Atividades e insumos			
Saúde da Criança	Vigilância Nutricional	Captação de crianças para acompanhamento do CD Há insumos e equipamentos para acompanhamento do CD Utilização cartão gráfico para acompanhamento do CD Agendamento de consulta de puericultura Desenvolvimento de programa de combate às carências nutricionais Orientação sobre aleitamento materno durante pré-natal Incentiva o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento Realização de visita domiciliar puérpera-bebê na 1ª semana pós- parto <u>Realização de atividades educativas relativas à CD e aleitamento materno</u>	Anexo 1 da NOAS 01/02 – Ações de Saúde da Criança (BRASIL, 2002a)	Entrevista	Primário
	Imunização	Disponibilidade de vacinas preconizadas pelo PNI Há geladeira de uso exclusivo para vacinas Há tabela de controle diário de temperatura fora da geladeira Vacinas do dia ficam em caixa de isopor Há fichário com cartão de aprazamento das vacinas Realização de busca de faltosos <u>Realização de atividades educativas dirigidas à imunização</u>	Instrumento Gerencial da Saúde da Criança adotado pelo Ministério da Saúde (adaptado pelo Instituto Materno Infantil de Pernambuco (BRASIL, 1995)		
	Assistência às Doenças Prevalentes na Infância	Utilização de sinais preditivos para classificar casos de pneumonia Há medicamentos para atendimento aos casos de IRA Há nebulizador em funcionamento Há Garantia de atendimento para os casos que precisam retornar Realização de TRO na unidade quando necessário Há medicamentos disponíveis para tratamento de disenteria-cólera Há garantia de referência ambulatorial ou hospitalar através de regulação Realização de atividades educativas dirigidas às doenças prevalentes			

**Quadro 02** - Variáveis para o Grau de Implantação das Áreas Estratégicas Mínimas da Atenção Básica, segundo documentos utilizados para a elaboração do instrumento, técnicas de coleta e tipo de dado.

**Fonte:** Adaptado de CAVALCANTE (2004).

#### 4.6 Coleta dos Dados

A coleta foi realizada durante o mês de janeiro do ano 2007. Os dados foram coletados a partir de entrevistas realizadas pela pesquisadora e estagiárias da Gerência Operacional de Atenção à Saúde do Distrito Sanitário VI. O questionário foi respondido pelo médico (a) ou enfermeira nas Equipes de Saúde da Família e pelas enfermeiras nos Centros de Saúde.

Os dados foram processados no programa Epi-info versão 6.0, e a análise dos resultados será remetida às Unidades participantes e Gerência Distrital.

#### 4.7 Plano de Análise

Inicialmente, foi realizada uma descrição das atividades e insumos existentes nas ESF e CS, segundo os componentes Vigilância Nutricional, Imunização e Assistência às Doenças Prevalentes na Infância. Esta descrição foi representada em quadros, para melhor visualização: quando a atividade era realizada e/ou a unidade possuía o insumo em questão, utilizou-se a cor verde; quando a resposta era negativa, utilizou-se a cor vermelha.

A partir do percentual de questões respondidas afirmativamente para cada componente nas ESF e nos CS em cada microrregião, considerou-se o seguinte ponto de corte:

- entre 80 e 100% considerou-se o componente *implantado* e foi representado pela cor verde;
- entre 60 e 80% *parcialmente implantado*, e representado pela cor amarela;
- abaixo de 60% *não implantado*, e representado pela cor vermelha.

#### **4.8 Aspectos Éticos**

O presente projeto foi aprovado na íntegra pelo comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Atividades desenvolvidas e insumos existentes segundo os componentes Vigilância Nutricional, Imunização e Assistência às Doenças prevalentes na Infância.

#### 5.1.1 Vigilância Nutricional

##### 5.1.1.1 Microrregião 6.1

Em relação às ESF, 76,19% (16) delas desenvolvem todas as atividades previstas para o componente Vigilância Nutricional. É observada a inexistência de programas de combate às doenças nutricionais em 14,28% (03) delas. Apenas 4,76% (01) não realizam captação de crianças para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e não encontram-se providas de insumos e equipamentos para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento semelhante percentual de ESF.

A totalidade dos centros de saúde não capta crianças para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; Não realizadas visitas domiciliares puérpera-bebê na primeira semana pós- parto em 80% (04), bem como não são desenvolvidos programas de combate às carências nutricionais, nem agendadas consultas de puericultura em 60% (03) destas unidades.

As atividades desenvolvidas e os insumos existentes nas ESF e Centros de Saúde da Microrregião 6.1 são apresentados nos **Quadros 03 e 04**.

ATIVIDADES	BR1	BR2	BV1	BV2	BV3	CA1	CO1	CO2	DD1	ID1	EA1	EA2	PI1	PI2	PI3	PI4	SG1	SG2	SG3	VI1	VI2	
Faz captação de crianças para acompanhamento do CD																						
Há insumos e equipamentos para acompanhamento do CD																						
Utiliza cartão gráfico para acompanhamento do CD																						
Agenda consulta de puericultura																						
Há algum programa de combate às carências nutricionais																						
Orienta sobre aleitamento materno durante pré-natal																						
Incentiva o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento																						
Realiza visita domiciliar puérpera-bebê na 1ª semana pós- parto																						
Realiza atividades educativas relativas à CD e aleitamento materno																						

**Quadro 03:** Atividades e insumos relacionados ao componente Vigilância Nutricional, nas Equipes de Saúde da Família da Microrregião 6.1 do DS VI – Recife, 2007.

**Nota:**

BR1=ESF Beira Rio 1  
CA1=ESF Cafesópolis 1  
EA1=ESF Entra Apulso 1  
PI4=ESF Pina 4  
VI2= ESF Vila do Ipsep 2

BR2=ESF Beira Rio 2  
CO1=ESF Coqueiral 1  
EA2=ESF Entra Apulso 2  
SG1= ESF Sítio Grande 1

BV1=ESF Bernard Van Lee 1  
CO2=ESF Coqueiral 2  
PI1=ESF Pina 1  
SG2= ESF Sítio Grande 2

BV2=ESF Bernard Van Lee 2  
DD1=ESF Dancing Days 1  
PI2=ESF Pina 2  
SG3= ESF Sítio Grande 3

BV3=ESF Bernard Van Lee 3  
ID1=ESF Ilha de Deus 1  
PI3=ESF Pina 3  
VI1= ESF Vila do Ipsep 1



ATIVIDADES	CSDH	CSCL	CSRG	CSDB	CSMV
Faz captação de crianças para acompanhamento do CD	Realiza	Não realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Há insumos e equipamentos para acompanhamento do CD	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Utiliza cartão gráfico para acompanhamento do CD	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Agenda consulta de puericultura	Realiza	Não realiza	Realiza	Não realiza	Não realiza
Há algum programa de combate às carências nutricionais	Realiza	Não realiza	Realiza	Não realiza	Não realiza
Orienta sobre aleitamento materno durante pré-natal	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Incentiva o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Realiza visita domiciliar puérpera-bebê na 1ª semana pós- parto	Não realiza	Não realiza	Não realiza	Realiza	Não realiza
Realiza atividades educativas relativas à CD e aleitamento materno	Não realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza

**Quadro 04:** Atividades e insumos relacionados ao componente Vigilância Nutricional, nos Centros de Saúde da Microrregião 6.1 do DS VI – Recife, 2007.

**Nota:**

CSDH=Centro de Saúde  
Dialma de Holanda Cavalcante

CSCL=Centro de Saúde  
Profº José Carneiro Leão

CSRG=Centro de Saúde  
Vereador Romildo Gomes

CSDB=Centro de Saúde  
Profº Diair Brindeiro

CSMV= Centro de Saúde  
Dom Muiauel de Lima Val Verde





### 5.1.1.2 Microrregião 6.2

Em relação às ESF, 64,28% (09) delas desenvolvem todas as atividades previstas para o componente Vigilância Nutricional. Não é realizada a captação de crianças para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em 28,57% (04). Em 7,14% (01) não é agendada consulta de puericultura e não possui insumos e equipamentos para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento semelhante percentual de ESF.

O Centro de Saúde não capta crianças para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, não desenvolve algum programa de combate às carências nutricionais, nem agenda consulta de puericultura.

As atividades desenvolvidas e os insumos existentes nas ESF e Centros de Saúde da Microrregião 6.2 são apresentados no **Quadro 05**.

ATIVIDADES	AV1	ABV1	JA1	JA2	JA3	JB1	JB2	JB3	RP1	RP2	RP3	VS1	VS2	VS3	CSAA
Faz captação de crianças para acompanhamento do CD	Realiza	Não realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Há insumos e equipamentos para acompanhamento do CD	Realiza	Não realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Utiliza cartão gráfico para acompanhamento do CD	Realiza	Não realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Agenda consulta de puericultura	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Há algum programa de combate às carências nutricionais	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Orienta sobre aleitamento materno durante pré-natal	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Incentiva o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Realiza visita domiciliar puérpera-bebê na 1ª semana pós- parto	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Realiza atividades educativas relativas à CD e aleitamento materno	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza

**Quadro 05:** Atividades e insumos relacionados ao componente Vigilância Nutricional, nas Equipes de Saúde da Família e Centro de Saúde da Microrregião 6.2 do DS VI – Recife, 2007.

**Nota:**

AV1=ESF Água Viva 1  
 JB1=ESF Jordão Baixo 1  
 RP3=ESF Rio da Prata 3

ABV1=ESF Alto da Bela Vista 1  
 JB2=ESF Jordão Baixo 2  
 VS1=ESF Vila do Sesi 1

JA1=ESF Jordão Alto 1  
 JB3=ESF Jordão Baixo 3  
 VS2=ESF Vila do Sesi 2

JA2=ESF Jordão Alto 2  
 RP1=ESF Rio da Prata 1  
 VS3=ESF Vila do Sesi 3

JA3=ESF Jordão Alto 3  
 RP2=ESF Rio da Prata 2  
 CSAA=Centro de Saúde Drº Aristarco de Azevedo



### 5.1.1.3 Microrregião 6.3

Em relação às outras Microrregiões, observa-se nesta o maior percentual de ESF - 86,21% (25) - que desenvolvem todas as atividades previstas para o componente Vigilância Nutricional. Não é realizada a captação de crianças para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em 10,34% (03). Observa-se a não realização de atividades educativas relacionadas ao crescimento e desenvolvimento e aleitamento materno em 6,90% (02). Apenas 3,45% (01) não possuem programas de combate às doenças nutricionais e não são realizadas visitas domiciliares puérpera – bebê na primeira semana pós parto por semelhante percentual de ESF.

O Centro de Saúde demonstrou baixo desempenho em relação às ESF: não capta crianças para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; não realiza visita domiciliar puérpera-bebê na primeira semana pós- parto, não desenvolve programas de combate às carências nutricionais, nem realiza atividades educativas relacionadas ao crescimento e desenvolvimento e aleitamento materno.

As atividades desenvolvidas e os insumos existentes nas ESF e Centros de Saúde da Microrregião 6.3 são apresentados nos **Quadros 06 e 07**.

ATIVIDADES	JC1	JC2	LE1	LE2	LE3	MV1	MV2	PA1	PM1	TC1	TC2	TC3	TB1	TB2	TB3	UR21	UR22
Faz captação de crianças para acompanhamento do CD																	
Há insumos e equipamentos para acompanhamento do CD																	
Utiliza cartão gráfico para acompanhamento do CD																	
Agenda consulta de puericultura																	
Há algum programa de combate às carências nutricionais																	
Orienta sobre aleitamento materno durante pré-natal																	
Incentiva o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento																	
Realiza visita domiciliar puérpera-bebê na 1ª semana pós-parto																	
Realiza atividades educativas relativas à CD e aleitamento materno																	

**Quadro 06:** Atividades e insumos relacionados ao componente Vigilância Nutricional, nas Equipes de Saúde da Família da Microrregião 6.3 do DS VI – Recife, 2007.

**Nota:**

JC1=ESF Josué de Castro 1  
 MV1=ESF Monte Verde 1  
 TC2=ESF Três Carneiros 2  
 UR21=ESF UR 02 1

JC2=ESF Josué de Castro 2  
 MV2=ESF Monte Verde 2  
 TC3=ESF Três Carneiros 3  
 UR22=ESF UR 02 2

LE1=ESF Lagoa Encantada 1  
 PA1=ESF Pantanal 1  
 TB1=ESF Três Carneiros Baixo 1

LE2=ESF Lagoa Encantada 2  
 PM1=ESF Parque dos Milagres 1  
 TB2=ESF Três Carneiros Baixo 2

LE3=ESF Lagoa Encantada 3  
 TC1=ESF Três Carneiros 1  
 TB3=ESF Três Carneiros Baixo 3



ATIVIDADES	UR31	UR41	UR42	UR43	UR101	UR102	UR121	UR122	VA1	VA2	VM1	VM2	CSIV
Faz captação de crianças para acompanhamento do CD													
Há insumos e equipamentos para acompanhamento do CD													
Utiliza cartão gráfico para acompanhamento do CD													
Agenda consulta de puericultura													
Há algum programa de combate às carências nutricionais													
Orienta sobre aleitamento materno durante pré-natal													
Incentiva o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento													
Realiza visita domiciliar puérpera-bebê na 1ª semana pós- parto													
Realiza atividades educativas relativas à CD e aleitamento materno													

**Quadro 07:** Atividades e insumos relacionados ao componente Vigilância Nutricional, nas Equipes de Saúde da Família e no Centro de Saúde da Microrregião 6.3 do DS VI – Recife, 2007.

**Nota:**

UR31=ESF UR 03 1  
 UR102=ESF UR 10 2  
 VM1=ESF Vila dos Milagres 1

UR41=ESF UR 04 1  
 UR121=ESF UR 12 1  
 VM2=ESF Vila dos Milagres 2

UR42=ESF UR 04 2  
 UR122=ESF UR 12 2  
 CSIV=Centro de Saúde Profº Ivo

UR43=ESF UR 04 3  
 VA1=ESF Vila das Aeromoças 1

UR101=ESF UR 10 1  
 VA2=ESF Vila das Aeromoças 2



## 5.1.2 Imunização

### 5.1.2.1 Microrregião 6.1

Em relação às outras Microrregiões, observa-se nesta o maior percentual de ESF - 71,43% (15) - que desenvolvem todas as atividades previstas para o componente Imunização. Não há fichário com cartão de aprazamento das vacinas em 19,05% (04) das equipes. Não se realiza busca de faltosos, assim como não são desenvolvidas atividades educativas dirigidas à Imunização em 9,52% (02) das equipes.

A totalidade dos Centros de Saúde não realiza busca de faltosos. Não são desenvolvidas atividades educativas dirigidas à Imunização por 40% (02) e 20% (01) não têm fichário com cartão de aprazamento das vacinas.

As atividades desenvolvidas e os insumos existentes nas ESF e Centros de Saúde da Microrregião 6.1 são apresentados nos **Quadros 08 e 09**.

ATIVIDADES	BR1	BR2	BV1	BV2	BV3	CA1	CO1	CO2	DD1	ID1	EA1	EA2	PI1	PI2	PI3	PI4	SG1	SG2	SG3	VI1	VI2	
Dispõe de vacinas preconizadas pelo PNI																						
Há geladeira de uso exclusivo para vacinas																						
Há tabela de controle diário de tº fora da geladeira																						
Vacinas do dia ficam em caixa de isopor																						
Há fichário com cartão de aprazamento das vacinas																						
Realiza busca de faltosos																						
Realiza atividades educativas dirigidas à imunização																						

**Quadro 08:** Atividades e insumos relacionados ao componente Imunização, nas Equipes de Saúde da Família da Microrregião 6.1 do DS VI – Recife, 2007.

**Nota:**

BR1=ESF Beira Rio 1  
CA1=ESF Cafesópolis 1  
EA1=ESF Entra Apulso 1  
PI4=ESF Pina 4  
VI2= ESF Vila do Ipsep 2

BR2=ESF Beira Rio 2  
CO1=ESF Coqueiral 1  
EA2=ESF Entra Apulso 2  
SG1= ESF Sítio Grande 1

BV1=ESF Bernard Van Lee 1  
CO2=ESF Coqueiral 2  
PI1=ESF Pina 1  
SG2= ESF Sítio Grande 2

BV2=ESF Bernard Van Lee 2  
DD1=ESF Dancing Days 1  
PI2=ESF Pina 2  
SG3= ESF Sítio Grande 3

BV3=ESF Bernard Van Lee 3  
ID1=ESF Ilha de Deus 1  
PI3=ESF Pina 3  
VI1= ESF Vila do Ipsep 1

**Realiza** **Não realiza**

ATIVIDADES	CSDH	CSCL	CSRG	CSDB	CSMV
Dispõe de vacinas preconizadas pelo PNI					
Há geladeira de uso exclusivo para vacinas					
Há tabela de controle diário de tº fora da geladeira					
Vacinas do dia ficam em caixa de isopor					
Há fichário com cartão de aprazamento das vacinas					
Realiza busca de faltosos					
Realiza atividades educativas dirigidas à imunização					

**Quadro 09:** Atividades e insumos relacionados ao componente Imunização, nos Centros de Saúde da Microrregião 6.1 do DS VI – Recife, 2007.

**Nota:**

CSDH=Centro de Saúde  
Djalma de Holanda Cavalcante

CSCL=Centro de Saúde  
Profº José Carneiro Leão

CSRG=Centro de Saúde  
Vereador Romildo Gomes

CSDB=Centro de Saúde  
Profº Djair Brindeiro

CSMV= Centro de Saúde  
Dom Muiguel de Lima Val Verde





### 5.1.2.2 Microrregião 6.2

Chama atenção nesta Micro-região, uma ESF que não realiza nenhuma atividade prevista para o componente Imunização. Fato explicado por esta ESF funcionar como um PACS. Apenas a enfermeira e os Agente Comunitários de Saúde, desenvolvem as ações da Atenção Básica. Ainda não contam com a Unidade, nem com os demais profissionais que compõem uma ESF. Em compensação 50,0% (07) delas desenvolvem todas estas atividades. Não são desenvolvidas atividades educativas dirigidas à Imunização por 42,86% (06) das ESF. Apresentam-se sem fichário com cartão de aprazamento das vacinas 28,57% (04); não é realizada busca de faltosos em 21,43% (03) e 14,28% (02) não separam as vacinas do dia em caixas de isopor.

O Centro de Saúde não realiza busca de faltosos, nem tem fichário com cartão de aprazamento das vacinas.

As atividades desenvolvidas e os insumos existentes nas ESF e no Centro de Saúde da Microrregião 6.2 são apresentados no **Quadro 10**.

ATIVIDADES	AV1	ABV1	JA1	JA2	JA3	JB1	JB2	JB3	RP1	RP2	RP3	VS1	VS2	VS3	CSAA
Dispõe de vacinas preconizadas pelo PNI	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Há geladeira de uso exclusivo para vacinas	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Há tabela de controle diário de tº fora da geladeira	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Vacinas do dia ficam em caixa de isopor	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Não realiza	Realiza	Realiza
Há fichário com cartão de aprazamento das vacinas	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Não realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Não realiza
Realiza busca de faltosos	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Não realiza
Realiza atividades educativas dirigidas à imunização	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Não realiza	Realiza	Não realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza

**Quadro 10:** Atividades e insumos relacionados ao componente Imunização, nas Equipes de Saúde da Família e no Centro de Saúde da Microrregião 6.2 do DS VI – Recife, 2007.

**Nota:**

AV1=ESF Água Viva 1  
 JB1=ESF Jordão Baixo 1  
 RP3=ESF Rio da Prata 3

ABV1=ESF Alto da Bela Vista 1  
 JB2=ESF Jordão Baixo 2  
 VS1=ESF Vila do Sesi 1

JA1=ESF Jordão Alto 1  
 JB3=ESF Jordão Baixo 3  
 VS2=ESF Vila do Sesi 2

JA2=ESF Jordão Alto 2  
 RP1=ESF Rio da Prata 1  
 VS3=ESF Vila do Sesi 3

JA3=ESF Jordão Alto 3  
 RP2=ESF Rio da Prata 2  
 CSAA=Centro de Saúde Drº Aristarco de Azevedo



### 5.1.2.3 Microrregião 6.3

Em 68,96% (20) das equipes são realizadas todas atividade previstas para o componente Imunização. Não são desenvolvidas atividades educativas dirigidas à Imunização em 13,79% (04) delas. Não se realiza busca de faltosos em 10,34% (03) e 6,90% (02) não têm fichário com cartão de aprazamento das vacinas.

O Centro de Saúde não desenvolve atividades educativas dirigidas à Imunização, nem realiza busca de faltosos.

As atividades desenvolvidas e os insumos existentes nas ESF e no Centro de Saúde da Microrregião 6.3 são apresentados nos **Quadros 11 e 12**.

ATIVIDADES	JC1	JC2	LE1	LE2	LE3	MV1	MV2	PA1	PM1	TC1	TC2	TC3	TB1	TB2	TB3	UR21	UR22
Dispõe de vacinas preconizadas pelo PNI																	
Há geladeira de uso exclusivo para vacinas																	
Há tabela de controle diário de tº fora da geladeira																	
Vacinas do dia ficam em caixa de isopor																	
Há fichário com cartão de aprazamento das vacinas																	
Realiza busca de faltosos																	
Realiza atividades educativas dirigidas à imunização																	

**Quadro 11:** Atividades e insumos relacionados ao componente Imunização, nas Equipes de Saúde da Família da Microrregião 6.3 do DS VI – Recife, 2007.

**Nota:**

JC1=ESF Josué de Castro 1  
 MV1=ESF Monte Verde 1  
 TC2=ESF Três Carneiros 2  
 UR21=ESF UR 02 1

JC2=ESF Josué de Castro 2  
 MV2=ESF Monte Verde 2  
 TC3=ESF Três Carneiros 3  
 UR22=ESF UR 02 2

LE1=ESF Lagoa Encantada 1  
 PA1=ESF Pantanal 1  
 TB1=ESF Três Carneiros Baixo 1

LE2=ESF Lagoa Encantada 2  
 PM1=ESF Parque dos Milagres 1  
 TB2=ESF Três Carneiros Baixo 2

LE3=ESF Lagoa Encantada 3  
 TC1=ESF Três Carneiros 1  
 TB3=ESF Três Carneiros Baixo 3



ATIVIDADES	UR31	UR41	UR42	UR43	UR101	UR102	UR121	UR122	VA1	VA2	VM1	VM2	CSIR
Dispõe de vacinas preconizadas pelo PNI													
Há geladeira de uso exclusivo para vacinas													
Há tabela de controle diário de tº fora da geladeira													
Vacinas do dia ficam em caixa de isopor													
Há fichário com cartão de aprazamento das vacinas													
Realiza busca de faltosos													
Realiza atividades educativas dirigidas à imunização													

**Quadro 12:** Atividades e insumos relacionados ao componente Imunização, nas Equipes de Saúde da Família e Centro de Saúde da Microrregião 6.3 do DS VI – Recife, 2007.

**Nota:**

UR31=ESF UR 03 1  
UR102=ESF UR 10 2  
VM1=ESF Vila dos Milagres 1

UR41=ESF UR 04 1  
UR121=ESF UR 12 1  
VM2=ESF Vila dos Milagres 2

UR42=ESF UR 04 2  
UR122=ESF UR 12 2  
CSIV=Centro de Saúde Profº Ivo Rabelo

UR43=ESF UR 04 3  
VA1=ESF Vila das Aeroçoças 1

UR101=ESF UR 10 1  
VA2=ESF Vila das Aeroçoças 2



### 5.1.3 Assistência às Doenças Prevalentes na Infância

#### 5.1.3.1 Microrregião 6.1

Nesta Microrregião, observa-se que entre os componente estudados, Assistência às Doenças Prevalentes na Infância apresenta o menor percentual de ESF - 42,86% (09) - desenvolvendo todas as atividades previstas para o mesmo. Em semelhante percentual de equipes, não há garantia de referência ambulatorial ou hospitalar, quando necessário. Não são desenvolvidas atividades educativas dirigidas às doenças prevalentes por 19,05% (04) e não é realizada terapia de reidratação oral quando necessária em 14,28% (03) das equipes.

Em 40% (02) dos Centros de Saúde são realizadas todas as atividades previstas para o componente Assistência às Doenças Prevalentes na Infância. Observa-se inexistência de medicamentos para atendimento aos casos de IRA; a não utilização de sinais preditivos para classificar casos de pneumonia, bem como a inexistência de garantia de referência ambulatorial ou hospitalar através de regulação quando necessário, em 20% (01) dos centros.

As atividades desenvolvidas e os insumos existentes nas ESF e Centros de Saúde da Microrregião 6.1 são apresentados nos **Quadros 13 e 14**.

ATIVIDADES	BR1	BR2	BV1	BV2	BV3	CA1	CO1	CO2	DD1	ID1	EA1	EA2	PI1	PI2	PI3	PI4	SG1	SG2	SG3	VI1	VI2	
Utiliza sinais preditivos para classificar casos de pneumonia																						
Há medicamentos para atendimento aos casos de IRA																						
Há nebulizador em funcionamento																						
Garante atendimento para os casos que precisam retornar																						
Faz TRO na unidade quando necessário																						
Há medicamentos disponíveis pra tratamento de disenteria-cólera																						
Há garantia de referência ambulatorial ou hospitalar através de regulação																						
Realiza atividades educativas dirigidas às doenças prevalentes																						

**Quadro 13:** Atividades e insumos relacionados ao componente Assistência às doenças prevalentes na infância, nas Equipes de Saúde da Família da Microrregião 6.1 do DS VI – Recife, 2007.

**Nota:**

BR1=ESF Beira Rio 1  
CA1=ESF Cafesópolis 1  
EA1=ESF Entra Apulso 1  
PI4=ESF Pina 4  
VI2= ESF Vila do Ipsep 2

BR2=ESF Beira Rio 2  
CO1=ESF Coqueiral 1  
EA2=ESF Entra Apulso 2  
SG1= ESF Sítio Grande 1

BV1=ESF Bernard Van Lee 1  
CO2=ESF Coqueiral 2  
PI1=ESF Pina 1  
SG2= ESF Sítio Grande 2

BV2=ESF Bernard Van Lee 2  
DD1=ESF Dancing Days 1  
PI2=ESF Pina 2  
SG3= ESF Sítio Grande 3

BV3=ESF Bernard Van Lee 3  
ID1=ESF Ilha de Deus 1  
PI3=ESF Pina 3  
VI1= ESF Vila do Ipsep 1



ATIVIDADES	CSDH	CSCL	CSRG	CSDB	CSMV
Utiliza sinais preditivos para classificar casos de pneumonia	Realiza	Não realiza	Realiza	Não realiza	Realiza
Há medicamentos para atendimento aos casos de IRA	Realiza	Não realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Há nebulizador em funcionamento	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Garante atendimento para os casos que precisam retornar	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Faz TRO na unidade quando necessário	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Há medicamentos disponíveis pra tratamento de disenteria-cólera	Realiza	Não realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Há garantia de referência ambulatorial ou hospitalar através de regulação	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Realiza atividades educativas dirigidas às doenças prevalentes	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Não realiza

**Quadro 14:** Atividades e insumos relacionados ao componente Assistência às doenças prevalentes na infância, nos Centros de Saúde da Microrregião 6.1 do DS VI – Recife, 2007.

**Nota:**

CSDH=Cenro de Saúde  
Djalma de Holanda Cavalcante

CSCL+Centro de Saúde  
Pofº José Carneiro Leão

CSRG=Centro de Saúde  
Vereador Romildo Gomes

CSDB+Centro de Saúde  
Profº Djair Brindeiro

CSMV= Centro de Saúde  
Dom Muiguel de Lima Val Verde





### 5.1.3.2 Microrregião 6.2

Observa-se nesta microrregião que entre os componentes estudados, Assistência às Doenças Prevalentes na Infância apresenta o menor percentual de ESF - 42,86% (06) - desenvolvendo todas as atividades previstas para o mesmo. Além disso, chama atenção o fato de uma equipe que desenvolve apenas duas atividades deste componente: terapia de reidratação oral na unidade, quando necessário e atividades educativas dirigidas às doenças prevalentes. Não são utilizados sinais preditivos para classificar casos de pneumonia em 35,71% (05) das ESF e 14,28% (02) delas não realizam atividades educativas dirigidas às doenças prevalentes.

Diferente do desempenho que vem sendo apresentado pelos Centros de Saúde nas demais Micro-regiões, nesta micro, o Centro realiza 100% das atividades previstas.

As atividades desenvolvidas e os insumos existentes nas ESF e Centros de Saúde da Microrregião 6.2 são apresentados no **Quadro 15**.

ATIVIDADES	AV1	ABV1	JA1	JA2	JA3	JB1	JB2	JB3	RP1	RP2	RP3	VS1	VS2	VS3	CSAA
Utiliza sinais preditivos para classificar casos de pneumonia	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Não realiza	Não realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Não realiza	Não realiza	Realiza	Realiza
Há medicamentos para atendimento aos casos de IRA	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Há nebulizador em funcionamento	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Garante atendimento para os casos que precisam retornar	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Faz TRO na unidade quando necessário	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Há medicamentos disponíveis pra tratamento de disenteria-cólera	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza
Há garantia de referência ambulatorial ou hospitalar através de regulação	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Não realiza	Não realiza	Realiza	Realiza
Realiza atividades educativas dirigidas às doenças prevalentes	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Realiza	Não realiza	Não realiza	Realiza	Realiza	Não realiza	Realiza

**Quadro 15:** Atividades e insumos relacionados ao componente Assistência às doenças prevalentes na infância, nas Equipes de Saúde da Família e Centro de Saúde da Microrregião 6.2 do DS VI – Recife, 2007.

**Nota:**

AV1=ESF Água Viva 1  
 JB1=ESF Jordão Baixo 1  
 RP3=ESF Rio da Prata 3

ABV1=ESF Alto da Bela Vista 1  
 JB2=ESF Jordão Baixo 2  
 VS1=ESF Vila do Sesi 1

JA1=ESF Jordão Alto 1  
 JB3=ESF Jordão Baixo 3  
 VS2=ESF Vila do Sesi 2

JA2=ESF Jordão Alto 2  
 RP1=ESF Rio da Prata 1  
 VS3=ESF Vila do Sesi 3

JA3=ESF Jordão Alto 3  
 RP2=ESF Rio da Prata 2  
 CSAA=Centro de Saúde Drº Aristarco de



### 5.1.3.3 Microrregião 6.3

Assim como nas Micro-regiões descritas anteriormente observa-se nesta que entre os componentes estudados, Assistência às Doenças Prevalentes na Infância apresenta o menor percentual de ESF - 48,27% (14) - desenvolvendo todas as atividades previstas. Observa-se a falta de garantia de referência ambulatorial ou hospitalar através de regulação em 27,59% (08) das ESF. Não são desenvolvidas atividades educativas dirigidas às doenças prevalentes por 20,69% (06) das equipes. Não se realiza terapia de reidratação oral na unidade e não possui nebulizador em funcionamento, em 6,90% (02) das equipes. Além disto, 3,45% (01) não utilizam sinais preditivos para classificar casos de pneumonia.

O Centro de Saúde desenvolve todas as atividades previstas pra o componente exceto utilização de sinais preditivos para classificar casos de pneumonia e realização de atividades educativas dirigidas às doenças prevalentes.

As atividades desenvolvidas e os insumos existentes nas ESF e Centros de Saúde da Microrregião 6.3 são apresentados nos **Quadros 16 e 17**.

ATIVIDADES	JC1	JC2	LE1	LE2	LE3	MV1	MV2	PA1	PM1	TC1	TC2	TC3	TB1	TB2	TB3	UR21	UR22
Utiliza sinais preditivos para classificar casos de pneumonia																	
Há medicamentos para atendimento aos casos de IRA																	
Há nebulizador em funcionamento																	
Garante atendimento para os casos que precisam retornar																	
Faz TRO na unidade quando necessário																	
Há medicamentos disponíveis pra tratamento de disenteria-cólera																	
Há garantia de referência ambulatorial ou hospitalar através de regulação																	
Realiza atividades educativas dirigidas às doenças prevalentes																	

**Quadro 16:** Atividades e insumos relacionados ao componente Assistência às doenças prevalentes na infância, nas Equipes de Saúde da Família da Microrregião 6.3 do DS VI – Recife, 2007.

**Nota:**

JC1=ESF Josué de Castro 1  
 MV1=ESF Monte Verde 1  
 TC2=ESF Três Carneiros 2  
 UR21=ESF UR 02 1

JC2=ESF Josué de Castro 2  
 MV2=ESF Monte Verde 2  
 TC3=ESF Três Carneiros 3  
 UR22=ESF UR 02 2

LE1=ESF Lagoa Encantada 1  
 PA1=ESF Pantanal 1  
 TB1=ESF Três Carneiros Baixo 1

LE2=ESF Lagoa Encantada 2  
 PM1=ESF Parque dos Milagres 1  
 TB2=ESF Três Carneiros Baixo 2

LE3=ESF Lagoa Encantada 3  
 TC1=ESF Três Carneiros 1  
 TB3=ESF Três Carneiros Baixo 3



ATIVIDADES	UR31	UR41	UR42	UR43	UR101	UR102	UR121	UR122	VA1	VA2	VM1	VM2	CSIR
Utiliza sinais preditivos para classificar casos de pneumonia													
Há medicamentos para atendimento aos casos de IRA													
Há nebulizador em funcionamento													
Garante atendimento para os casos que precisam retornar													
Faz TRO na unidade quando necessário													
Há medicamentos disponíveis pra tratamento de disenteria-cólera													
Há garantia de referência ambulatorial ou hospitalar através de regulação													
Realiza atividades educativas dirigidas às doenças prevalentes													

**Quadro 17:** Atividades e insumos relacionados ao componente Assistência às doenças prevalentes na infância, nas Equipes de Saúde da Família e Centro de Saúde da Microrregião 6.3 do DS VI – Recife, 2007.

**Nota:**

UR31=ESF UR 03 1  
UR102=ESF UR 10 2  
VM1=ESF Vila dos Milagres 1

UR41=ESF UR 04 1  
UR121=ESF UR 12 1  
VM2=ESF Vila dos Milagres 2

UR42=ESF UR 04 2  
UR122=ESF UR 12 2  
CSIV=Centro de Saúde Profº Ivo  
Rahelo

UR43=ESF UR 04 3  
VA1=ESF Vila das Aeroçoas 1

UR101=ESF UR 10 1  
VA2=ESF Vila das Aeroçoas 2



## 5.2 Grau de Implantação dos componentes da Área Estratégica de Saúde da Criança por tipo de unidades e por Microrregiões do Distrito Sanitário VI.

### 5.2.1 Vigilância Nutricional

Nas Microrregiões 6.2 e 6.3 a atividade captação de crianças para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento foi a menos realizada pelas ESF. Enquanto que na MR 6.1 foi o não desenvolvimento de programas de combate às carências nutricionais. Mostrou-se comum às três Microrregiões a não realização pelos Centros de Saúde das seguintes atividades: não captação de crianças para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, não desenvolvimento de algum programa de combate às carências nutricionais e não agendamento da consulta de puericultura. Desta maneira, o componente **Vigilância Nutricional** apresentou-se *implantado* em todas as ESF das três microrregiões, ao passo que nos Centros de Saúde, o referido componente encontra-se *parcialmente implantado* nas microrregiões 6.1 e 6.2, e *não implantado* na 6.3.

### 5.2.2 Imunização

Nas três Microrregiões a inexistência de fichário com cartão de aprazamento das vacinas, o não desenvolvimento de atividades educativas dirigidas à Imunização e a não realização de busca de faltosos, foram as atividades menos realizadas pelas Equipes de Saúde da Família. A Microrregião 6.1 apresenta o maior percentual de equipes que desenvolvem todas as atividades estabelecidas para a Imunização. Na totalidade dos Centros estudados das três Microrregiões não se realiza busca de faltosos. Em relação ao Grau de Implantação o componente **Imunização**, apresenta o mesmo comportamento nas três micro-regiões; mostrando-se *implantado* nas ESF e *parcialmente implantado* nos centros de saúde.

### 5.2.3 Assistência às Doenças Prevalentes na Infância

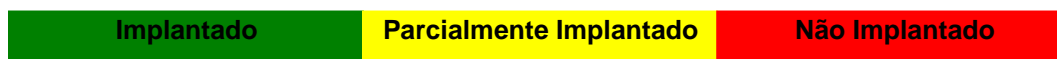
Nas Microrregiões 6.1 e 6.3 as atividades menos desenvolvidas pelas ESF foram: a inexistência da garantia de referência ambulatorial ou hospitalar através de regulação quando necessária e a não realização de atividades educativas dirigidas às doenças prevalentes. Foi na Microrregião 6.3 que observou-se o maior número de ESF realizando todas as atividades estabelecidas para este componente. Em relação aos Centros de Saúde, percebeu-se neste componente o melhor desempenho em comparação aos demais. Na Microrregião 6.2 o CS realiza 100% das atividades estabelecidas. O componente **Assistência às Doenças Prevalentes na Infância** esteve *implantado* nas ESF das três microrregiões. Diferente do comportamento até então demonstrado pelos Centros de Saúde, o referido componente encontra-se *implantado* nos centros de saúde das Micro-regiões 6.1 e 6.2 e *parcialmente implantado* na 6.3.

Neste sentido, o componente que obteve o melhor grau de implantação em todas as microrregiões foi o de **Assistência às Doenças Prevalentes na Infância**. Em todos os componentes da área Estratégica de Saúde da Criança, as ESF obtiveram melhor desempenho do que os Centros de Saúde.

O Grau de Implantação dos componentes da Área Estratégica de Saúde da Criança por tipo de unidades e por Microrregiões do Distrito Sanitário VI são apresentados no **Quadro 18**.

COMPONENTES	M.R. 6.1		M.R. 6.2		M.R. 6.3		DSVI	
	ESF	CS	ESF	CS	ESF	CS	ESF	CS
Vigilância Nutricional	Implantado	Parcialmente Implantado	Implantado	Parcialmente Implantado	Implantado	Não Implantado	Implantado	Parcialmente Implantado
Imunização	Implantado	Parcialmente Implantado	Implantado	Parcialmente Implantado	Implantado	Parcialmente Implantado	Implantado	Parcialmente Implantado
Assistência às Doenças Prevalentes na Infância	Implantado	Implantado	Implantado	Implantado	Implantado	Parcialmente Implantado	Implantado	Implantado

**Quadro 18:** Grau de Implantação da Área Estratégica de Saúde da Criança e seus componentes, nas Microrregiões e no Distrito Sanitário VI – Recife, 2007.

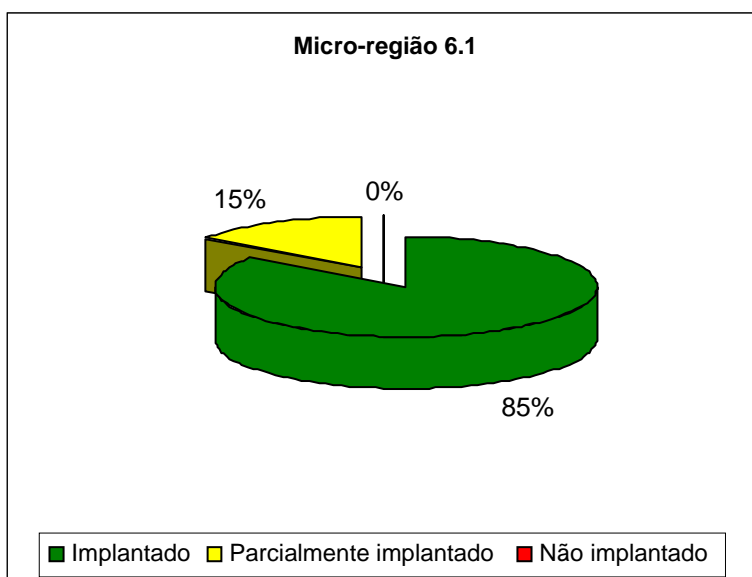




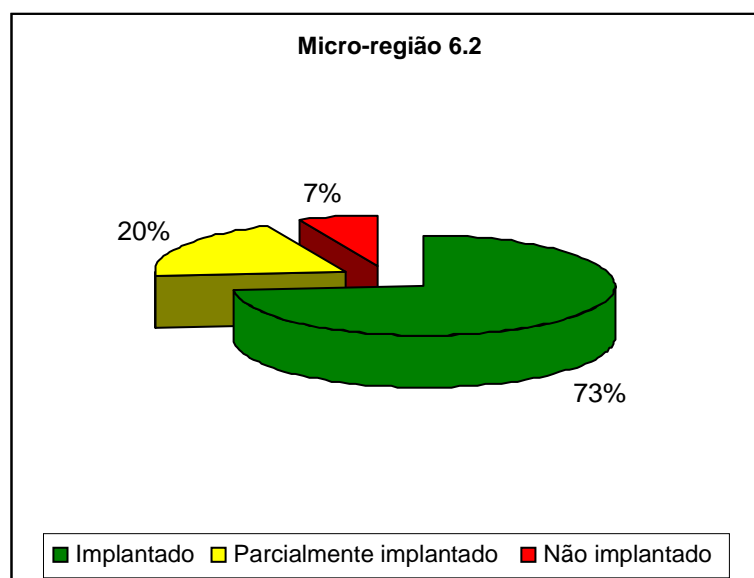
### **5.3 Grau de Implantação da dimensão unitária da Área Estratégica de Saúde da Criança por Microrregiões e no DS VI.**

Com relação ao Grau de Implantação das Unidades (ESF + Centros de Saúde) para a Área Estratégica de Saúde da Criança das três Microrregiões observa-se um maior percentual de unidades com nível implantado na MR 6.3 (Gráfico 03), seguida pela 6.1 (Gráfico 01) e 6.2 (Gráfico 02).

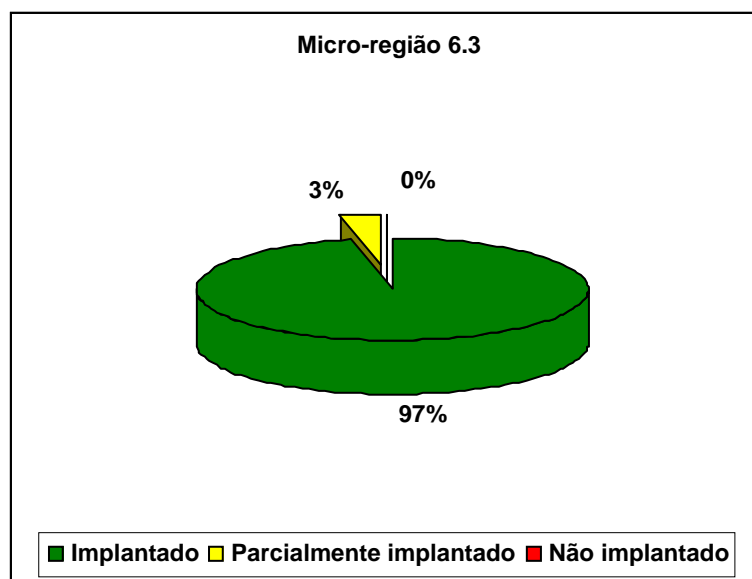
No geral, o Distrito sanitário VI apresenta a maioria de suas unidades categorizadas no nível *implantado* (Gráfico 04).



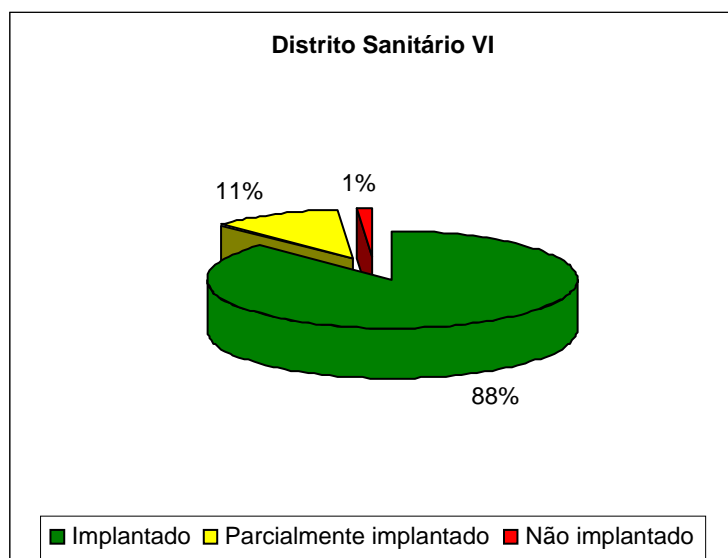
**Gráfico 01 - Grau de Implantação da Área Estratégica de Saúde da Criança, na Micro-região 6.1, do DS VI da cidade do Recife, 2007.**



**Gráfico 02 - Grau de Implantação da Área Estratégica de Saúde da Criança, na Micro-região 6.2, do DS VI da cidade do Recife, 2007.**



**Gráfico 03- Grau de Implantação da Área Estratégica de Saúde da Criança, na Micro-região 6.3, do DS VI da cidade do Recife, 2007.**



**Gráfico 04 - Grau de Implantação da Área Estratégica de Saúde da Criança, no DS VI da cidade do Recife, 2007.**

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 Vigilância Nutricional

O período entre o desmame e os cinco anos de idade é nutricionalmente o mais vulnerável segmento do ciclo de vida. É por essa razão que a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) vêm na vigilância do estado nutricional a principal forma de diagnóstico precoce dos problemas de saúde e nutrição nos primeiros anos de vida.

A promoção e prevenção à saúde são elementos centrais para o desenvolvimento da Vigilância Nutricional. Suas principais atividades compreendem: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o aleitamento materno, e o combate às carências nutricionais (BRASIL, 2002d; CAVALCANTE, 2004).

Ratis e Batista Filho (2004) consideram o crescimento e o desenvolvimento como os dois suportes em torno dos quais devam gravitar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das crianças.

De modo geral define-se Crescimento por aumento do tamanho corporal que cessa com o término do aumento em altura (crescimento linear). É considerado um dos melhores indicadores de Saúde da Criança, por manter estreita relação com fatores ambientais (alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais, higiene, condições de habitação, saneamento básico, acesso a serviços de saúde, entre outros). O desenvolvimento é conceituado por uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva que perpassa além do crescimento, a maturação, aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais (BRASIL, 2002e).

Para o efetivo acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, utiliza-se a mensuração dos índices antropométricos (peso e altura). A partir deste monitoramento é possível identificar crianças com maior risco de morbi-mortalidade

e então desencadear condutas preventivas e/ou curativas conforme o necessário (BRASIL, 2002e; FERNANDES; GALLO; ADVINCULA, 2006).

Por essa razão o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento é entendido como a ação básica a permear toda a atenção à saúde da criança (BRASIL, 2002e).

No DS VI, a totalidade das equipes e Centros de Saúde utiliza o cartão gráfico para o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, demonstrando que percebem a devida importância do desenvolvimento desta atividade. Contrariamente, Ratis e Batista Filho (2004), analisando os aspectos estruturais e processuais da vigilância do crescimento de menores de cinco anos em Pernambuco, constataram que a avaliação do crescimento não se encontrava instrumentalizada na rotina dos serviços de saúde, sendo uma norma não devidamente valorizada.

Ratificando a relevância desta atividade no tocante à Saúde da Criança, Zöllner e Fisberg (2006), sugerem acompanhamento sistemático do déficit de estatura, principalmente nas crianças menores de dois anos.

No DS VI, a captação para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento foi à atividade menos realizada pelas ESF nas microrregiões 6.2 e 6.3. Fato que merece atenção, pois tão importante quanto o acompanhamento é a captação, visto que muitas crianças em risco nutricional não chegam aos serviços.

Essa situação ficou bem evidente num estudo realizado no Distrito 6 no Sul do Brasil, onde do total de crianças com risco nutricional, pouco mais da metade foi acompanhada pelo programa de vigilância do estado nutricional ("Prá-Crescer"). Os autores apontam como principal fator da falta de acompanhamento dessas crianças, o não ingresso ao programa. Levantam com isto, a importância de se estabelecer a criação de uma rotina de busca ativa de crianças pelos serviços locais (CUERVO, AERTS; HALPERN, 2005).

Outra importante atividade analisada referente ao componente Vigilância Nutricional foi o aleitamento materno. O aleitamento materno proporciona alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento da criança, por apresentar em sua composição

todos os nutrientes necessários à criança nos seis primeiros meses de vida sendo recomendado que, durante este período, os lactentes devam ser alimentados exclusivamente com ele (LONGO et al., 2005; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007; VANUCCHI et al., 2005).

Está comprovada a importância do leite humano na redução da morbi-mortalidade infantil por suas propriedades como fonte de alimento, de afetividade e de proteção contra doenças. Crianças em aleitamento materno têm menos diarreia, infecções respiratórias e de ouvido médio do que as alimentadas artificialmente (BRASIL, 2001c ; SANTOS, SOLER; AZOUBEL, 2005).

Em comunidades com precárias condições de saneamento, crianças amamentadas com mamadeiras têm 25 vezes maior possibilidade de ir a óbito por diarreia do que as amamentadas exclusivamente com leite materno nos primeiros meses de vida (BRASIL, 1993a).

Enfatizando os benefícios da amamentação, Brandão e outros (2005) constataram que pacientes não amamentados e com diarreia aguda apresentam quadro clínico de evolução grave, demonstrando a influência da falta de leite materno no prognóstico da criança com doença diarreica aguda. Ainda nessa ótica, um Estudo realizado por Longo e outros em 2005, demonstrou que crianças amamentadas exclusiva ou predominantemente nos primeiros meses de vida apresentam velocidade de crescimento maior em relação àquelas amamentadas com alimentação artificial.

No DS VI, observou-se que em 100% das unidades estudadas (ESF e Centros de saúde) realiza-se orientação sobre o aleitamento materno durante pré-natal e incentivo do aleitamento materno exclusivo desde o nascimento. Corroborando com os achados de Bezerra (2003), onde a totalidade das equipes e centros de saúde, da Cidade do Recife, realiza as atividades de incentivo ao aleitamento materno a partir dos primeiros dias e o orientam durante o pré-natal. Estes achados demonstram que os profissionais da Atenção Básica, no local estudado, estão sensibilizados frente à importância e benefícios do aleitamento materno para os menores de cinco anos.

Comportamento contrário dos profissionais do DS VI foi observado por Melo e outros (2002), que avaliando os conhecimentos sobre aleitamento materno em primíparas na cidade do Recife, relataram que 60% das mães não receberam qualquer tipo de informação relacionada ao aleitamento materno, durante as consultas de pré-natal. A organização dos serviços no desenvolvimento desta atividade repercute de forma direta na decisão da mãe em amamentar ou não seu filho.

Isto foi demonstrado por Vasconcelos, Lira e Lima (2006), que investigando a duração da amamentação no estado de Pernambuco, observaram uma relação diretamente proporcional entre número de consultas realizadas no pré-natal e o aumento da duração mediana do aleitamento total. Apontando o pré-natal como uma ótima oportunidade para orientar e incentivar às mães a amamentarem seus filhos.

Santos, Soler e Azoubel (2005) ratificam esta questão mostrando em seu estudo que das duzentas e cinco mães avaliadas, somente duas não fizeram pré-natal e que nenhuma delas praticou aleitamento materno artificial. E das duzentas e três que realizaram pré-natal, 62,6% receberam orientações sobre a amamentação durante as consultas, e que a maioria praticou o aleitamento natural de forma exclusiva.

Por fim, o desenvolvimento de programas de combate às doenças carenciais foi a última atividade discutida para o componente Vigilância Nutricional. As Doenças Carenciais podem ser definidas por estado patológico resultantes do déficit entre oferta e necessidade energética (nutrientes). Estima-se que mais de dois bilhões de pessoas atualmente vivas sofreram ou ainda apresentam uma ou mais ocorrência de carências nutricionais (BATISTA FILHO, 2003). As condições socioeconômicas exercem papel preponderante sobre estas enfermidades, que na maioria das vezes apresentam-se associadas à pobreza e à desigualdade, configurando um expressivo fator de mortalidade de crianças nos países em desenvolvimento (FERREIRA et al., 2002; UNICEF, 2006).

Considerando os critérios: magnitude, dano social, incapacitações, custo econômico e conhecimento de medidas de controle. São consideradas prioridades de Saúde Coletiva as seguintes endemias carenciais: desnutrição energético-proteica; as

anemias; a hipovitaminose A; a deficiência de Iodo e a cárie dental (BATISTA FILHO, 2003). Entre elas destaca-se a desnutrição infantil por se configurar num problema de dimensões alarmantes em boa parte do mundo. Segundo um relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) publicado em 2000, 49% das mortes de crianças menores de cinco anos nos países em desenvolvimento estão relacionadas à desnutrição (UNICEF, 2006).

Dentre os programas desenvolvidos ao combate das doenças carenciais no Brasil, destaca-se o Bolsa Família. Instituído no ano de 2004 e em vigor até os dias atuais, o programa concede benefício a unidades familiares que se encontre em situação de extrema pobreza (BRASIL, 2004c).

Mesmo frente à gravidade e a magnitude que as referidas doenças impactam sobre a Saúde da Criança, a totalidade dos Centros de Saúde das Microrregiões 6.2 e 6.3 não desenvolvem programas de combate às doenças carenciais. Observa-se o mesmo em 14,28% das equipes e 80% dos Centros da Microrregião 6.1. Percebe-se uma desorganização na implantação destes programas no DS VI, já que algumas unidades os conhecem e desenvolvem, ao mesmo que outras relatam a não existência destes programas no distrito.

Com relação ao Grau de Implantação, observa-se a Vigilância Nutricional implantada em 100% das equipes do Distrito VI. Por outro lado, nos Centros de Saúde o referido componente encontra-se *parcialmente implantado* nas microrregiões 6.1, 6.2 e *não implantado* na 6.3. Isto leva a crer que na Atenção Básica as ESF encontram-se bem estruturadas para o desenvolvimento das ações referentes à Saúde da Criança no local estudado, enquanto que os CS requerem adequações no processo de trabalho e/ou estrutura.

Estes achados diferem do constatado no estudo de Cavalcante (2004), quando encontrou em Camaragibe, este componente *implantado* em apenas 41,7% das ESF e *parcialmente implantado* em 58,3% delas.



## 6.2 Imunização

A imunização é a principal atividade desenvolvida no nível de prevenção à saúde e em relação às crianças, constitui-se em importante fator associado à redução da taxa de mortalidade infantil (SANTOS et al., 2006). O Programa Nacional de Imunização (PNI) foi criado no Brasil, em 18 de setembro de 1973 (BRASIL, 2003b). Visando a necessidade de desencadear ações para o efetivo desempenho da imunização no país, em dezembro do ano 2000, o Ministério da Saúde implanta o Programa de prevenção e controle das doenças imunopreveníveis, com o objetivo de prevenir e manter sob controle as doenças passíveis de imunização. São estabelecidos para os serviços de saúde do país, normas de vacinação e um calendário básico de vacinas de rotina (BRASIL, 2000b, 2001b).

Todas as equipes e centros de saúde do DS VI (exceto duas equipes da microrregião 6.2) dispõem das vacinas preconizadas pelo PNI, têm geladeira de uso exclusivo para vacinas, têm tabela de controle diário de temperatura fora da geladeira e mantêm as vacinas do dia em caixa de isopor. Isto demonstra um bom desempenho das unidades estudadas em relação a este componente. Situação semelhante foi encontrada por Santos e outros (2006), que avaliando o grau de implantação da ação programática de imunização nas ESF de Olinda, observaram que 100% das equipes dispunham do esquema básico de vacinas.

No DS VI, nas três Microrregiões as atividades menos realizadas pelas equipes foram: a utilização de fichário com cartão de aprazamento das vacinas, o desenvolvimento de atividades educativas dirigidas à Imunização e a realização da busca de faltosos. Percebe-se assim que importantes atividades relacionadas à imunização não vêm sendo realizadas na Atenção Básica do DS VI, o que revela a necessidade de readequação do processo de trabalho por parte de algumas ESF. Com relação aos centros de saúde, a totalidade deles não realiza busca de faltosos às vacinas, o que remete mais uma vez ao modelo de atenção desenvolvido por este tipo de unidade básica, centrado na demanda espontânea.

O componente imunização encontra-se *implantado* em todas as equipes e *parcialmente implantado* em 100% dos Centros do DS VI. O distrito estudado apresenta satisfatório desempenho no desenvolvimento das ações relacionadas à Imunização dos menores de cinco anos. Proporção bem superior ao observado por Cavalcante (2004), onde as atividades de imunização estavam *implantadas* em 47,2% das ESF, *parcialmente implantada* em 50,0% e *não implantada* em uma equipe (2,8%) na Cidade de Camaragibe. Por outro lado, é uma situação semelhante a que foi encontrada nas ESF do município de Olinda, onde 100% apresentaram a ação *parcialmente implantada*, sendo 70% *parcialmente implantada satisfatoriamente* e 30% como *não satisfatória* (SANTOS et al., 2006).

### **6.3 Assistência às Doenças Prevalentes na Infância**

A estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), é uma nova abordagem da atenção à saúde da criança, desenvolvida originalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (UNICEF), caracterizando-se por agregar o conjunto de doenças de maior prevalência nessa fase de vida (BRASIL, 2002e).

Sua principal finalidade é promover uma rápida e significativa redução da mortalidade na infância através da identificação, condução e resolução dos principais problemas de saúde nos menores de cinco anos de idade. A AIDPI não inclui todas as doenças, mas abrangem aquelas que são as principais causas pelas quais se leva uma criança ao serviço de saúde (BRASIL, 2002e).

No Brasil, a AIDPI foi adaptada às características epidemiológicas da criança e às normas nacionais. Sua implantação deu-se inicialmente em quatro estados (PA, PE, SE e CE) no ano de 1997. Em 1999, 16 estados já desenvolviam ações da estratégia AIDPI e no ano 2001, todos os estados e o Distrito Federal já a haviam implantado (BRASIL, 2002e).

As Infecções Respiratórias Agudas (IRA) ao lado das doenças diarréicas representam um grande e grave problema de saúde pública, visto que ainda permanecem como uma das mais importantes causas de morbi-mortalidade em lactentes e pré-escolares nos países em desenvolvimento (BENICIO et al., 2000; BRANDÃO et al., 2005; BRASIL, 1993a, 1993b; CAETANO, et al., 2002; VAZ, 1999; VAZQUES et al., 1999).

Essa realidade é bem evidenciada nos achados encontrados por Benício e outros (2000) que analisando a tendência secular da doença respiratória na infância na Cidade de São Paulo. Constataram que, em um dia qualquer do ano, em média, uma em cada duas crianças da cidade padecerá de um problema respiratório, uma em cada oito terá comprometimento do trato respiratório inferior e uma em cada 35 apresentará sibilos à ausculta pulmonar.

Daí a importância numa cidade como Recife, onde os contrastes sociais são marcantes, de se desempenhar com êxito as atividades preconizadas para este componente. Entre as atividades prioritárias e insumos essenciais à assistência às doenças prevalentes na infância, observou-se no DS VI que a maioria das ESF e Centros de Saúde utilizam sinais preditivos para classificar casos de pneumonia, garantem atendimento aos casos que precisem retornar, tem medicamentos para atendimento aos casos de IRA e para tratamento de disenteria-cólera e contam com nebulizador em funcionamento. Isto demonstra certa estruturação das unidades estudadas para o desenvolvimento das atividades relacionadas ao controle destas enfermidades, talvez porque o atendimento às infecções respiratórias e às diarréias faz parte, historicamente, da rotina dos serviços de saúde dos países subdesenvolvidos e mais especificamente, de estados da região nordeste.

Caetano e outros (2002) apontam as doenças respiratórias como uma das principais causas de internação hospitalar no grupo etário menor de cinco anos e a pneumonia como a primeira responsável por essa ocorrência. Assim fica fácil perceber a importância da utilização dos sinais preditivos para classificação dos casos de pneumonia, bem como a disponibilidade de medicamentos para atendimento aos casos de IRA, como as principais medidas de intervenção ao combate das internações e conseqüente mortalidade de crianças por essas infecções.

No DS VI, não são utilizados sinais preditivos para classificação dos casos de pneumonia, por 20% e 100% dos Centros de Saúde das Micro-região 6.1 e 6.3, respectivamente. O mesmo comportamento foi observado em 35,71% e 3,45% das ESF nas Microrregiões 6.2 e 6.3, respectivamente, revelando que no DS VI o diagnóstico precoce e preciso para os casos de pneumonia, não está sendo desenvolvido a contento.

Assim como foi mencionada anteriormente, à associação entre as condições sócio-econômicas e a ocorrência das IRA, Texeira e Heller (2005), encontraram a associação destas mesmas condições com a diarreia infantil. Os autores observaram em áreas de assentamento subnormal em juiz de fora, elevada prevalência de diarreia infantil em uma cidade de porte médio do Sudeste brasileiro (17,5%), comparável à encontrada na região Nordeste do Brasil, concluindo que a doença concentra-se nas periferias das cidades de grande e médio porte brasileiras e nas regiões economicamente mais pobres do país.

Ratificando a forte influência que as condições socioeconômicas impõem na ocorrência e evolução destas enfermidades, Vanderlei e Silva (2004) demonstraram a existência de associação entre hospitalização por diarreia aguda em menores de dois anos e precariedade de condições de vida, ausência de aleitamento materno e desnutrição, no estado de Pernambuco. Da mesma maneira Pontual, Falbo e Gouveia (2006), observaram que das crianças acometidas por diarreia, mais de 80,0% de suas famílias viviam abaixo da linha de pobreza e mais de 90,0% das mães apresentaram menos de oito anos de escolaridade.

Ainda tratando-se das doenças diarreicas, a desidratação é a sua principal complicação. Sendo responsável por boa parte das hospitalizações e óbitos nos menores de cinco anos de idade. Em aproximadamente 95% dos casos de desidratação em crianças, a reidratação pode ser procedida com sucesso utilizando-se a via oral. Valendo-se disto, o Ministério da Saúde adota em 1982, a Terapia de Reidratação Oral (TRO) como medida de intervenção ao combate da mortalidade das crianças por diarreia e desidratação (BRASIL, 1993b).

No DS VI, a Terapia de Reidratação Oral é realizada pela totalidade CS das três microrregiões e por 100% das ESF da microrregião 6.2, ao passo que não realizada em 14,28% e 6,90% das ESF das Microrregiões 6.1 e 6.3 respectivamente. Uma preocupante constatação, haja vista que o desenvolvimento desta atividade, de tão simples execução, determinou um expressivo declínio do número de hospitalizações por diarreia aguda em todo o mundo.

Com relação a outras atividades relacionadas ao componente Assistência às Doenças Prevalentes observou-se que a garantia de referência ambulatorial ou hospitalar quando necessária é referida como inexistente por 42,86% das equipes e 20% dos Centros na micro-região 6.1; 21,42% e 27,59% das ESF nas microrregiões 6.2 e 6.3, respectivamente. Situação que revela pouco acesso das crianças a níveis de maior complexidade. O mesmo foi encontrado em Camaragibe, por Cavalcante (2004) que refere não existir definição quanto à garantia de acesso a referência ambulatorial especializada ou hospitalar, quando necessário, de forma programada e negociada, com mecanismos de regulação.

Em relação ao Grau de Implantação, assim como vem sendo observado com os outros componentes, Assistência às Doenças Prevalentes na Infância esteve *implantado* na totalidade das ESF do DS VI e em 100% dos CS nas microrregiões 6.1 e 6.2. No Centro da microrregião 6.3 este componente apresentou-se *parcialmente implantado*, sendo assim foi o componente que apresentou o melhor nível de implantação do DS VI. Isto demonstra que a Atenção Básica deste Distrito desempenha de maneira satisfatória o desenvolvimento das ações estabelecidas para Assistência às Doenças Prevalentes na Infância. Menores proporções foram encontradas em Camaragibe, onde em apenas 13,9% das ESF observou-se este nível de implantação (CAVALCANTE, 2004).

## 6.4 Educação em Saúde

Frente a grande importância que a Educação em Saúde tem na Saúde Coletiva, e pelo fato de influenciar diretamente no alcance dos objetivos da Vigilância Nutricional, Imunização e Assistência às Doenças Prevalentes na Infância, sentiu-se a necessidade de reservar um espaço para discutir o desenvolvimento desta atividade nas unidades do distrito estudado.

No DS VI, chama atenção o não desenvolvimento de atividades educativas voltadas para os componentes vigilância nutricional e imunização por 42,85% das ESF da MR 6.2 e pelo CS da 6.3. Achados que se afastam da proporção encontrada por Lima e outros (2000) em João Pessoa, que apesar de terem observado que 74,0% das Unidades prestadoras de serviços à saúde na cidade realizam alguma atividade educativa, em sua maioria elas não apresentam caráter sistemático.

Esta situação contraria as responsabilidades e ações estratégicas estabelecidas na atenção básica, onde a Educação em Saúde figura entre as atribuições de todos os profissionais que integram a equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2001, 1997). Sendo de responsabilidade de toda a ESF o enfrentando, em parceria com a comunidade, dos determinantes do processo saúde-doença, através de processos educativos para a saúde (BRASIL, 1997).

Neste cenário a Educação em Saúde tem como objetivo não apenas informar para saúde, mas também transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde (ALVES, 2005).

Vários estudos comprovam que a Educação em Saúde influencia diretamente no controle de agravos e endemias, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença pela população oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005; CARVALHO, FONSECA; PEDROSA, 2004; UCHÔA, et al., 2004).

Ratificando essa condição, Carvalhaes e Godoy (2002), atribuem à ausência ou inadequação de atividades educativas dirigidas a participação das mães no monitoramento do crescimento, o fato de no estado de São Paulo, 63,3% das mães de crianças com déficit de peso não terem reconhecido esta condição.

Por sua vez, Vanderlei e Silva (2004), analisando a relação entre os conhecimentos maternos sobre diarreia e hospitalizações de crianças por esta enfermidade, ressaltaram a importância da prática da educação em saúde na prevenção da doença e seu adequado manejo. Sugerindo que os profissionais médicos incorporem em sua rotina de trabalho o direcionamento de mensagens educativas às mães.

A partir desta constatação, percebe-se no DS VI um comportamento contrário ao do que vem sendo observado na Atenção Básica, onde está em evidência a valorização e o uso da Educação em Saúde como principal ferramenta para a mudança nos padrões de morbimortalidade da população.

A Área Estratégica de Saúde da Criança esteve implantada em 85%, 73% e 97% das unidades (equipes e centros) nas Micro-regiões 6.1, 6.2 e 6.3 respectivamente; e em 88% das unidades do Distrito como um todo. Estes dados demonstram que os serviços de Atenção Básica do DS VI apresentam satisfatório desempenho no desenvolvimento das atividades estabelecidas no âmbito da atenção à Saúde da Criança. Embora os centros de saúde tenham sido as unidades responsáveis por baixar um pouco estas proporções, percebe-se que mesmo mantendo um modelo tradicional de atenção à saúde, eles vêm desempenhando muitas das atividades realizadas pelas ESF. O contrário também é verdadeiro, quando se constata que algumas das atividades não realizadas pelos centros de saúde, são as menos realizadas pelas ESF, como é o caso das atividades de educação em saúde.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises deste estudo revelaram que o Distrito Sanitário VI atingiu satisfatório grau de implantação da Área Estratégica de Saúde da Criança, demonstrando que as Unidades do Distrito estudado desempenham de maneira desejável as ações básicas previstas na NOAS 01/02 para a Saúde da Criança.

Observa-se que nas Equipes de Saúde da Família das três Microrregiões, os componentes Vigilância Nutricional, Imunização e Assistência às Doenças Prevalentes na Infância, estão efetivamente *implantados*. Quando se analisa os componentes nos Centros de Saúde aparecem níveis *parcialmente implantado e não implantado* para os três componentes nas três microrregiões.

Com relação ao desenvolvimento das atividades estabelecidas para cada componente, as Equipes de Saúde da Família demonstraram performance superior aos Centros de Saúde. No entanto, não se pode deixar de fazer menção à constatação de que algumas ESF não realizam atividades como: Terapia de Reidratação Oral quando necessária; desenvolvimento de atividades educativas relacionadas ao Crescimento e Desenvolvimento, a Imunização e as Doenças prevalentes na Infância e nem a garantia de atendimento aos casos que precisem retornar.

A Educação em Saúde é hoje um componente chave para Saúde Coletiva. Dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, destaca-se os de atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento desta atividade, pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais. Não se justifica o não desenvolvimento desta atividade em um número significativo de ESF, quando praticamente 100% dos Profissionais que hoje estão nos PSF, realizaram Especialização em Saúde da Família, promovida pela própria secretaria de saúde em convênio com a Universidade Federal de Pernambuco.

Boa parte das ESF fazem menção à não garantia de referência ambulatorial ou hospitalar, quando isto é necessário. No DS VI observa-se déficit de algumas



especialidades, o que na prática se traduz na disponibilidade de poucas cotas de para as Equipes de Saúde da Família, dificultando o acesso dos usuários aos níveis de maior complexidade.

Diferentemente das atividades mencionadas anteriormente, a garantia da referência requer maiores investimentos para o seu satisfatório desempenho, como por exemplo: aumento da quantidade das especialidades médicas e, eficiente central de regulação e marcação.

A Promoção e Prevenção à saúde, eixos centrais da Atenção Básica, necessitam do desenvolvimento de ações que demandam um amplo conhecimento sobre o usuário e sua realidade, bem como um contato permanente com o mesmo. Esses requisitos são incompatíveis com a estrutura dos Centros de Saúde. Haja vista que em sua maioria, não usam a lógica da territorialização e quando o fazem, não dispõem de profissionais que possam construir o vínculo com o usuário, como é o caso dos Agentes Comunitários de Saúde.

O antigo modelo de Atenção à Saúde reproduzido no processo de trabalho dos Centros de Saúde, não permite a realização de importantes atividades de promoção e prevenção à saúde, tais como: realização de buscas ativas, captação de pacientes, visitas domiciliares, aprazamento de consultas e vacinas, entre outras.

Esta realidade explica porque para Vigilância Nutricional e Imunização, componentes que exigem o desenvolvimento de atividades tipicamente de promoção e prevenção à saúde, os CS não apresentam desempenho desejado. Ao mesmo tempo o fato destas Unidades terem seu melhor desempenho na Assistência às Doenças Prevalentes, aponta que sua estrutura e processo de trabalho, foram pensados e planejados sob a lógica “individualizada”, “curativa”, “medicalizada”. Só chegando ao usuário por demanda espontânea ou quando a doença já se faz presente.

Hoje, no Recife, os Centros de Saúde, prestam atendimento de algumas especialidades a usuários referenciados pelo PSF. No DS VI as áreas não cobertas pelo PSF, têm nestes Centros de Saúde a porta de entrada ao sistema. Fato que se torna preocupante, na medida em que se percebeu o desempenho insatisfatório

destas Unidades no desenvolvimento das atividades básicas relacionadas à Saúde da Criança.

Com esta pesquisa foi possível perceber que além da garantia do acesso, o PSF começa a mostrar resultados condizentes com as expectativas que giraram em torno dele, quando se apostou neste Modelo de Atenção. É certo que muito ainda precisamos caminhar rumo ao SUS ideal, mas não se pode deixar de reverenciar as mudanças marcantes e favoráveis que este programa vem proporcionando à saúde dos brasileiros.

## 8 RECOMENDAÇÕES

Para se obter no DS VI, o máximo Grau de Implantação da Área Estratégica de Saúde da Criança, recomenda-se:

- Disponibilizar às ESF e Centros os fluxos e protocolos dos programas combate às carências nutricionais;
- Sensibilizar as ESF em relação à responsabilidade e importância da captação de crianças para o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento;
- Implementar o desenvolvimento permanente das práticas de Educação em Saúde da Criança nas ESF e CS;
- Sensibilizar as ESF quanto à responsabilidade e importância da busca de faltosos da vacinação;
- Rever junto às ESF e Centros de Saúde a utilização do fichário com cartão de aprazamento das vacinas;
- Promover junto aos profissionais das ESF e Centros Ação Avançada de diagnóstico de pneumonias;
- Rever junto às diretorias competentes a possibilidade de aumentar as especialidades médicas, referentes à Saúde da Criança;
- Utilizar este estudo como referência para aperfeiçoar as atividades já desenvolvidas e viabilizar a implantação daquelas não realizadas;
- Realizar outros estudos que busquem ampliar o foco de análise dos elementos contidos nesta pesquisa, visando a encontrar as razões pelas quais importantes atividades não são desenvolvidas;
- Institucionalizar a avaliação na Secretaria de Saúde do Recife.

## REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; LUIZ, O.C. Avaliação da Atenção Primária: uma breve aproximação de conceitos e caminhos In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária**. Brasília, DF, 2004. (CONASS Documento 7).

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v.9, n.16, p.39-52, 2005.

BATISTA FILHO, M. Alimentação, nutrição e saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro, Medsi, p.389-414, 2003.

BENICIO, M. H. D. et al. Tendência secular da doença respiratória na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.34, supl.6, p.91-101, 2000.

BEZERRA, L. C. A. **Incentivo ao aleitamento materno e orientação para o desmame: o grau de implantação da ação nos centros de saúde e equipes de saúde da família da cidade do Recife, 2002**. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2002.

BRANDAO, M. B.; LOPES, C. E.; MORCILLO, A. M.; BARACAT, E. C. E. O óbito em crianças com diarreia aguda e choque em UTI. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.51, n.4, p.237-240, 2005.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Secretária de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde Materno-infantil. **Assistência e controle das doenças diarreicas**. Brasília, DF, 1993a.

BRASIL. Secretária de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde Materno-infantil. **Manual e normas para controle e assistência das infecções respiratórias agudas**. Brasília, DF, 1993b.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa.** Brasília, DF, 1994.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Família. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para Organização da Atenção Básica.** Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Saúde da Família. Treinamento introdutório.** (Cadernos de Atenção Básica), Brasília, DF, 2000a.

BRASIL. Secretaria Executiva. **Programa Vacinação Doenças Imunopreveníveis.** Brasília, DF, 2000b.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família.** Brasília, DF, 2001a.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de normas de vacinação.** 3. ed. Brasília, DF, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como ajudar as mães a amamentar.** 4. ed. Brasília, DF, 2001c.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família no Brasil.** Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. Secretaria Executiva do Programa Comunidade Solidária. Comitê da Primeira Infância: uma estratégia de coordenação de políticas em favor da criança pequena. **Revista Brasileira de Saúde Materno – Infantil,** Recife, v.2, n.3, 2002b.

BRASIL. Secretaria de Políticas de saúde. Área de saúde da criança. Programas e Projetos da Saúde da Criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. **Revista Brasileira de Saúde Materno – Infantil,** Recife, v.2, n.2, p.193-196, 2002c.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS- SUS 01/02**. Portaria MS/GM nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Brasília, DF, 2002d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília, DF, 2002e. (Cadernos da Atenção Básica nº. 11 Série A Normas e Manuais técnicos nº.173).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2003a. (Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria Nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003, publicada no DOU em 04 de junho de 2003).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações**, 30 anos. Brasília, DF, 2003c. (Série C. Projetos e Programas e Relatórios).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Lei 10.836, de 9 de janeiro de 2004. **Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências**. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.836.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.836.htm)>. Acesso em: 05 jan. 2007.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2. ed. atual. Brasília, DF, ed. Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde no Brasil: uma análise de indicadores selecionados:1998-2004**. Brasília, DF, 2006.

CAETANO, J. R. M. et al. Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública, São Paulo**, v.36, n.3, p.285-291, 2002.

CARVALHAES, M. A. B. L.; GODOY, I. As mães sabem avaliar adequadamente o peso das crianças? **Revista de Nutrição**, Campinas, v.15, n.2, p.115-162, 2002.

CARVALHO, C. M. R. G.; FONSECA, C. C. C.; PEDROSA, J. I. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.719-726, 2004.

CAVALCANTE, M. G. S. **Avaliação da implantação das áreas estratégicas mínimas da atenção básica nas equipes de saúde da família de Camaragibe – PE, 2003.** (Mestrado em Saúde Materno Infantil) – Instituto Materno Infantil, Recife, 2004.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, supl., p.191-202, 2002.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p.29-48.

CUERVO, M. R. N.; AERTES, D. R. G. C.; HALPERN, R. Vigilância do estado nutricional das crianças de um distrito de saúde no Sul do Brasil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.81, n.4, p.325-331, 2005.

FERNANDES, I. T.; GALLO, P. R.; ADVINCULA, A. O. Avaliação antropométrica de pré-escolares do município de Mogi-Guaçú, São Paulo: subsídio para políticas públicas de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 6, n.2, p.217-222, 2006.

FERREIRA, H. S. et al. Saúde de populações marginalizadas: desnutrição, anemia e enteroparasitoses em crianças de uma favela do "Movimento dos Sem Teto", Maceió, Alagoas. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.2, n.2, p.177-185, 2002.

IBGE. Censo 2000. Rio de Janeiro, 2000.

INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO. Programa de Extensão Comunitária. Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) inicia capacitação de agentes comunitários de saúde na estratégia AIDPI. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.2, n.3, p.323-325, 2002.

LIMA, R. T. et al. Educação em saúde e nutrição em João Pessoa, Paraíba. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.13, n.1, p.29-36, 2000.

LONGO, G. Z. et al. Crescimento de crianças até seis meses de idade, segundo categorias de aleitamento. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.5, n.1, p.109-118, 2005.

MELO, A. M. C. et al. Conhecimentos e atitudes sobre aleitamento materno em primíparas, na cidade do Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.2, n.2, p.137-142, 2002.

NOVAES, M. H. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.5, p.547-559, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Nutrición del lactante y del niño pequeño**. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Disponível em: < <http://www.who.int/nutgrowthdb>>. Acesso em: 02 dez. 2006.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.3, p.303-311, 2001.

PONTUAL, J. P. S.; FALBO, A. R.; GOUVEIA, J. S. Estudo etiológico da diarreia em crianças hospitalizadas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP, em Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.6, supl.1, p.11-17, 2006.

RATIS, C. A. S.; BATISTA FILHO, M. Aspectos estruturais e processuais da vigilância do crescimento de menores de cinco anos em serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de. Epidemiologia**, São Paulo, v.7, n.1, p.44-53, 2004.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Recife Saudável: Inclusão Social e Qualidade no SUS. In: \_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde 2006–2009**. Recife, 2006.



SANTOS, I.F.S. et al. Histórico da implantação do PSF no Estado do Tocantins. **Revista da UFG**, Goiania, v.6, n.Especial, dez 2004 on line. Disponível em: <[http://www.proec.ufg.br/revista\\_ufg/familia/C\\_historico.html](http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/C_historico.html)>. Acesso em 02 dez. 2006.

SANTOS, V. L. F.; SOLER, Z. A. S. G.; AZOUBEL, R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.5, n.3, p.283-291, 2005.

SANTOS, D. M. et al. Avaliação normativa da ação programática Imunização nas equipes de saúde da família do município de Olinda, estado de Pernambuco, Brasil em 2003. **Epidemiologia e serviços de Saúde**, Brasília, v.15, n.3, p.29-35, 2006.

SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n.16, p.53-66, 2005.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1821-1828, 2005.

SOUZA, H. M. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v.6, p.10-15, 2002.

TEIXEIRA, J. C.; HELLER, L. Fatores ambientais associados à diarreia infantil em áreas de assentamento subnormal em Juiz de Fora, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.5, n.4, p.449-455, 2005.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.429-435, 1998.

UCHOA, C. M. A. et al. Educação em saúde: ensinando sobre a leishmaniose tegumentar americana. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.935-941, 2004.

UNICEF. **Situação da infância brasileira 2006**. Brasília, DF, 2006.

VANDERLEI, L. C. M.; SILVA, G. A. P. Diarréia aguda: o conhecimento materno sobre a doença reduz o número de hospitalizações nos menores de dois anos?. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.50, n.3, p.276-281, 2004.

VANNUCHI, M. T. O. et al. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.5, n.2, p.155-162, 2005.

VASCONCELOS, M. G. L.; LIRA, P. I. C.; LIMA, M. C. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.6, n.1, p.99-105, 2006.

VAZ, F. A. C. Diarréia - fatores de risco associados ao óbito em crianças. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.45, n.1, p.01-01, 1999.

VAZQUEZ M. L. et al. Incidência e fatores de risco de diarréia e infecções respiratórias agudas em comunidades urbanas de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.163-172, 1999.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p.225-264, 2005.

VICTORA, C. G., CESAR, J. A. Saúde materno-infantil no Brasil – padrões de morbimortalidade e possíveis intervenções. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro, Medsi, p. 415-468, 2003.

## ANEXOS

**ANEXO A - Questionário para Avaliação do Grau de Implantação da Área Estratégica Mínima de Saúde da Criança, pelas Equipes de Saúde da Família e Centros de Saúde, no Distrito Sanitário VI da cidade do Recife, em 2006.**

Número do Questionário: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Entrevistado

1. médico

2. enfermeiro

### **CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE**

1. Nome da Unidade: \_\_\_\_\_

2. Endereço da US: \_\_\_\_\_

3. Data de implantação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4. Tipo da Unidade

1. Unidade de Saúde da Família

2. Centro de Saúde

**Se Centro de Saúde não submeter as perguntas 5, 6, 7, 8.**

**EQUIPE DE SAÚDE**

1. Sim

2. Não

5. A equipe está completa?

**Considerar resposta positiva se tiver no mínimo 1 médico, 1 enfermeiro, 1 aux. de enfermagem, 4 a 6 agentes comunitários de saúde (ACSs).**

### **ADSCRIÇÃO DE CLIENTELA**

6. Nº. de famílias cadastradas pela USF

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

6a. População da área de abrangência

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**CAPACITAÇÃO GERAL**

1. Sim

2. Não

#### 7. Curso de Especialização em Saúde da Família

médico

enfermeiro

cirurgião-dentista

#### 8. Treinamento Introdutório

médico

enfermeiro

cirurgião-dentista (CD)

auxiliar de enfermagem

técnico de higiene dental (THD)

auxiliar de consultório dentário (ACD)

agente comunitário de saúde (ACS)

### **SAÚDE DA CRIANÇA** 1. Sim 2. Não

#### **VIGILÂNCIA NUTRICIONAL**

##### 1. Faz captação de crianças para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD)?

demanda espontânea para qualquer procedimento

visita domiciliar

#### **Considerar resposta positiva quando utilizar as duas formas**

##### 2. Dispõe dos insumos/equipamentos para acompanhamento de CD?

balança antropométrica para adultos

balança pesa bebê

régua antropométrica

fita métrica

cartão da criança

ficha de desenvolvimento

#### **Considerar resposta positiva tiver pelo menos quatro dos insumos mencionados**

##### 3. Utiliza o cartão da criança (gráfico) para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?

##### 4. Agenda consulta de puericultura?

##### 5. Há na ESF algum Programa de Combate às Carências Nutricionais?

vitamina A

anemia

bolsa alimentação

outro

**Considerar resposta positiva quando tiver pelo menos um dos programas mencionados**

6. Faz orientação sobre o aleitamento materno durante o pré-natal?
7. Incentiva o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento?
8. Realiza visita domiciliar à puérpera/bebê na 1ª semana pós-parto?
9. Realiza atividades educativas dirigidas à vigilância nutricional (CD, aleitamento materno)?

**Considerar resposta positiva se utilizar no mínimo duas das estratégias mencionadas, pelo menos uma vez ao mês**

abordagem individual (consultas médicas, de enfermagem e visitas domiciliares)

palestras (sala de espera, comunidade, escolas)

meios de comunicação (rádio, vídeo)

grupos

abordagem alternativa (teatro, dramatização)

## **IMUNIZAÇÃO**

10. A ESF dispõe das vacinas preconizadas pelo PNI?

BCG

anti-Hepatite B

tetravalente (DPT + Hib)

sabin

tríplice Viral (MMR)

**Considerar resposta positiva se tiver todas as vacinas**

11. A geladeira é de uso exclusivo para as vacinas?
12. Há tabela de controle diário da temperatura fora da geladeira?
13. As vacinas do dia ficam em caixas de isopor?
14. Tem fichário com cartão de aprazamento das vacinas?
15. Há busca de faltosos?
16. Realiza atividades educativas dirigidas à imunização?

**ASSISTÊNCIA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA**

17. Utiliza os sinais preditivos para classificar os casos de Pneumonia?

respiração rápida (RR)

tiragem sub costal (TSC)

**Considerar resposta positiva se responder RR e TSC**

18. Há medicamentos para o atendimento aos casos de IRA?

amoxicilina

cefalexina

eritromicina

sulfametoxazol+trimetropim

dipirona ou paracetamol

salbutamol ou similar

$\beta$  adrenérgico ( $\beta 2$ ) para nebulização

soro fisiológico

**Considerar resposta positiva se tiver pelo menos um antibiótico, um analgésico, um  $\beta 2$**

19. Tem nebulizador em funcionamento?

20. Há garantia de atendimento para os casos que precisam retornar?

21. Faz TRO em crianças na Unidade, se necessário?

22. Há medicamentos disponíveis para o tratamento da disenteria/cólera?

ácido nalidíxico

sulfametoxazol+ trimetropim

furazolidona

amoxicilina

eritromicina

**Considerar resposta positiva, quando existir pelo menos dois dos medicamentos acima.**

23. Há garantia de acesso à referência ambulatorial especializada ou hospitalar quando necessário, programada e negociada, com mecanismos de regulação?

24. Realiza atividades educativas dirigidas às doenças prevalentes (Controle da Doença Diarréica - CDD, Infecções Respiratórias Agudas - IRA)?

**QUESTÕES COMPLEMENTARES**

25. Houve capacitação da equipe para:

crescimento e desenvolvimento

aleitamento materno

imunização

assistência às doenças prevalentes da infância

**Considerar resposta positiva quando pelo menos o médico e o enfermeiro forem capacitados**

26. Existem normas (protocolos, manuais, livros, cartazes explicativos, fluxogramas) do Ministério da Saúde para a realização do:

crescimento e desenvolvimento

aleitamento materno

imunização

assistência às doenças prevalentes da infância

27. Dispõe de material educativo (folder, álbum seriado, bonecas, kits educativos, fitas de vídeo) para:

crescimento e desenvolvimento

aleitamento materno

imunização

assistência às doenças prevalentes da infância

28. Há envolvimento multiprofissional para:

crescimento e desenvolvimento

aleitamento materno

imunização

assistência às doenças prevalentes da infância

**Considerar resposta positiva quando houver o envolvimento de pelo menos três categorias profissionais**

29. Há alguma ação referente à saúde da criança desenvolvida em parceria com outros setores/ONG?

**ANEXO B**

Centro de Pesquisas  
**AGGEU MAGALHÃES**



**FIOCRUZ**  
Ministério da Saúde

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_ declaro estar ciente do que trata o projeto da pesquisadora Ana Lúcia da Silva, que tem por objetivo Avaliar a implantação da Área Estratégica de Saúde da Criança no Distrito Sanitário VI da Cidade do Recife, no ano 2006.

Declaro, assim, que tenho interesse e me disponho a contribuir com o referido trabalho, aceitando ser entrevistado(a) pela pesquisadora, a respeito do meu conhecimento, acerca do assunto em questão.

Declaro, ainda, estar de acordo que as informações coletadas possam ser utilizadas pela pesquisadora para fins acadêmicos e de divulgação da pesquisa, sendo sempre mantido o sigilo da minha identidade.

Por fim, fico ciente de que, em qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa, poderei voltar atrás deste consentimento, tornando-o sem valor e que deverei, ao final do estudo, receber da pesquisadora, uma versão em disquete do produto final deste trabalho.

Desta forma, assino este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, uma das quais ficará sob minha posse, e outra com a pesquisadora.

Cidade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

De acordo da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Ana Lúcia da Silva

Contatos da Pesquisadora: e-mail: [analdasilva@terra.com.br](mailto:analdasilva@terra.com.br)

phones: (81) 9987 1492 / 3465 5232

<http://www.cpgam.fiocruz.br>

Campus da UFPE – Av. Prof. Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária – Recife – PE – Brasil - CEP. 50.670-420  
Fones: 0 XX 2101-2500 / 2101-2600 Fax: 0 XX 81 2101-2614



## ANEXO C



## CARTA DE ANUÊNCIA

Venho por meio desta informar que concordamos em receber a pesquisadora do Projeto de Pesquisa intitulado **Avaliação do Grau de Implantação da Área Estratégica de Saúde da Criança no Distrito Sanitário VI da cidade do Recife, no ano 2006**, Ana Lúcia da Silva, aluna do curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Núcleo de Estudos em saúde Coletiva - NESC/CPqAM/FIOCRUZ, sob a orientação de Luciana Caroline Bezerra. Para qual será realizada coleta de dados através de entrevistas às Equipes de Saúde da Família e Centros de Saúde do Distrito Sanitário VI dessa cidade.

Recife 25 de setembro de 2006

---

Danielle Rodrigues Leal