



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE MEDICINA

Carlos Alexandre Hattori Tiba

**CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA
DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DE BOTUCATU-UVL:
RELAÇÃO ENTRE A UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE
ASSISTÊNCIA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Medicina.

Orientadora: Profa. Dra. Cátia Regina Branco da Fonseca

Botucatu

2018

Carlos Alexandre Hattori Tiba

**CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
CRIANÇA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DE
BOTUCATU-UVL: RELAÇÃO ENTRE A UTILIZAÇÃO
DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Medicina.

Orientadora: Profa. Dra. Cátia Regina Branco da Fonseca

Botucatu

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Tiba, Carlos Alexandre Hattori.

Caracterização da atenção à saúde da criança do Centro de Saúde Escola de Botucatu - UVL : relação entre a utilização de serviço de assistência / Carlos Alexandre Hattori Tiba. - Botucatu, 2018

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Cátia Regina Branco da Fonseca

Capes: 40103005

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Crianças - Cuidado e higiene. 4. Serviços médicos de emergência.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Serviços Médicos de Emergência.

Dedicatória

À minha querida e amada mãe, Sakura.

Aos meus amados e queridos amigos e irmãos Marcos e Paula.

Aos meus preciosos camaradas amigos.

Aos meus amigos de turma e da vida.

A todos que lutaram, lutam e lutarão pelo fim da exploração do homem pelo homem.

Agradecimentos

À minha querida e amada mãe, Sakura, pelo esforço, dedicação e sempre com muito amor e carinho, proporcionando tornar-me o que sou e chegar onde estou.

Aos meus amigos e irmãos Marcos e Paula pelo companheirismo, camaradagem, brigas, discussões, carinho e amor.

Aos meus camaradas amigos, nas figuras de Kasys, Lívia, Danilo, André, Victor, Thais, pela camaradagem, construção diária, coerência, firmeza e luta por uma sociedade verdadeiramente melhor.

Aos meus amigos de turma, nas figuras de Isadora, Ana Luíza e Fabrício pelos anos de amizade, companheirismo e luta que foram construídos ao longo da faculdade para toda a vida.

Aos meus amigos da vida, nas figuras de Ariane e Karina, por cada carinho, encontro, conversa, discussão e alegria.

Aos meus mestres e professores nas figuras de Cátia e Eliana pelo carinho, atenção e confiança.

Às minhas colegas com as quais me formei pediatra.

À Cristina e Marina pelo apoio e companheirismo durante todo mestrado.

Ao José Eduardo Corrente por refinar os dados.

À Universidade Estadual Paulista, Departamento de Pediatria FMB - UNESP e Centro de Saúde Escola – Vila dos Lavradores pelo apoio e pela excelente e diversificada fonte de ensino.

Ao Centro Acadêmico Pirajá da Silva e à DENEM que foram porta para a militância e luta.

Ao Sistema Único de Saúde por fornecer o local de minha formação e trabalho. E principalmente, local e fonte de luta.

A todos que vieram anteriormente e lutaram, deixando como legado exemplos, conhecimentos e esperança.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Número de nascidos vivos por ano, na área de abrangência do CSE-UVL.	20
Tabela 2 – Escolaridade materna referente às crianças do estudo e escolaridade geral de Botucatu de 2010.	27
Tabela 3 – Caracterização da idade no primeiro atendimento no CSE-UVL, 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.	28
Tabela 4 - Classificação da adequação do seguimento no Programa de Saúde da Criança no CSE-UVL, 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.	29
Tabela 5 - Distribuição do número de consultas realizadas no CSE-UVL, por criança, de 1º de janeiro a 31 dezembro de 2016.	29
Tabela 6 – Caracterização do tipo de consulta realizada no CSE-UVL, 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.	30
Tabela 7 - Análise da relação entre a adequação do seguimento no PSC e o tipo de consulta realizada no CSE-UVL, 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.	30
Tabela 8 – Distribuição do número de consultas segundo profissional que o realizou no CSE-UVL, 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.	31
Tabela 9 – Classificação da adequação do seguimento no PSC no CSE-UVL e a escolaridade materna, 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.	32
Tabela 10 - Variação do número de consultas no CSE-UVL para cada criança, segundo escolaridade materna, 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.	33
Tabela 11 - Local de realização do teste de triagem neonatal e da vacina BCG*, 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.	34
Tabela 12. Caracterização da idade na primeira consulta na Clínica do Bebê, 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.	34
Tabela 13 - Distribuição do número de consultas realizadas no PSI, por criança, 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.	35
Tabela 14 - Relação entre adequação do horário e também do diagnóstico nas consultas no PSI, 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.	36
Tabela 15 - Relação entre nível de escolaridade materna e número consultas realizadas no PSI, 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.	37

Sumário

Resumo.....	7
Abstract.....	9
1. Introdução.....	11
1.1. O Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde da criança no Brasil	11
1.2. Caracterização de Botucatu e do Sistema local de saúde	15
1.3. Centro de Saúde Escola de Botucatu e atenção à saúde da criança no CSE-UVL.....	17
Justificativa do estudo	21
2. Objetivos geral e específicos	22
3. Método	23
3.1. Coleta de dados	23
3.1. 1. Levantamento dos atendimentos realizados no CSE-UVL.....	23
3.1.2. Classificação do seguimento no programa de saúde da criança realizado no CSE- UVL	25
3.1.3. Levantamento de dados dos prontuários eletrônicos – consultas realizadas no PSI	25
3.1.4. Adequação dos atendimentos no PSI	26
3.2. Construção e Análise estatística dos dados	26
4. Resultados	27
4.1. Caracterização da utilização do CSE-UVL	27
4.2. Caracterização da utilização da Clínica do Bebê	33
4.3. Caracterização da utilização do PSI	34
5. Discussão	38
6. Conclusões e considerações finais	43
7. Referências	44
8. Anexos	48

RESUMO

A assistência à saúde da criança tem um papel muito importante e, pode fazer uma grande diferença para o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como na prevenção de agravos futuros à saúde do adulto. As influências de um modelo centrado em pronto-atendimento e consultas em locais de maior tecnologia dura ainda é um desafio para a ampliação do cuidado na atenção primária em saúde, grande desafio na organização da assistência e na gestão dos serviços de Saúde da criança e do adolescente. No Centro de Saúde Escola, unidade da Vila dos Lavradores (CSE-UVL) de Botucatu o programa de saúde da criança (PSC) é centrado no atendimento médico, e a primeira consulta do recém-nascido é realizada em outra Unidade de Saúde, em todo o município, com posterior encaminhamento às Unidades Básicas e, o Pronto Socorro Infantil (PSI) tem uma proximidade geográfica com o CSE-UVL. Nos últimos quatro anos verificou-se um decréscimo do número de crianças atendidas em consultas de rotina no CSE-UVL. Assim, objetivamos caracterizar a utilização dos serviços do PSI e da CB, praticada pelas crianças atendidas na unidade da Vila dos Lavradores do Centro de Saúde Escola de Botucatu (CSE). Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, com levantamentos de registros em prontuários físicos do CSE e eletrônicos do Pronto Socorro Infantil (PSI). A partir de 251 elegíveis para o estudo foi incluída uma amostra de conveniência de 173 lactentes e crianças, com até dois anos incompletos, que tiveram ao menos um atendimento pediátrico, durante o período de janeiro de 2016 a janeiro de 2017. Foram levantados dados: escolaridade materna, idade nas consultas no CSE e na Clínica do Bebê (CB), local de realização do teste de triagem neonatal e da vacina BCG. Houve a classificação quanto à adequação do seguimento no PSC segundo calendário do Ministério da Saúde (adequado, incompleto, irregular e não realizado). O número e tipos de consultas realizadas pelas crianças foram avaliados; das consultas do PSI foi realizada classificação de adequação quanto ao período/dia da consulta e ao quanto à classificação de urgência/emergência da queixa, com nível de Kappa considerado para o grau de concordância. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Análise estatística realizada pelo SAS. Como resultados obtivemos um total de 1388 consultas no CSE-UVL e de 1216 consultas no PSI, 28 crianças (16,18%) não tiveram nenhuma consulta no PSI. No CSE-UVL, o número médio de consultas foi

8,02 consultas, com o mínimo de uma consulta e o máximo de 32 consultas; a média de idade na 1ª consulta foi 57,06 dias, somente 15,69% das crianças chegaram à unidade antes de 30 dias vida; das consultas 87,96% foram médicas e somente 7,92% de enfermagem, houve 10,04% de faltosos, que ocorreram em sua maioria, em pacientes com seguimento Irregular ou Incompleto. O seguimento no PSC foi adequado para 57,23% das crianças; foi significativo o bom nível de escolaridade materna e o adequado número de consultas realizadas ($p < 0,001$), o mesmo não ocorrendo para o número de consultas do PSI. Na CB foram realizadas a maioria das vacinas BCG e a coleta do teste de triagem neonatal, 71,93% e 67,44% respectivamente; a idade média na 1ª consulta foi de 15,74 dias e, 46,52% dos bebês foram consultados antes dos 15 dias de vida. No PSI a média de consultas foi 9,07, com mínimo de 01 e máximo de 54 consultas; a adequação da sua utilização quanto ao período e a queixa, segundo classificação adotada, somente 7,14% foram consideradas adequados quanto a estes dois critérios; 453 consultas (39,36%) foram durante o período no qual o CSE-UVL estava aberto e 798 (60,64%) foram em horário adequado. O nível de concordância entre as duas adequações foi pobre ($Kappa = 0,06$). **Conclusões:** O Centro Saúde Escola – UVL perdeu seu papel como principal contato e organizador da assistência no Sistema Único de Saúde para a população do estudo, devido à dificuldade no acesso e à ruptura do vínculo com a unidade, assim, sendo subutilizado. Enquanto, o Pronto Socorro Infantil foi utilizado de forma inadequada com distorção de sua função na assistência às urgências/emergências.

Palavras-Chave: Atenção Primária a Saúde; Saúde da Criança; Acesso aos Serviços de Saúde; Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

Child health care plays a very important role and can make a big difference to child growth and development, as well as preventing future health problems in the adulthood. The influences of a model centered on emergency services and appointment on places with more hard technology is still a challenge for the expansion of primary health care, a major challenge in the organization and management of child and adolescent health services. In the Botucatu School Health Center, unit of Vila dos Lavradores (CSE-UVL), the Child Health Program (CHP) is centered on medical care, the first consultation of the newborn is performed in another Health Unit, in the entire municipality, with subsequent referral to the Basic Units, and the Emergency Room for Children (ERC) has a geographical proximity to the CSE-UVL. In the last four years, there has been a decrease in the number of children seen in routine visits to the CSE-UVL. Thus, we aimed to characterize the use of PSI and CB services, practiced by the children attending the CSE-UVL. This is a retrospective descriptive study, with data collection in the patient's medical record of the CSE-UVL and electronic medical records of the ERC. From 215 eligible children, a convenient sample of 173 infants and young children with up to two incomplete years who had at least one pediatric care during the period from January 2016 to January 2017 was included in the study. The data collected were level of maternal education, age at the consultations at the CSE-UVL and at the Baby Clinics (BC), where the neonatal screening test and the BCG vaccine were performed. There was classification as to the adequacy of follow-up in the PSC according to the Ministry of Health of Brazil calendar (adequate, incomplete, irregular and unrealized). The number and types of consultations were evaluated; among the PSI consultations, a classification of adequacy regarding the period / day of the consultation and the emergency / urgency classification of the complaint was performed, with a Kappa level considered for the degree of agreement. Project approved by the Ethical and Research Committee. Statistical analysis performed by SAS. As results we obtained a total of 1388 consultations in the CSE-UVL and of 1216 consultations in the ERC, 28 children (16.18%) had no consultation in the ERC. In the CSE-UVL, the average number of medical consultation was 8.02, with a minimum of one and a maximum of 32 consultation; the mean age at the 1st consultation was 57.06 days, only 15.69% of the children arrived at the unit before 30

days of life; of the consultations, 87.96% were performed by doctors and only 7.92% by nursing; 10.04% of the patients had a historic of absence, which occurred mostly among patients with irregular or incomplete follow-up. CHP follow-up was adequate for 57.23% of the children; a good level of maternal education and the adequate number of consultations were significant ($p < 0.001$), the same did not occur with the number of ERC consultations. In BC, the majority of BCG vaccines and the collection of the neonatal screening test were 71.93% and 67.44%, respectively; the mean age at the first visit was 15.74 days, and 46.52% of the infants were consulted before 15 days of life. In the ERC the average number of consultations was 9.07, with a minimum of 1 and a maximum of 54 consultations; the adequacy of its use for the period and the complaint, according to classification adopted, only 7.14% were considered adequate for these two criteria; 453 consultations (39.36%) were during the period in which the CSE-UVL was open and 798 (60.64%) were on appropriate time. The level of agreement between the two adaptations was poor ($Kappa = 0.06$).

Conclusions: The School Health Center - UVL lost its role as the main contact and organizer of care in the Unified Health System for the study population, due to the difficulty in access and the rupture of the bond with the unit, thus being underutilized. Meanwhile, the Child Emergency Room was used in an inadequate way, with a distortion of its function in emergency / emergency care.

Key-words: Primary Health Care; Health of Children; Access for Health Services; Emergency Health Services.

1. INTRODUÇÃO

1.1. O Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde da criança no Brasil

A faixa etária infantil compreende cerca de 7,6% da população de 201,5 milhões de pessoas do Brasil, e a criança é de suma importância para o país, uma vez que representa toda a sua população futura do ponto de vista social, político e econômico. Assim, serviços de saúde adequados ao atendimento deste grupo populacional e às suas específicas necessidades de saúde são fundamentais. Pois, apesar dos avanços tecnológicos já avançados, ainda há grande prevalência de adoecimento e morte nesta faixa etária (IBGE, 2010; VICTORA *et al.*, 2011; SANINE, 2014).

Durante a segunda metade do século XX, o Brasil passou por profundas mudanças tanto na economia, quanto na demografia e nas condições de saúde. Seu parque industrial cresceu e passou de um país eminentemente agrícola e rural a um país industrial e urbano, embora a agricultura ainda desempenhe papel importante em sua economia. Em 1970 o país contava com 90 milhões de habitantes, hoje tem mais de 200 milhões. As cidades cresceram de maneira importante e desordenada e assim conseqüentemente seus problemas, como condições de moradia, transporte, poluição e também a atenção à saúde. Na economia, o país oscila nos últimos anos entre a sétima e oitava do mundo. Todas essas mudanças trouxeram implicações nas condições de saúde da população (FRENK *et al.*, 1991; ONRAM, 2001).

Conseqüentemente a essas transformações globais no país, as áreas de biologia e tecnologia sofreram grande desenvolvimento, trazendo avanços na área da saúde. Pesquisas de novas drogas, de métodos diagnósticos e terapêuticos que puderam interferir em doenças anteriormente consideradas incuráveis e em situações de extrema adversidade foram proporcionados por estas transformações e avanços (MOREIRA & GOLDANI, 2010). A descoberta dos antibióticos e o desenvolvimento de várias vacinas conseguiram reduzir, até certo ponto, as doenças infecciosas que durante milênios afligiam as populações. A assistência ao parto e ao recém-nascido possibilitou a sobrevivência desde bebês a termos de gestações sem risco até de recém-nascidos prematuros de muito ou extremo baixo peso.

Esse avanço científico e tecnológico favoreceu também o desenvolvimento das especialidades médicas. Com o desenvolvimento de diversas áreas como fisiologia,

patologia, farmacologia, genética, entre muitas outras, as especificidades terapêuticas e a complexidade dos diagnósticos fizeram com que diversas áreas se desenvolvessem, afastando-se da atenção integral inclusive na pediatria e, criando especialidades como pneumologia, endocrinologia, imunologia, reumatologia, entre e outras.

Além de avanços científicos nas áreas supracitadas, o avanço na área de humanas e os esforços políticos de países e da própria população foram o cerne da melhoria da saúde no século XX. Em 1978, na antiga União Soviética, a conferência de Alma-Ata considerou a Atenção Primária à Saúde (APS) como a prática privilegiada da atenção à saúde das populações e como estratégia para se cumprir o lema “Saúde para todos no ano 2000”. Foram priorizadas quatro ações, consideradas básicas, para a atenção primária à criança: acompanhamento do crescimento, estímulo ao aleitamento materno, ampliação dos programas de vacinações e terapia de reidratação oral nas diarreias. O acrônimo para essas ações era GOBI: *growth, oral rehydration, breastfeeding e immunization*. Posteriormente foram incluídas também: planejamento familiar, suplementação alimentar e promoção da alfabetização da mulher, então chamada GOBI-FFF: incluindo *female education, family spacing and food supplements* (MARCONDES, 1999).

O maior e mais importante fator que transformou a saúde em nosso país foi a criação do SUS. Como discutido por Paim (2008) na citação de Bahia (2009), o “Movimento da Reforma Sanitária Brasileira” é resultado de uma vontade política de mudança das relações sociais através da saúde. Ocorreu a partir de diversas forças e movimentos progressistas, englobando diversos grupos, como movimento estudantil e departamentos de saúde pública de todo o país, incluindo o departamento da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Assim, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira não era somente uma reforma setorial e sim um movimento a favor da democratização da saúde, com o horizonte na democratização da vida social e na Reforma Democrática do Estado. Sendo obrigação do Estado garantir a atenção à saúde a toda a população brasileira, através de uma política de saúde, integrada a políticas econômicas e sociais. Assim, resultante das relações de forças no momento histórico, a Nova Constituição Federativa do Brasil foi promulgada em outubro de 1988, sendo criado o Sistema Único de Saúde (WAGNER, 1997).

Todas essas mudanças acabaram refletindo no perfil de morbidade e na mortalidade infantil que declinou a partir da universalização do acesso à saúde além dos outros princípios fundamentais do SUS; reduziu-se vertiginosamente a incidência de diarreias, a prevalência de desnutrição, a taxa de fecundidade e, iniciou-se o aumento da esperança de vida (VICTORA *et al.*,2011).

Outros problemas acabaram se tornando preponderantes, dando início a transição epidemiológica e nutricional brasileira: a desnutrição foi substituída pela obesidade, as pneumonias pela asma e outras alergias respiratórias, a diarreia pela constipação intestinal ou pela alergia ao leite de vaca e as infecções pelas queixas relativas ao comportamento (MARCONDES, 1999; OMRAM,2001; BATISTA-FILHO & RISSIN, 2003).

Por se tratar de um país de proporções continental, e com grandes diferenças regionais, principalmente em relação à situação econômica, essas mudanças não ocorreram no mesmo ritmo nem com a mesma intensidade, fazendo com que o país ainda conviva com problemas novos e antigos em relação à saúde da população, principalmente a infantil.

Outra mudança que refletiu na saúde infantil foi a incorporação da atenção à adolescência em sua prática, problemas como acne, doenças sexualmente transmissíveis, uso de substâncias psicoativas, contracepção e gravidez na adolescência, anorexia nervosa, entre outros, tornaram-se importantes aspectos da prática pediátrica (ESCOBAR & GRISSI, 2010).

Com a perspectiva da longevidade dessas crianças e com a ideia de que a qualidade de vida e de saúde desses futuros adultos pode depender de quão saudável foi sua infância, além do cuidado com a saúde no momento atual, o profissional passa a ser um educador para a manutenção da saúde na adultícia, daí um importante aspecto a mais no papel do pediatra geral (CARAFFA & SUCUPIRA, 2010).

Acrescido a estas mudanças, a saúde da criança e como é vista pela sociedade muda e varia de acordo com o momento histórico também. No período pré-colombiano, havia um espectro de visões sob a criança, determinando assim seus cuidados (BIRN, 2007). Segundo Ortiz de Montellano (1990) e Viesca Treviño (1986) citados por Bonilha & Rivoredo (2005), diversos povos pré-colombianos conseguiram

uma expectativa de vida aproximadamente 10 anos mais longa que os europeus em seu período medieval e começo da Era Moderna, decorrendo de preceitos de higiene como banho e dieta materna. Na Europa do século XVIII, a puericultura servira para manutenção das futuras massas de trabalho para o mercado e exércitos. Nos Estados germânicos, surgiu, no começo do século XVIII, a Polícia Médica, que se caracterizou pela normalização subordinando ao Estado a prática e o saber médico. A classe trabalhadora inglesa recebeu cuidados a saúde pela Lei dos Pobres, concomitantemente, os ricos conseguiram sua proteção.

No Brasil, a pediatria iniciou-se formalmente em 1882, inicialmente a pediatria era a especialidade responsável pela criança, até os 12 ou 14 anos, atualmente inclui a adolescência e seus problemas específicos. Foram alguns pioneiros Carlos Arhur Morcovo Figueiredo e Martagão Gesteira. Morcovo, propondo o primeiro departamento da especialidade na Escola de Medicina do Rio de Janeiro baseando-se na necessidade de maior conhecimento científico direcionado especificamente à criança para sanar as altas taxas de patologias que atingiam a faixa etária pediátrica, o que já era uma tendência mundial. Martagão refere-se a puericultura como ferramenta fundamental para promover saúde e desenvolvimento adequado à criança, protegendo-a de determinantes ambientais e sociais.

No Brasil, os programas de atenção à criança foram implantados nos serviços públicos de saúde desde 1899, mantendo como objetivo assegurar o crescimento e o desenvolvimento saudável, além de reduzir a morbimortalidade infantil, na época em índices preocupantes, mesmo a criança tendo desde então diferentes significados históricos e sociais (FREIRE & LEONY, 2011; SANINE, 2014).

Em 1923, Carlos Chagas, criou o departamento Nacional de Saúde Pública atribuindo ao Estado Brasileiro algumas medidas de proteção e assistência à criança. Até o começo da década de 1950, a atenção a criança era baseada na normatização. Evoluiu para um caráter hospitalocêntrico com a medicina previdenciária. Da falência do sistema previdenciário e dos movimentos sociais e políticos começou-se a desenhar um movimento para criação do SUS. Vieram as Ações Básicas de Saúde, baseadas nas Declarações de Alma-Ata, e o movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

A atenção à saúde da criança e ao adolescente, tem um papel atual mais importante do que tinha anteriormente, pois um pediatra competente, perspicaz, com

sensibilidade social e psicológica pode fazer uma diferença importante para o futuro de seu paciente neste mundo tecnológico, estressante e medicalizador que vivemos atualmente (PUCCINI, 2008; PAWLUCH, 1996).

Os serviços de APS são considerados como o nível mais estratégico de atenção à saúde, pois devem exercer a coordenação e a integração da rede de serviços, e também devido ao seu potencial de resolutividade na melhoria das condições de saúde com eficácia e eficiência (STARFIELD, 2002; WHO, 2010).

No mundo, a avaliação de ações voltadas à saúde da criança na APS se apresenta de diferentes maneiras, mas muito voltado para as morbidades infantis, incluindo a obesidade de doenças infectocontagiosas. Nos países em desenvolvimento o que predomina são temas voltados para a qualidade na atenção materno-infantil e redução da mortalidade infantil (CHOPRA *et al.*, 2009; BROWN, 2012; ARLESIA *et al.*, 2013).

Assim, mesmo após as diferentes políticas públicas implantadas e o progresso social do país, a persistência de indicadores da saúde infantil, passíveis de redução ou evitabilidade de agravos por ações de uma adequada APS, indicam que há ainda necessidade de reestruturação da atenção à saúde da criança no Brasil. Porém lidar com as influências do modelo antigo, centrado em pronto-atendimento e consultas em locais de maior tecnologia dura ainda é um desafio para esta assistência pois, a cultura pronto-socorrista está bastante arraigada na população e, é um grande desafio na organização e na gestão da APS à criança e ao adolescente.

1.2. Caracterização de Botucatu e do Sistema local de saúde

O município de Botucatu, está localizado na região centro sul do Estado de São Paulo, a cerca de 235 km da capital, com a qual se interliga através das rodovias Marechal Rondon e Castelo Branco e ocupa hoje uma área de 1.486,4 km². Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018) sua população é de 138.590 habitantes e sua densidade demográfica de 93,5 habitantes/km².

A distribuição da população indica predominância de população urbana (96,5%) e masculina (52,5%) (SEADE, 2018).

Segundo os dados do SEADE o município de Botucatu tem um índice de responsabilidade social e dimensão de riqueza (IPRS) em ascensão desde 2008 e

melhor que o Estado e da sua região de governo, o mesmo valendo para sua renda per capita, sendo que em torno de 20% de sua população a tem até $\frac{1}{2}$ salário mínimo.

Botucatu tem apresentado bons indicadores de Saúde infantil nos últimos cinco anos, sendo que alguns destes estão melhores na área de abrangência do CSE-UVL. Sendo a Mortalidade Infantil (MI) municipal ao redor de 10 ‰, a área do CSE tem este indicador em 9,8 ‰ no mesmo período (BOTUCATU, 2018).

O Sistema Local de Saúde é composto por uma rede de atenção básica composta por vinte Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo dezoito municipais e duas gerenciadas pela Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB). Das municipais, 12 são Unidades de Saúde da Família (USF) sendo duas rurais. As duas da FMB são Centros de Saúde Escola - Unidade da Vila dos Lavradores (UVL) e Unidade Vila Ferroviária (UVF).

As USF tiveram sua implantação efetiva no município a partir do início do ano de 2003 e são as de Vitoriana e César Neto (rurais), Jardim Aeroporto, Jardim Iolanda, Jardim Santa Eliza, Parque Marajoara, Jardim Peabiru e Rubião Junior.

O Espaço Saúde Dra. Cecilia Magaldi, atua oferecendo serviços dos níveis primário secundário e agrega vários serviços de saúde como: a) CAPS I - Serviço de referência e tratamento, de atenção diária, para pessoas que sofrem com transtornos mentais leves; b) Clínica de Diversidades Terapêuticas - Serviço de referência em acupuntura, osteopatia e homeopatia; c) DST- AIDS; d) NASF; e) Clínica do Bebê (CB) realiza atendimento multidisciplinar durante a primeira semana de vida a todas as crianças de Botucatu visa estimular o aleitamento materno e rastrear o acompanhamento do recém-nascido de risco. A CB iniciou suas atividades no mês de agosto do ano de 2012, a partir de então todas as maternidades são visitadas três vezes na semana por um funcionário treinado e agendada a primeira consulta do bebê para a CB, seguindo um atendimento programático do município segundo um protocolo (Anexo I). Geralmente, após esta primeira consulta, o seguimento ocorrerá no programa de saúde da criança (PSC) nas Unidades Básicas e da Estratégia Saúde da Família do município.

O pronto atendimento infantil no município de Botucatu, nos anos 2000 começou a ocorrer no antigo Hospital Sorocabano. Após alguns anos sem atendimento neste

Hospital, entre 2009 a 2016, a partir do ano de 2017 uma nova unidade de Pronto Socorro Infantil (PSI) foi retomada junto a este Hospital, e este serviço foi assumido pela equipe de Pediatria da Faculdade de Medicina (FMB, 2017), dando respaldo científico e técnico a este atendimento, e realizando também um bom fluxo de encaminhamento, quando necessário, para os serviços pediátricos do Hospital das Clínicas de Botucatu.

O PSI realiza atendimento de Urgência e Emergência a pacientes de 0 a 14 anos, 11 meses e 29 dias; O PSP possui acolhimento com classificação de risco e fluxo definido com os serviços externos como SAMU e CAPS e, interno com o HCFMB. No ano de 2016 realizou um total de 50430 consultas (média mensal de 4202); o número de internações foi de 743 (média mensal de 62); sendo realizadas prescrição de 132051 medicamentos e um total de 27486 exames (Rx, laboratoriais e outros). Para o desenvolvimento de sua rotina conta com 46 profissionais/dia; 16 equipes fazem parte da estrutura de assistência direta e indireta (HCFMB,2018).

Há no município o Hospital das Clínicas de Botucatu (HCFMB), que atua como hospital secundário e terciário, uma vez que é o único para internação publica no município. O Hospital Estadual de Botucatu, inaugurado em abril de 2014 e faz parte do Complexo Hospitalar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, por intermédio do Decreto 58.678, de 07.12.2012. Caracteriza-se como hospital de pequeno porte, que tem por objetivo realizar cirurgias eletivas de pequena e média complexidade, referendadas pelo próprio Instituto Central, e também dos municípios que compõem o Colegiado de Gestão Regional Polo Cuesta, com uma capacidade total de 80 leitos, até o momento com 20 leitos em funcionamento (DATASUS, 2018).

1.3. Centro de Saúde Escola de Botucatu e atenção à saúde da criança no CSE-UVL

O Centro de Saúde Escola de Botucatu (CSE) foi fundado em dezembro de 1972. Resultado de um convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde e a então Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (FCMBB), hoje Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual "Júlio de Mesquita Filho - UNESP". Esteve sob a coordenação do Departamento de Saúde Pública desta instituição até 2009. Desde 2010 é uma Unidade Auxiliar da FMB.

O CSE realiza atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão e atende a uma população adstrita à sua área de abrangência, porém recebe diariamente pacientes de outras regiões do município, caracterizadas como “invasão de área”. Apresenta, portanto, elevado número de atendimentos ao ano, na saúde do adulto, idoso, criança, mulher e também Saúde Mental.

Administrativamente o CSE é gerenciado por profissionais de saúde, docentes da Faculdade de Medicina de Botucatu. Financeiramente há um convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Botucatu, com interveniência da FAMESP (Fundação para o desenvolvimento médico e hospitalar), para a prestação de serviços de atenção primária à saúde no CSE (gerando ao ano um repasse ao redor do valor de R\$ 3.000.000,00, para pagamento com encargos de pessoal e funcionários).

O CSE tem sido campo de ensino para a Universidade, formação e treinamento de pessoal da rede de serviços de saúde municipal e regional. Desenvolve e avalia novos métodos de assistência médico-sanitária à comunidade, além de sua função principal de prestar assistência à sua área de abrangência (FMB, 2017). A unidade da Vila dos Lavradores (CSE-UVL) apresenta uma proximidade territorial muito grande com o atual PSI, funcionando do antigo Hospital Sorocabano, há poucas quadras do CSE-UVL.

Segundo a fala da ex-coordenadora da área de saúde da criança do CSE-UVL – CMM¹, houve uma redução nos atendimentos de rotina das crianças da área, que não reduziram pelos dados do IBGE (Botucatu em dados), sendo imputado esta redução há vários fatores, como: alteração na equipe de assistência na área de saúde da criança, com a aposentadoria de dois pediatras que atuavam em tempo integral no serviço, bem como de uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem; isto tudo ocorrendo entre os anos de 2015 a 2016. Foram repostos em tempo parcial três pediatras, e a enfermeira atualmente não é específica da área, bem como os auxiliares de enfermagem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Segundo CMM¹, outro fator que pode ter contribuído para esta “evasão” de crianças, foi a facilidade de acesso no PSI, juntamente com um desvio no entendimento do atendimento, não diferenciando o seguimento de rotina com a consulta de urgência/emergência, e, assim, gerando uma grande demanda de atendimento destas crianças no PSI. Não há registros efetivos destes dados, pois o sistema está

¹CMM, Cássia Marisa Manoel, enfermeira responsável e uma das organizadoras da área de Saúde da Criança do CSE-UVL, por muitos anos, e que deixou o serviço no ano de 2015.

informatizado há cerca de dois anos, porém as agendas da pediatria refletem uma redução importante no número de atendimentos de rotina (CMM, 2018).

Assim, diante do modelo de assistência proposto pelas Unidades Básicas, de saúde, contrapondo-se com o modelo realizado em Unidades de Pronto-atendimento, e considerando que houve influências pela proximidade geográfica destas duas Unidades de assistência, na área de atuação em pediatria no CSE-UVL, consideramos importante este estudo de fluxo de assistência às crianças, a fim de rever a gestão e o fluxo de atendimento em Pediatria considerado neste estudo.

Na assistência à saúde infantil, as consultas extras são acolhidas das 7:30hs às 8:00hs e a tarde das 13:30hs às 14:00hs, preferencialmente são aceitos para serem atendidos se for paciente do médico pediatra do horário, senão são encaminhados para atendimento no PSI. São acolhidos em torno de 2 a 3 consultas eventuais por período de atendimento. A rotina de atendimento em geral é de 06 retornos e um “Caso novo” por período (relato de funcionária da unidade).

No CSE-UVL o programa de assistência à saúde da criança está atualmente centrado no atendimento médico, sendo destinado regularmente à enfermagem somente a primeira consulta do calendário, e eventualmente são agendados retornos para estes profissionais, sendo alguns somente destinados a avaliação pontual de algum problema encontrado como, por exemplo, reavaliação quando há baixo ganho de peso na consulta avaliada.

Um problema identificado pela própria coordenação do CSE-UVL referente aos atendimentos da área da Saúde da Criança e do adolescente foi, que nos últimos dois a três anos houve uma grande evasão das crianças em atendimento sendo que o número de atendimentos por período por cada profissional que atende na pediatria vem reduzindo.

Os dados do território identificam que não houve redução no número de crianças nascidas da região de atendimento desta Unidade nos últimos anos, que justifiquem este pouco número de atendimentos, conforme mostra a tabela 1, retirada dos dados do Botucatu em Dados (BOTUCATU, 2016).

Tabela 1 - Número de nascidos vivos por ano, na área de abrangência do CSE-UVL.

Ano	Número de Nascidos vivos
2012	128
2013	140
2014	138

Fonte: Botucatu em dados (BOTUCATU,2016).

Justificativa do estudo

Geograficamente há uma proximidade muito grande entre o PSI e o CSE-UVL, estando as duas Unidades de saúde no mesmo território (Anexo II). Isto leva à uma grande facilidade de acesso geográfico e de horário de funcionamento do atendimento das crianças deste território no PSI.

Desta forma, há a hipótese de que houve uma redução nos atendimentos no PSC da região do CSE-UVL, em virtude de uma facilidade, e também um desvio no entendimento do atendimento, gerando uma grande demanda de atendimento destas crianças no PSI, em contrapartida de ausências ou seguimentos incompletos no CSE-UVL.

Por que isto passa a ser um problema? Porque o atendimento à saúde da criança e do adolescente têm a sua importância no quadro de assistência à saúde, sendo principalmente importante o atendimento na Atenção Primária à saúde, realizada nos Centros de Saúde, ou nas Unidades de Estratégia da Saúde da Família.

Assim, diante do modelo de assistência proposto pelas Unidades Básicas, de saúde, contrapondo-se com o modelo realizado em Unidades de Pronto-atendimento, e considerando que houve influências pela proximidade geográfica destas duas Unidades de assistência, na área de atuação em pediatria no CSE-UVL, consideramos importante este estudo de fluxo de assistência às crianças, a fim de rever a gestão e a logística, e tentar esclarecer a população usuária dos dois serviços, se necessário sobre o atendimento em Pediatria considerado para nesta pesquisa.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Caracterizar a utilização dos serviços de saúde praticadas pelas crianças atendidas na unidade da Vila dos Lavradores do Centro de Saúde Escola de Botucatu (CSE).

2.2. Específicos

- Caracterizar o número e os tipos de atendimentos no setor de Pediatria do CSE, incluindo consultas médicas e consultas de enfermagem;
- Caracterizar o nível de escolaridade materna e o uso do CSE e do PSI;
- Caracterizar a idade de início do seguimento destas crianças no CSE e na Clínica do Bebê;
- Descrever o local de realização do teste do pezinho e da vacinação de BCG;
- Caracterizar o uso do PSI das crianças incluídas no estudo; descrever o número de consultas e, a caracterização de período e dia da semana dos atendimentos realizados no PSI;
- Estudar a influência que o primeiro atendimento em clínica externa ao CSE, os locais de realização do teste do pezinho e vacinação BCG, e as consultas no PSI apresentaram sobre a assistência programática em Pediatria;
- Discutir com a equipe de saúde do CSE o fluxo de atendimento em saúde da criança;
- Elaborar materiais educativos para a população e promover oficinas no CSE visando melhoria no acolhimento no PSC.

3. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, com levantamentos de dados primários registrados em prontuários (físicos no CSE-UVL, e eletrônico no HC-FMB).

O estudo foi iniciado em agosto de 2017, após a aprovação pelo Comitê de Ética da FMB-UNESP, conforme Resolução 466/12-CNS-MS (BRASIL, 2012a) (Anexo III).

Após o levantamento de todas as crianças que tiveram alguma consulta médica e que obedeciam aos critérios de inclusão, conforme critério descrito abaixo, foi selecionada uma amostra de conveniência devido ao enorme número de consultas ao PSI e tempo limitado para coleta de dado no prontuário eletrônico.

Foram consideradas para o estudo 285 crianças, destas 22 foram transferidas de Unidade, cinco não tinham prontuários físicos, e três estavam indisponíveis para coleta de dados, sendo então excluídas do estudo e perfazendo um “n” total de 255 crianças elegíveis para o levantamento de dados, sendo que quatro foram retiradas por não terem seguimento efetivo, mas somente consultas isoladas no CSE-UVL, sendo possíveis de inclusão 251 crianças. Deste total de crianças realizou-se a inclusão no estudo de 173 para ambos os atendimentos (no CSE-UVL e para o PSI), tendo sido estas definidas por uma amostra de conveniência, com levantamento de dados de seus prontuários e consultas (Figura 1).

Critério de inclusão no estudo:

- Lactentes e crianças pré-escolares com até dois anos completos, que tiveram ao menos um atendimento médico no Programa de saúde da criança no CSE-UVL, durante o período de janeiro de 2016 a janeiro de 2017.

A Identificação destas crianças foi realizada através do Sistema de Informações do CSE-UVL.

3.1. Coleta de dados

3.1. 1. Levantamento dos atendimentos realizados no CSE-UVL

a) Número de atendimentos realizados no período do estudo; identificação da idade da criança em cada atendimento;

b) caracterização do tipo de consulta – rotina, eventual, médica, enfermagem.

c) idade da criança do estudo na primeira consulta realizada no CSE-UVL;

d) consulta realizada na Clínica do Bebê – Sim ou Não e, idade da criança neste atendimento;

e) local que foi realizado o teste do pezinho;

f) local de realização da vacinação BCG.

O levantamento da escolaridade materna foi baseado em ensino fundamental, médio e superior, sendo classificadas como incompleta ou completa em cada faixa de escolaridade considerado.

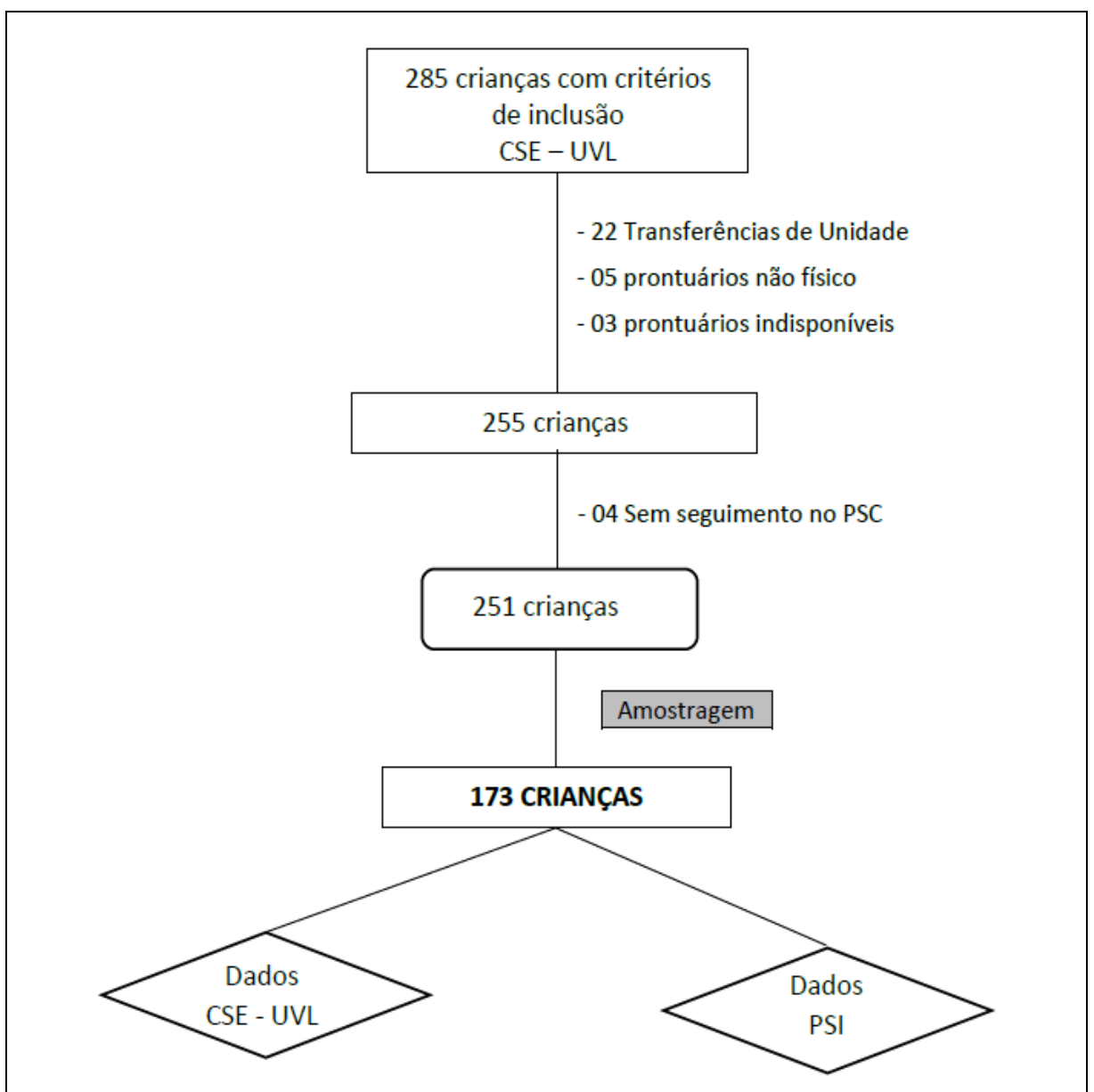


Figura 1. Fluxograma de inclusão de crianças no estudo.

3.1.2. Classificação do seguimento no PSC realizado no CSE- UVL.

Para classificação foi considerado o calendário mínimo de consultas no Programa de Saúde da criança (PSC), recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2012), em anexo IV.

Segundo este calendário o seguimento foi considerado:

- a) Adequado – quando o atendimento foi realizado nos meses previstos e sem faltas, a partir da data da primeira consulta no serviço.
- b) Incompleto – iniciou o seguimento conforme o calendário previsto, porém não o finalizou, tendo somente consultas isoladas, mantendo-se no serviço.
- c) Irregular – iniciou o seguimento e fez as consultas no PSC, porém sem cumprir o calendário previsto regularmente.
- d) Não realizado – não fez seguimento no PSC, teve somente algumas consultas isoladas.

Um período de até 20 dias para mais ou para menos, a partir da consulta dos 2 meses de idade foi considerada adequada.

3.1.3. Levantamento de dados dos prontuários eletrônicos – consultas realizadas no PSI

O levantamento foi realizado através do acesso ao Sistema de Informações do HC-UNESP (SMV) que é utilizado pelo PSI.

- a) Número de consultas médicas realizadas no período do estudo: total e por cada criança;
- b) idade da criança nestes atendimentos;
- c) dia da semana, horário de atendimento, feriado e final de semana;
- d) queixa que levou a consulta e avaliação inicial pela equipe de enfermagem do PSI;

Consideramos importante colocar que não foi foco do nosso estudo levantamento de diagnóstico ou conduta nas consultas do CSE-UVL ou mesmo do PSI.

3.1.4. Adequação dos atendimentos no PSI

Será considerado para adequação do atendimento:

- a) horário e dia de consulta – tentando identificar atendimento em horário útil de funcionamento do CSE: SIM ou NÃO;
- b) a situação que levou à procura do PSI, considerando a classificação de risco do protocolo de acolhimento (ACCR) adotado pelo PSI para os atendimentos em Pediatria (queixa apresentada e avaliação da equipe de enfermagem): urgência/emergência (adequado); outra situação (não adequado).

3.2. Construção e Análise estatística dos dados

Os dados obtidos foram digitados e armazenados em planilha Excel. Foi realizada análise descritiva obtendo-se frequências e percentuais para as variáveis categorizadas e média e desvio padrão para as variáveis quantitativas (idade).

A associação entre variáveis categorizadas foi feita utilizando o teste qui-quadrado e/ou exato de Fisher.

Para avaliar a adequação de queixa/classificação e horário foi obtido o coeficiente de concordância Kappa, considerando os resultados conforme quadro abaixo (LANDIS,1977).

Valor	Força da concordância
<0,20	Pobre
0,21 a 0,40	Regular
0,41 a 0,60	Moderada
0,61 a 0,80	Boa
0,81 a 1,00	Muito boa

Em todos os testes foi fixado o nível de significância de 5% ou o p-valor correspondente (FISHER, 1993). Todas as análises foram feitas utilizando o programa SAS for Windows, v.9.4.

4. RESULTADOS

Do total de 173 crianças os resultados apresentam-se a seguir.

A variação da idade das crianças incluídas foi de 2 dias de vida até 790,5 dias (26,3 meses), com média de 162,06 dias (5,4 meses).

Tabela 2 – Escolaridade materna referentes às crianças do estudo e escolaridade geral de Botucatu de 2010.

Escolaridade Materna		Escolaridade Botucatu ¹
SI	16 (9,24%)	-
EFI	3 (1,91%)	38,54%
EFC	7 (4,45%)	-
EMI	17 (10,82%)	13,8%
EMC	88 (56,05%)	28,9%
ESI	13 (8,28%)	-
ESC	29 (18,47%)	18,8%

¹Fonte: PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (2010).

SI= Sem informação; EFI=Ensino Fundamental Incompleto; EFC= Ensino Fundamental Completo; EMI= Ensino Médio Incompleto; EC= Ensino Médio Completo; ESI=Ensino Superior Incompleto; ESC= Ensino Superior Completo.

A tabela 2 mostra o nível de escolaridade materna, sendo o nível superior completo semelhante ao encontrado no município de Botucatu, e o fundamental bem menor que o do município, com grande prevalência do Ensino Médio completo, em comparação com o município.

As crianças incluídas no estudo realizaram 1388 consultas no CSE-UVL e 1316 consultas no PSI, perfazendo um total de 2704 consultas, sendo, portanto 53,96% destas na APS, e 46,04% em serviço de urgência/emergência.

4.1. Caracterização da utilização do CSE-UVL

O total de crianças incluídas no estudo teve 1388 consultas realizadas no CSE-UVL, houve mais 155 consultas agendadas nas quais a criança faltou, o número médio de

consultas no CSE foi de 8,02 consultas, com o mínimo de uma consulta e o máximo de 32 consultas.

Somente 15,69% das crianças chegaram ao CSE-UVL antes do primeiro mês de vida, conforme mostrado na tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização da idade no primeiro atendimento no CSE-UVL, 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.

Periodo de idade	Crianças	
	N	%
Até 30 dias	27	15,70
Após 30 dias	145	84,30
Total	172	100

*Sem informação = 1.

Quanto à idade nos diferentes tipos de consulta realizados, a idade média no “Caso novo” foi 15,72 dias sendo a mínima de 2 dias e a máxima de 45 dias. Os faltosos e as consultas extras se concentraram em uma idade média de 346 dias (11,5 meses) e 392 dias (13,1 meses) respectivamente.

A tabela 4 mostra que das crianças que realizaram o seguimento no PSC no CSE-UVL, 99 (57,23%) foram considerados adequados, 44 (25,43%) irregulares e, 30 (17,34%) incompletos.

Tabela 4 - Classificação da adequação do seguimento no Programa de Saúde da Criança no CSE-UVL, 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.

Classificação de Adequação	Crianças	
	N	%
Adequado	99	57,23
Irregular	44	25,43
Incompleto	30	17,34
Total	172	100

*Sem informação = 1.

Pela tabela 5 verifica-se que 17% das crianças tiveram até cinco consultas no período de um ano. Até dez consultas, no período de um ano, foi o que a maioria dos usuários incluídos no estudo realizaram, cerca de 60%. Entre 11 e 20 consultas, 35,26% das crianças realizaram no CSE-UVL, sendo que 4,62% compareceram a mais de 20 consultas na Unidade.

Do total de 1388 consultas realizadas no CSE-UVL em relação aos tipos de consultas, 51 (3,70%) foram “Casos novo”, 1130 (81,40%) foram retornos e, 205 (14,76%) foram consultas extras/eventuais, com alguma queixa específica, conforme mostra a tabela 5. A frequência de faltas às consultas agendadas foi de 10,04%.

Tabela 5 - Distribuição do número de consultas realizadas no CSE-UVL, por criança, de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.

Número de Consultas	Crianças	
	N	%
1 – 5	30	17,34
6 – 10	74	42,77
11 – 20	61	35,26
Acima de 20	8	4,62
Total	173	100

Tabela 6 – Caracterização do tipo de consulta realizada no CSE-UVL, 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.

Tipo de consultas	Consultas	
	N	%
Retorno	1130	81,40
Caso Novo	51	3,70
Demanda Espontânea	205	14,76
Não informado	2	0,14
Total	1388	100

A Tabela 7 mostra que houve diferença significativa entre os tipos de consultas em relação à adequação do seguimento no PSC realizado. Verificou-se que foi quase três vezes maior a porcentagem de faltas às consultas no seguimento Irregular ou Incompleto, em relação ao seguimento adequado. A maior porcentagem de consultas por demanda espontânea foi realizada pelas crianças que realizaram adequadamente o seguimento no PSC.

Tabela 7 - Análise da relação entre a adequação do seguimento no PSC e o tipo de consulta realizada no CSE-UVL, 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.

Tipo de consulta	Adequação no PSC						P
	Adequado		Incompleto		Irregular		
	N	%	N	%	N	%	
Caso Novo	32	3,5	10	4,6	9	2,2	<0,0001
Retorno	697	76,5	144	68,3	288	69,9	<0,0001
DE	128	14,1	27	10,8	50	12,1	<0,0001
Falta	54	5,9	36	17,0	65	15,8	0,0002
Total	911		217		412		

A tabela 8 mostra o tipo de profissional que realizou o atendimento, sendo que 1221 (87,97%) foram consultas com pediatra e, somente 110 (7,93%) foram consultas com enfermeira.

Tabela 8 – Distribuição do número de consultas segundo profissional que o realizou no CSE-UVL, 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.

Profissional	Consultas	
	N	%
Pediatria	1221	87,97
Enfermeira	110	7,93
Pediatra e enfermeira	43	3,10
Outros profissionais	3	0,21
Outros médicos	4	0,29
Sem informação	7	0,50
Total	1388	100

Quando analisamos os seguimentos no PSC adequados dentro de cada nível de escolaridade materna, vemos que das mães com ensino superior completo (ESC) 75% realizaram o seguimento adequado e, 69,23% das mães com ensino superior incompleto (ESI) também o fizeram.

Das mães com ensino médio completo (EMC) 54,12% realizaram o seguimento adequado de seus filhos e, dentre as com ensino médio incompleto (EMI) prevaleceu o seguimento irregular (52,94%). Entre as mães com ensino fundamental completo (EFC) 42,86% fizeram o seguimento irregular, e 100% das mães com ensino fundamental incompleto (EFI) fizeram o seguimento adequado de seus filhos, conforme mostra a tabela 9 ($p=0,1691$).

Tabela 9 – Classificação da adequação do seguimento no PSC no CSE-UVL e a escolaridade materna, 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.

Classificação seguimento do PSC	Nível de escolaridade materna														N ¹
	EFI		EFC		EMI		EMC		ESI		ESC		N.Inf.*		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Incompleto	0	0,0	2	28,57	2	11,76	15	17,65	2	15,38	5	17,86	3	18,75	29
Irregular	0	0,00	3	42,86	9	52,94	24	28,24	2	15,38	2	7,14	3	18,75	43
Adequado	3	100	2	28,57	6	35,29	46	54,12	9	69,23	21	75,00	10	62,50	97
Total ²	3	100	7	100	17	100	85	100	13	100	28	100	16	100	169

*N.Inf. =. Não informado; ¹ Perda de 02 seguimentos; ²p= 0,1691.

Em relação á escolaridade materna e o número de consultas realizadas no CSE-UVL, a tabela 9 mostra que as mães com Ensino fundamental completo realizaram o menor número de consultas no CSE-UVL com seus filhos em 57,14% dentre as mães com o mesmo nível de escolaridade. Em torno de seis a dez consultas foram realizadas por cerca de 50% das mães com nível de escolaridade do ensino médio para cima, e a maior porcentagem de consultas (entre 11 e 20) foi realizada pelas mães com nível de escolaridade fundamental incompleto ($p < 0,001$), conforme mostrado na tabela 10.

Tabela 10 - Variação do número de consultas no CSE-UVL para cada criança, segundo escolaridade materna, 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.

Número de consultas	Nível de escolaridade materna*												Total**
	EFI		EFC		EMI		EMC		ESI		ESC		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
0 – 5	0	0,00	4	57,14	3	17,64	19	21,59	4	35,00	7	24,13	37
6 – 10	1	33,3	2	28,57	10	58,82	40	46,59	5	41,17	10	37,93	70
11 – 20	2	66,7	1	14,28	4	23,52	23	28,40	4	23,52	10	34,48	46
Acima de 20	0	0,0	0	0,00	0	0,00	3	3,40	0	0,00	1	3,44	4
Total*	3	100	7	100	17	100	85	100	13	100	28	100	157

*p<0,001; ** Sem informação= 16 crianças.

4.2. Caracterização da utilização da Clínica do Bebê

A CB atendeu 166 (95,95%) das 173 crianças incluídas no estudo e, foi responsável pela grande maioria das aplicações da vacina BCG e coleta do teste de triagem neonatal (teste do pezinho), sendo 71,93% e 67,44% respectivamente, conforme mostra a tabela 11.

Tabela 11 - Local de realização do teste de triagem neonatal e da vacina BCG*, 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.

Local	Vacina BCG*		Teste do pezinho	
	N	%	N	%
CB	123	71,93	116	67,44
CSE-UVL	8	4,68	16	9,30
Outro local	6	3,42	17**	9,88
Não informado	34	19,79	23	13,37

*BCG = Vacina contra a Tuberculose; ** Inclui 14 realizados no HCFMB.

A idade média na primeira consulta na CB foi de 15,74 dias, sendo o mínimo de 2 dias e máximo de 45 dias. Menos da metade, 46,62% dos bebês realizaram o primeiro atendimento antes dos 15 dias de vida (tabela 12).

Tabela 12. Caracterização da idade na primeira consulta na Clínica do Bebê, 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.

Idade*	Crianças	
	N	%
Até 15 dias de vida	69	46,62
Após 15 dias de vida	79	53,38
Total	148	100

*Sem informação = 18 crianças.

4.3. Caracterização da utilização do PSI

Das 173 crianças do estudo, 40 não realizaram nenhuma consulta no PSI durante o período estudado. O número de consultas realizadas pelas 133 crianças foi 1316,

sendo a média de 9,89 consultas, com mínimo de 01 consulta e máximo de 54 consultas.

Quase metade dos pacientes incluídos no estudo frequentaram pelo menos 1 vez o PSI. Realizaram até 10 consultas o total de 64,56% das crianças e, 26,31% tiveram mais de dez e menos de 20 consultas. Acima de 20 consultas foram realizadas por 9,02% das crianças incluídas (tabela 13).

Considerando o número médio de 8,02 consultas no CSE-UVL e 9,89 no PSI, estas crianças apresentaram uma média de 17,91 consultas no período de um ano, considerado no estudo.

Tabela 13 - Distribuição do número de consultas realizadas no PSI, por criança, 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.

Número de consultas	Crianças	
	N	%
1 – 5	56	42,10%
6 – 10	30	22,56%
11 – 20	35	26,32%
Acima de 20	12	9,02%
Total	133	100

Em relação à classificação da adequação do período de utilização e do motivo (queixa) que motivou a ida ao PSI, encontrou-se que das 1316 consultas realizadas 453 (39,36%) foram durante o período no qual o CSE estava aberto e 798 (60,64%) foram em horário adequado (noite, fim de semana ou feriado).

Quanto às queixas que motivaram a procura, 1157 não eram queixas dirigidas ao PSI, sendo não classificadas como urgência/emergência e, 159 (12,08%) necessitavam das competências de um serviço de pronto atendimento, segundo a classificação adotada pelo serviço.

Verificou-se também que das 518 consultas em horário considerado não adequado, 65 (4,94%) das queixas foram consideradas adequadas, ou seja, 87,45% das vezes crianças foram sem necessidade quanto à queixa e em horário em que poderiam utilizar o CSE-UVL para realizar suas consultas e, somente 7,14% utilizaram de forma adequada o serviço do PSI, como mostra a tabela 14.

Tabela 14 - Relação entre adequação do horário e também do diagnóstico nas consultas no PSI, 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.

Adequação data e horário	Adequação da queixa/classificação adotada no PSI					
	NÃO		SIM		Total	
NÃO	453	34,42%	65	4,94%	518	39,36%
SIM	704	53,50%	94	7,14%	798	60,64%
Total	1157	87,92%	159	12,08%	1316	100

Para verificar o nível de concordância entre os dois tipos de adequação considerado, realizou-se o nível de concordância de Kappa, que teve como resultado o valor de 0,06 (pobre).

Na tabela 15 verifica-se a relação entre o número de consultas realizadas no PSI e o nível de escolaridade materna. Observa-se que exceto para o ensino superior incompleto (ESI) que teve a maior frequência de consultas entre 6 e 10, em todos os outros níveis de escolaridade materna a maior frequência foi de até cinco consultas por criança ($p= 0,087$).

Tabela 15 - Relação entre nível de escolaridade materna e número consultas realizadas no PSI, 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.

Número de consulta	Nível de escolaridade materna														Total
	EFI		EFC		EMI		EMC		ESI		ESC		N.inf.		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1 – 5	12	38,7	12	40,0	59	41,8	254	38,1	25	31,2	68	35,4	28	33,7	458
6 – 10	11	35,4	6	20,0	47	33,3	213	31,9	30	37,5	45	23,4	19	22,8	371
11 – 20	8	25,8	10	33,3	35	24,8	141	21,1	18	22,5	33	17,1	20	24	265
Acima de 20	0	0,00	2	6,67	0	0,00	58	8,7	7	8,75	46	23,9	16	19,2	129
Total ¹	31	100	30	100	141	100	666	100	80	100	192	100	83	100	1223

* Sem informação de 93 consultas; ¹p= 0,087.

Das 40 crianças que não apresentaram consultas no PSI o nível de escolaridade materna foi 6,8% fundamental completo, 43,2% médio completo e 9,1% médio incompleto, 15,9% superior completo e 13,6% superior incompleto, somente 2,4% sem informação. E, o uso do CSE-UVL por estas crianças, quanto à adequação do PSC foi 62,5% adequado no PSC, 20,0% incompleto e 17,5% irregular, sendo estas frequências de adequação no CSE-UVL bem melhores em relação ao uso realizado pelas crianças com consultas no PSI.

5. DISCUSSÃO

O estudo teve como ponto de partida a atenção primária à saúde da criança, sendo o local de análise a área de atenção à saúde da criança do Centro Saúde-Escola da Vila dos Lavradores. Caracterizando os serviços usados pelos pacientes usuários desde a primeira consulta até dois anos de idade, com intuito de buscar dados que possam colaborar com o entendimento do uso dos serviços de saúde infantil por estas crianças.

A atenção primária a saúde é central para a materialização da saúde da população. Com isso, buscamos obter informações que possam colaborar o entendimento do por que a atenção primária foi subutilizada no CSE-UVL. Pelos resultados obtidos entendemos que esta Unidade não foi a porta de entrada efetiva e contínua para o SUS para estas crianças do estudo. E, verificamos que, na grande maioria, o primeiro contato do recém-e sua mãe têm-se dado na Clínica do Bebê, neste ocorre a primeira consulta com a enfermeira ou com a médica, bem como o primeiro exame e vacina da criança. Ao mesmo tempo identificamos que houve um uso excessivo e inadequado em sua concepção, do PSI, com alta procura pelo serviço de urgência e emergência e seguimentos aquém na atenção básica. Segundo Andrade *et al.* (2014) destacam que a fragmentação do cuidado, realizado por muitos profissionais e de diferentes equipes e instituições podem levar a dificuldades na vinculação do indivíduo à unidade da APS.

Um dos pontos fundamentais é a formação do vínculo do paciente e sua família com a equipe corresponsável pelos seus cuidados integrais. Um dos fatores que interferem no processo de criação de vínculo é a sua visão biologicista, consequentemente a fragmentação da atenção (DAMASCENO *et al.*, 2016).

Consideramos que foram três fatores que podem ter levado à quebra da linha de cuidado no PSC sendo a implantação no município de uma Unidade que realiza o primeiro atendimento da criança sem ser na APS, podendo ter levado ao atraso no início do seguimento na APS, a abertura do PSI no antigo Hospital Sorocabano, geograficamente muito próximo ao CSE-UVL, e com porta aberta ao acesso em horário contínuo, paralelamente à estes dois eventos, uma alteração grande na equipe e no acolhimento na área de saúde da criança no CSE. Pois, segundo Starfield (2002) são elementos estruturais na APS: acessibilidade, considerando

proximidade da Unidade à moradia das pessoas, dias e horários de funcionamento, bem como grau de tolerância às consultas não agendadas; variedade de serviços disponíveis à população; continuidade sendo o oferecimento ininterrupto de eventos; além da determinação geográfica da população, com o reconhecimento dos indivíduos de fazerem parte dela.

O fato da primeira consulta após a alta da maternidade não ocorrer no serviço que irá fazer o seguimento da criança é um dos fatores que pode ser considerado relevante como dificultador na adequada vinculação da mãe e da família do bebê com o CSE-UVL, pois segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2011) orienta, uma das riquezas da primeira consulta ocorrer antes dos sete dias de vida é:

“...abrir um canal de comunicação para as dificuldades apresentadas pela mãe em relação à amamentação antes da consulta; com a presença da família, para a compreensão da dinâmica familiar... sendo esta primeira consulta com o pediatra é de extrema importância para estabelecer o vínculo com a mãe e os familiares”.

Verificou-se que a primeira consulta no PSC tem ocorrido com pouca frequência antes dos 30 dias de vida, o que pode determinar uma baixa vinculação com a Unidade identificado como um atraso no início do seguimento no PSC na APS, segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), sendo a primeira consulta médica com 30 dias de vida, tendo anteriormente realizado uma consulta de enfermagem e, também corroborado pela fragmentação do cuidado com o primeiro atendimento não ocorrendo na unidade de referência e, podendo levar a uma baixa vinculação com o serviço. Entendendo que a APS é o nível estruturante do sistema, quando verificamos que este nível não conseguiu atuar de forma adequada no seguimento destas crianças, subsequentemente o uso inadequado e excessivo do PSI pode ser justificado por esta falha neste primeiro momento na assistência.

O Pronto Socorro Infantil tem como função oferecer serviço médico de urgência e emergência a fim de sanar necessidades condizentes a sua função. Fornecendo uma assistência centrada na doença, sem possibilidade de vínculo com o paciente devido sua função e caráter, além da rotatividade de profissionais de saúde. No entanto, vimos que quase metade das consultas dos pacientes incluídos no estudo

ocorreu no PSI. Tal proporção é muito além do esperado. A Portaria 1101/2002 do MS recomenda que 15% das consultas sejam em pronto-atendimentos, 22% em especialistas e 63% na atenção primária (BRASIL, 2002).

O acesso da criança à unidade de referência é importante para estabelecimento do vínculo tanto no período neonatal quanto no decorrer do crescimento. Em trabalho sobre acesso de primeiro contato em Cascavel, Oliveira *et al.* (2012) mostraram que barreiras organizacionais são grandes entraves na APS. Ora dificultando o acesso da demanda espontânea, ora pela ausência de pediatras. Outro ponto citado pelo mesmo trabalho que expõe esta situação, é a falta de vínculo do pediatra com o serviço onde atua, rompendo com os princípios ordenadores, rebaixando a atenção prestada, o que neste estudo não foi avaliado.

Os dados do nosso estudo que reforçam esta relação entre vínculo e acesso ao serviço foi o encontrado no levantamento das crianças que não realizaram nenhuma consulta no PSI, e que tiveram uma frequência bem mais elevada de seguimento adequado no PSC do que os que tiveram consultas no PSI, bem como o uso do CES-UVL com consultas extras/eventuais em bem maior frequência pelas crianças que realizaram adequadamente o seguimento no PSC.

Segundo Kovacs *et.al.* (2005), em seu estudo sobre acesso a serviços de urgência/emergência, a proximidade geográfica foi uma das principais razões para justificar este uso. Outro motivo citado em seu trabalho é o entendimento da população sobre uma melhor qualidade de atendimento e maior nível de recursos nos serviços de urgência/emergência. Foi citado também neste trabalho que os serviços de APS são acusados pela população, de terem baixa resolutividade e poucos recursos e profissionais. Isso ocorre, também, devido ao desmonte dos serviços públicos em especial a saúde. O que pode ter um ponto de convergência com a área da saúde da criança no CSE-UVL que passou por um grave período de desmonte em vista da aposentadora sem reposição de seus profissionais, tanto em número quanto em experiência devido à precarização de todos os serviços públicos. Resultando em um serviço com profissionais sem ligação orgânica com seu local de trabalho e sua comunidade e com pouco conhecimento sobre os serviços oferecidos pelo SUS (BRASIL, 2013). Tal condição acaba gerando maior tempo de espera por consultas, menor capacidade de absolver demandas espontâneas, além das filas e

gera a seguir, uma não procura pelo serviço a partir da “desvinculação” da sua clientela (Damaceno *et al.*, 2016).

Junto a isso, temos enraizada em nossa sociedade o conceito de medicalização (Illich, 1975), ocorrendo neste estudo também, a consulta centrada no médico, em com a responsabilidade de resolver os problemas de saúde, que muitas vezes repete o modelo de estar centrado na doença, subestimando o acompanhamento longitudinal da APS e refletindo a ausência do entendimento da importância da consulta multiprofissional, com um baixo número de consultas de enfermagem (KOVACS, 2005), como verificado no estudo. Isto reflete no sentimento de não resolutividade para a população, pois mesmo tendo acesso a diversos serviços de saúde, as condutas não geram os resultados esperado mesmo para as demandas resolvíveis na APS e as formas de acesso muitas vezes não são compatíveis com o caminhar da vida. Tornando-as obstáculos para a vida da população (ALMEIDA & GOMES, 2014) e justificando nesta busca de resolução, este enorme número de consultas verificados nos dois locais do estudo, CSE-UVL e no PSI.

Perante esse cenário que favoreceu a fragmentação do cuidado a criança e a família, gerando a descrença da população e dificuldades para criação do vínculo, temos pouco mais da metade dos pacientes com seguimento dentro do preconizado pelo Ministério da Saúde, pouco mais de 40% que fizeram somente as consultas mínimas recomendada, tendo quase 20% que não chegaram a alcançar o status de adequados, acrescido ao grande uso do PSI em horário e “com queixas” inadequadas a este local (BRASIL, 2010).

Entendemos que o trabalho realizado nos serviços de saúde, bem como o uso destes pela população sofre influência da concepção de saúde e cuidado dos envolvidos nesta relação, quer ser na gestão, no trabalho, ou mesmo dos usuários e, muitas vezes envolve disputa entre os diferentes projetos e conceitos de saúde (FEUERWERKER, 2014) exercitados pelos serviços e pelo município, muitas vezes ocultas e não colocadas de maneira tão clara, mas com certeza influenciando no financiamento da saúde.

Cabe destacar que a relação entre o melhor nível de escolaridade materna e o número adequado de consultas no PSC do CSE-UVL considerando o mínimo

preconizado pelo Ministério da Saúde, porém sem reflexo no fato de terem utilizado ou não o PSI para atendimento. Dado este com uma perspectiva interessante quando comparada às informações do Atlas do desenvolvimento humano do Brasil, dados de 2010, a escolaridade das mães do estudo é melhor que a média do município de Botucatu (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2010). Assim, consideramos que há a possibilidade de avanços em ações de educação em saúde a fim de trazer benefícios para as crianças e suas famílias e, também num melhor uso dos serviços. Além disso, usando o princípio da equidade, os recursos poderão ser usados para a parcela da população mais explorada, otimizando ainda mais tais benefícios.

A qualidade da assistência em saúde deve estar vinculada à estruturação e organização dos serviços, disponibilidade de materiais e equipamentos num processo de trabalho adequado e que promova o desenvolvimento contínuo e permanente de sua equipe de profissionais, por meio de ações educativas que promovam o aprimoramento destes (SILVA *et al.*,2016). Portanto, ações de educação em saúde, visando uma Educação Permanente (EP) em saúde com base no quadrilátero da EP - gestão, controle social, ensino e assistência (trabalho) – indissociáveis (CECCIM & FEUERWERKER, 2004), também deve ser uma estratégia visando a melhoria do acesso no PSC bem como na estruturação dos serviços.

A avaliação dos serviços de atenção primária é e continua sendo um dos grandes desafios do SUS, esperamos com este estudo, mesmo sendo de caracterização do uso do serviço, pela população de crianças incluídas, contribuir para o aprimoramento e ajustes necessários nesta área de assistência no CSE-UVL e talvez no município, auxiliando na orientação de políticas e avanços no sistema local de saúde.

Reconhecemos como limitação de nosso estudo, tratar-se de um estudo quantitativo, que pouco expressa os motivos pelos usos dos serviços incluídos, dificultando assim melhor entendimento deste fluxo de utilização dos serviços referidos.

6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Centro Saúde Escola – Vila dos Lavradores perdeu seu papel como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde institucionalmente e frente à população, motivado por várias causas, incluindo uma “desestruturação” da assistência no PSC desta unidade, propiciando dificuldade no acesso e quebra do vínculo com a unidade, assim, sendo subutilizado pela população, quando ela apresenta alguma demanda, enquanto o Pronto Socorro Infantil usado de forma inadequada oferecendo uma assistência ilimitada para a população, porém com distorção de sua função de porta de entrada para urgência/emergência.

Junto a isso vemos a Clínica do Bebê como primeiro estabelecedor de vínculo, ocupando a figura do CSE no início do seguimento, porém por sua característica de organização na assistência no PSC municipal não realizando o seguimento à estas crianças.

Estas características identificadas no uso dos serviços de saúde infantil destas crianças do CSE-UVL geraram, portanto, a redução do atendimento no CSE com grande número de seguimentos incompletos e irregulares e sobrecarga do PSI devido demandas da APS. Consideramos que o bom nível de escolaridade materna, propicia um bom campo de trabalho para ações de educação em saúde, visando um uso mais adequado dos serviços de saúde, principalmente no CSE-UVL, após a adequação da estrutura de acolhimento na área de saúde da criança desta Unidade.

Um trabalho qualitativo com questionário ao usuário poderá fornecer mais e melhores informações sobre os locais do estudo, com certas caracterizações como relação do acompanhante com a criança e seu vínculo empregatício, a fim de verificar melhor o uso pela população do PSI em detrimento a APS.

Avaliar o trabalho na APS (profissionais, vínculo empregatício, carga horária, estrutura) e conhecer a formação destes profissionais para esta atuação, entendendo para que e para quem os profissionais estão sendo formados e, sua satisfação e vínculo com local de trabalho.

Entender, através de estudos específicos para crianças com alguma doença, se quando há a doença o vínculo com a Unidade é melhor do que quando a consulta tem como objetivo de promoção e prevenção.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, G. S. C. **As determinações do capital sobre a formação do trabalhador na saúde**: um estudo sobre reformulações curriculares em dois cursos de medicina do Paraná. 2009. Tese (Doutorado em Educação) – Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

ALMEIDA, M. A. S. *et al.* (coord.). **Botucatu em dados**: mortalidade e população Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2016. 33p. Disponível em: https://http://fmb.unesp.br/Home/Pesquisa/upesc/botucatu-em-dados_-mortalidade_-populacao_2016.pdf. Acesso em: 20 nov. 2018.

ALMEIDA, M. R.; GOMES, R. M. Medicalização social e educação: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Nuances**: estudos sobre Educação, Presidente Prudente, v. 25, n. 1, p. 155-175, 2014.

ANDRADE, G. N.; REZENDE, T. M. R. L.; MADEIRA, A. M. F. Caderneta de Saúde da criança: experiências dos profissionais da atenção primária à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 857-864, 2014.

ARLESIA, M.; BARNES, P. A.; SHAH, G. H. Assessing gaps in the maternal and child health safety net. Population health management. **Population Health Management**, New Rochelle, v. 16, n. 4, p. 270-275, 2013.

BAHIA, L. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1186-1187, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000500026&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2018.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 181-912, 2003. Supl. 1.

BIRN, A. E. Child health in Latin America: historiographic perspectives and challenges. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 677-708, 2007.

BONILHA, L.; RIVORÊDO, C. R. Puericultura: duas concepções distintas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, p. 7-13, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 15 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Cadernos de Atenção Básica, n.28, v.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 2012a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> 2. Acesso em: 13 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BROWN, D. W. Child immunization cards: essential yet underutilized in National Immunization Programmes. **The Open Vaccine Journal**, Hilversum, v. 5, n. 1, p. 1-7, 2012.

CARAFFA, R. C.; SUCUPIRA, A. C. S. L. Papel do pediatra geral nas condições crônicas de saúde. In: SUCUPIRA, A. C. S. L. *et al.* (org.). **Pediatria em consultório**. 5. ed. São Paulo: Editora Sarvier, 2010. p. 184-189.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CHOPRA, M. *et al.* Saving the lives of South Africa's mothers, babies, and children: can the health system deliver? **The Lancet**, London, v. 374, n. 9692, p. 835-846, 2009.

DAMASCENO, S. S. *et al.* Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2961-2973, 2016.

ESCOBAR, A. M. U.; GRISI, S. J. F. E. Uma nova visão do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. In: SUCUPIRA, A. C. S. L. *et al.* (org.). **Pediatria em consultório**. 5. ed. São Paulo: Editora Sarvier, 2010.

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU. **História do CSE - FMB**. Botucatu: FMB, 2017. Disponível em: <http://www.fmb.unesp.br/#!/unidade-auxiliar/centro-de-saude-escola/instituicao/historia/>. Acesso em: 22 maio 2017.

FEUERWERKER, L. C. M. (org.). **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FISHER, L. D. **Biostatistics: a methodology for the health sciences**. New York: Wiley-interscience, 1993. 991 p.

FREIRE, M. M. L.; LEONY, V. S. A caridade científica: Moncovo Filho e o Instituto de proteção e assistência à infância do Rio de Janeiro (1899-1930). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p. 199-225, 2011.

FRENK, J. *et al.* La transición epidemiológica en América Latina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 111, n. 6, p. 485-496, 1991.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. **Informações dos municípios paulistas**. Consultas de pré-natal. Brasília: SEADE, 2018. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/imp>. Acesso em: 29 ago. 2018.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE BOTUCATU. Botucatu: HC, 2018. Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/heb-hospital-estadual-botucatu/>. Acesso em: 30 mar. 2018.

ILLICH, I. **Clinical damage, medical monopoly, the expropriation of health**: Three dimensions of iatrogenic. *Journal of Medical Ethics*, Londres, v. 1, n. 2, p. 78-80, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em <http://www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 nov. 2018.

KOVACS, M. H. Acessibilidade, atenção primária, sistema de referência e contra referência, avaliação em saúde. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 3, p. 251-258, 2005.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, Washington, v. 33, p. 159-174, 1977.

MARCONDES, E. A conferência de Alma-Ata e as ações básicas de saúde. In: ISSLER, H.; LEONE, C.; MARCONDES, E. (ed.). **Pediatria na atenção primária**. São Paulo: Sarvier, 1999. p. 53-55.

MOREIRA, M. E. L.; GOLDANI, M. Z. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2 p. 321-327, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2018.

OLIVEIRA, B. R. G. *et al.* Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13. n. 2, p. 332-342, 2012.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 79, n. 2, p. 161-170, 2001.

PAWLUCH, D. **The new pediatrics**: a profession in transition. Hawthorne (NY): Aldine de Gruyter, 1996.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Atlas do desenvolvimento humano do Brasil**. Demografia do município de Botucatu. Censo 2010. Brasília: IPEA, 2010. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/botucatu_sp. Acesso em: 20 nov. 2018.

PUCCINI, R. F. A criança e o adolescente na sociedade e a assistência pediátrica. In: PUCCINI, R. F.; HILÁRIO, M. O. E. (ed.). **Semiologia da criança e do adolescente**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SANINE, P. R. **Avaliação da atenção à saúde da criança em unidades de saúde no Estado de São Paulo**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2014.

SILVA, L. A. A. *et al.* Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 765-781, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Aleitamento Materno. **Recomendações**. Rio de Janeiro: SBP, 2011. n. 57, p. 1.

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

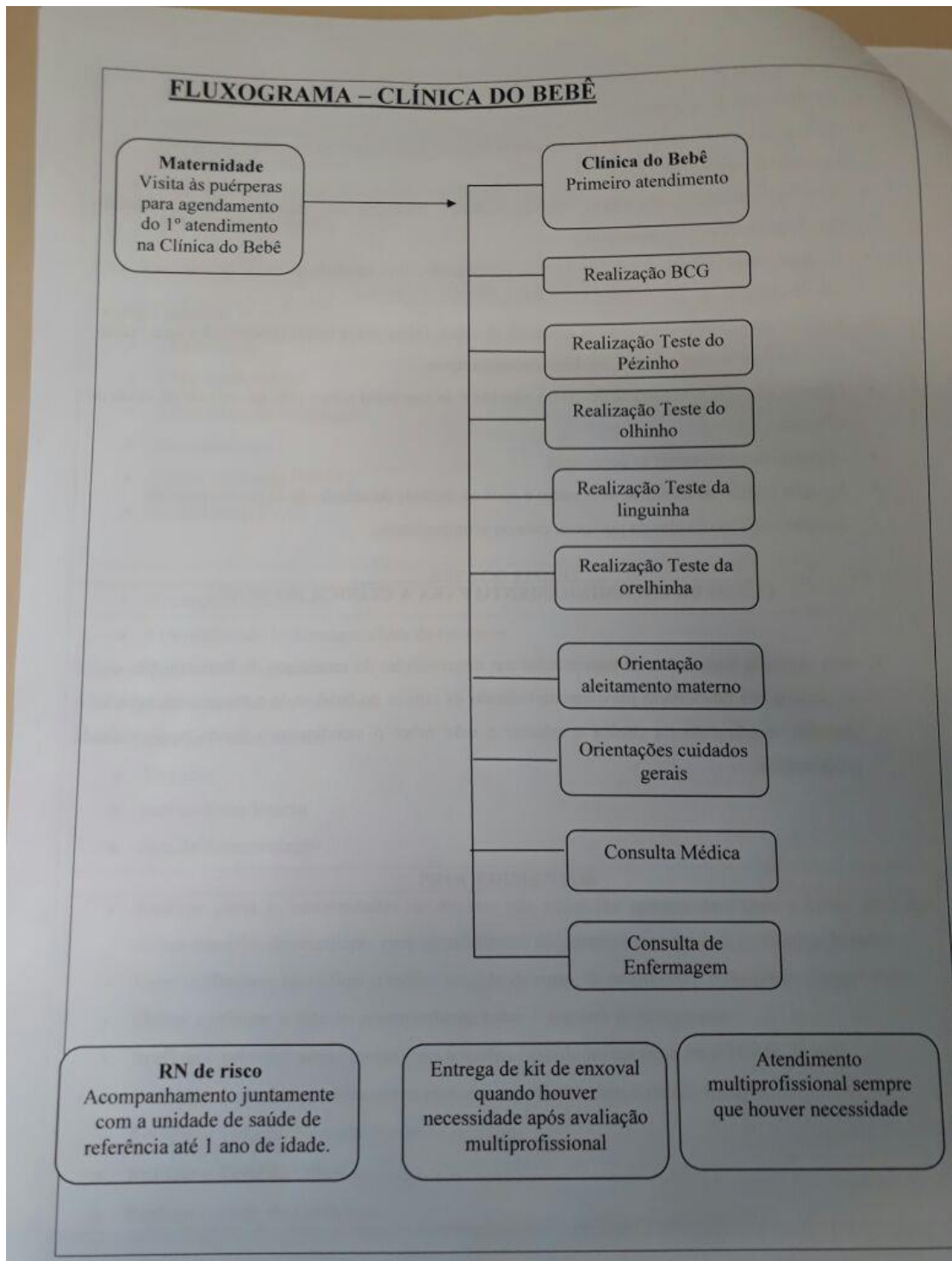
VICTORIA, C. G. *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.

WAGNER, G. S. C. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1997.

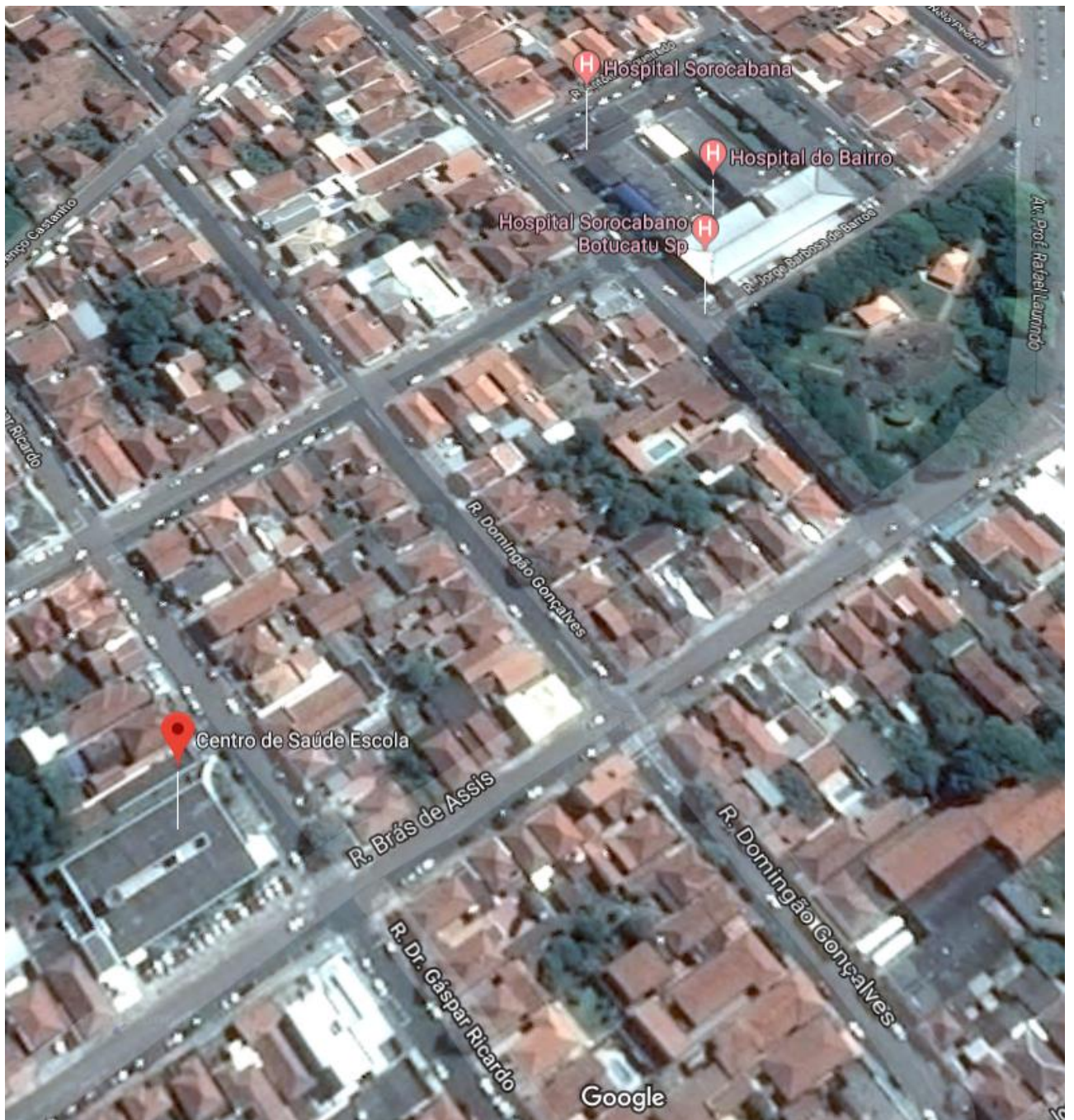
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2008**: primary health care, now more than ever. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: www.who.int/whr/2008/en/index.html. Acesso em: 7 out. 2017.

8. ANEXOS

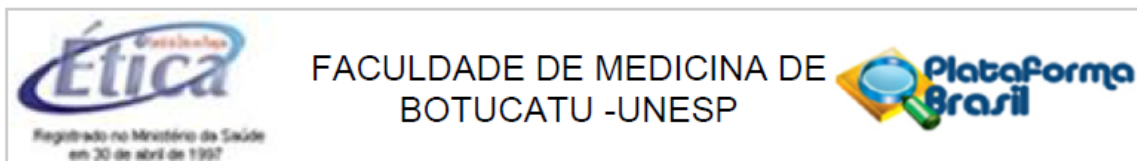
I – Fluxograma de atendimento Clínica do Bebê



II. Mapa localização – Centro de Saúde Escola e PSI



III. Aprovação do CEP-FMB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Doença periodontal em gestantes e repercussões gestacionais e ao recém-nascido.

Pesquisador: CÁTIA REGINA BRANCO DA FONSECA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48596815.6.0000.5411

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.227.213

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Telefone: (14)3880-1608

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

MUDANÇA DE TÍTULO EM PROJETO DE PESQUISA*

Objetivo Acadêmico: Dissertação de Mestrado

Título constante no parecer de aprovação:

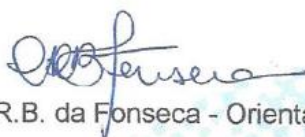
Gestão do atendimento infantil no Centro de Saúde Escola de Botucatu: seus determinantes e influências na assistência em pediatria.

Título final (constante na capa da dissertação):

Caracterização da atenção à saúde da criança do Centro de Saúde Escola de Botucatu-UVL: relação entre a utilização de serviços de assistência.

Data da reunião do CEP que aprovou o parecer inicial: **04/07/2017**

Declaramos que o trabalho não sofreu alterações nos objetivos e/ou conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.



Prof. Dra. Cátia R.B. da Fonseca - Orientador(a)



Carlos Alexandre H. Tiba - Orientado(a)

IV – Calendário de consultas no Programa de Saúde da criança do Ministério da Saúde do Brasil.

Calendário Mínimo de Consultas

Primeiro ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano
15 dias	18 meses	3 anos	4 anos	5 anos	6 anos
1 mês	2 anos				
2 meses					
4 meses					
6 meses					
9 meses					
1 ano					

Fonte: Cadernos de Atenção Básica- Saúde da Criança (BRASIL, 2012).