

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Medicina

**CENTROS VIVA VIDA DE REFERÊNCIA SECUNDÁRIA: UM ESTUDO DE
CASO DA ATENÇÃO PEDIÁTRICA**

LAURA MONTEIRO DE CASTRO MOREIRA

Belo Horizonte

2010

Laura Monteiro de Castro Moreira

**CENTROS VIVA VIDA DE REFERÊNCIA SECUNDÁRIA: UM ESTUDO DE
CASO DA ATENÇÃO PEDIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Orientadora: Prof^ª. Dra. Cláudia Regina Lindgren Alves

Co-Orientadora: Prof^ª. Dra. Soraya Almeida Belisário

BELO HORIZONTE

2010

M837c Moreira, Laura Monteiro de Castro.
Centros Viva Vida de Referência Secundária [manuscrito]: um estudo de caso da atenção pediátrica . / Laura Monteiro de Castro Moreira. - - Belo Horizonte: 2010.

91f.: il.

Orientadora: Cláudia Regina Lindgren Alves.

Co-Orientadora: Soraya Almeida Belisário.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Dissertação (mestrado: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Políticas Públicas de Saúde. 2. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 3. Saúde da Criança. 4. Atenção Secundária à Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Alves, Cláudia Regina Lindgren. II. Belisário, Soraya Almeida. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 320

Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde
Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente

Reitor: **Prof. Clélio Campolina Diniz**

Vice-Reitora: **Profª. Rocksane de Carvalho Norton**

Pró-Reitor de Pós-Graduação: **Prof. Ricardo Santiago Gomez**

Pró-Reitor de Pesquisa: **Prof. Renato de Lima dos Santos**

Diretor da Faculdade de Medicina: **Prof. Francisco José Penna**

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: **Prof. Tarcizo Afonso Nunes**

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: **Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha**

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação: **Profª. Teresa Cristina de Abreu Ferrari**

Chefe do Departamento de Pediatria: **Profª. Maria Aparecida Martins**

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente: **Profª. Ana Cristina Simões e Silva**

Subcoordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente: **Prof. Eduardo Araújo Oliveira**

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente:

Ana Cristina Simões e Silva

Cássio da Cunha Ibiapina

Eduardo Araújo de Oliveira

Francisco José Penna

Jorge Andrade Pinto

Ivani Novato Silva

Marcos José Burle de Aguiar

Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana

Representante discente: **Michelle Ralil da Costa**



**FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpg@medicina.ufmg.br



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores Cláudia Regina Lindgren Alves, Soraya Almeida Belisário, Maria Regina de Almeida Viana e Telma Maria Gonçalves Menicucci, aprovou a defesa da dissertação intitulada: **"CENTROS VIVA VIDA DE REFERÊNCIA SECUNDÁRIA: UM ESTUDO DE CASO DA ATENÇÃO PEDIÁTRICA"**, apresentada pela mestranda **LAURA MONTEIRO DE CASTRO MOREIRA**, para obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 16 de dezembro de 2010.


Profa. Cláudia Regina Lindgren Alves
Orientadora


Profa. Soraya Almeida Belisário
Coorientadora


Profa. Maria Regina de Almeida Viana


Profa. Telma Maria Gonçalves Menicucci



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpg@medicina.ufmg.br



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **LAURA MONTEIRO DE CASTRO MOREIRA**, nº de registro 2009654883. Às quatorze horas, do dia **dezesesseis de dezembro de dois mil e dez**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **“CENTROS VIVA VIDA DE REFERÊNCIA SECUNDÁRIA: UM ESTUDO DE CASO DA ATENÇÃO PEDIÁTRICA”**; requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Cláudia Regina Lindgren Alves, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Cláudia Regina Lindgren Alves/Orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Me</u>
Profa. Soraya Almeida Belisário/Coorientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profa. Maria Regina de Almeida Viana	Instituição: SES-MG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profa. Telma Maria Gonçalves Menicucci	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Telma</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada APROVADA

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 16 de dezembro de 2010.

Profa. Cláudia Regina Lindgren Alves Cláudia

Profa. Soraya Almeida Belisário Soraya Almeida Belisário

Profa. Maria Regina de Almeida Viana Maria Regina de Almeida Viana

Profa. Telma Maria Gonçalves Menicucci Telma

Profa. Ana Cristina Simões e Silva/Coordenadora Ana Cristina Simões e Silva

Profa. Ana Cristina Simões e Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente
Faculdade de Medicina/UFMG

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

CONFERE COM O ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação

AGRADECIMENTOS

A Deus, nas suas mais diversas formas, por insistir em escrever certo por tortas linhas.

À minha família, em especial:

Meu pai, pelo amor, exemplo e oportunidades.

Minha mãe, pelo companheirismo, dedicação e cumplicidade. Sem ela jamais seria possível fazer tanta coisa ao mesmo tempo.

Gustavo, Mariza e Mariângela, por terem contribuído, cada um a seu jeito, com este projeto.

Minhas avós e meus avôs, por estarem muito mais presentes do que imaginam.

Ao Thiago, que com seu amor consegue transformar diferenças em equilíbrio.

Aos queridos amigos, sempre presentes e grandes incentivadores, por toda força e carinho.

À Cláudia, pela dedicação e carinho, por acreditar e me incentivar a ir cada vez mais longe.

À Soraya, pela atenção, adorável acolhimento e enriquecedora contribuição.

À Érica, pela arte do encontro.

À Mariana, pela disponibilidade e importante ajuda.

À Regina, por ter me mostrado este caminho, contribuindo muito para minha realização pessoal e profissional.

Ao GEAPPED, pelo carinhoso acolhimento, enorme admiração e constante aprendizado.

À SES-MG, pelo incentivo e financiamento, em especial:

Dra. Marta, pelo exemplo de sabedoria e dedicação. Apoio fundamental para esta conquista.

Equipe do Viva Vida, pela amizade e companheirismo que tornaram a dupla rotina possível e mais prazerosa.

À equipe do CVV de Brasília de Minas, pelo acolhimento, confiança e disponibilidade.

Aos gestores municipais e profissionais de saúde da microrregião pela enriquecedora colaboração.

A todos aqueles que direta ou indiretamente participaram e contribuíram para mais este passo.

“Só se vê bem com o coração. O essencial é invisível aos olhos.”

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

Políticas públicas voltadas para a saúde da criança e para a redução da mortalidade infantil não são recentes no Brasil. Apesar dos avanços obtidos, a Taxa de Mortalidade Infantil ainda encontra-se em níveis considerados inaceitáveis, exigindo a formulação de políticas consistentes para o enfrentamento dessa situação. A atual estratégia de Minas Gerais para a redução desse indicador é o Programa Viva Vida. Dentre as ações desenvolvidas por esse programa, destaca-se a implantação de Centros Viva Vida de Referência Secundária (CVV). O objetivo deste estudo é avaliar a atenção pediátrica prestada por um CVV, tendo como referência os termos pactuados para sua implantação. Para tanto, foi utilizada uma abordagem quanti-qualitativa. No componente quantitativo, foi realizado um estudo transversal, com amostra aleatória e estratificada de prontuários de pacientes pediátricos inscritos no CVV de Brasília de Minas entre 2007 e 2009. Os dados foram analisados no pacote estatístico Epi Info 6.04 e o nível de significância adotado foi de 5%. No componente qualitativo, o grupo focal foi a principal técnica para coleta dos dados utilizados na análise da percepção de atores estratégicos sobre o CVV. Foi realizada leitura exaustiva do material com sistematização do mesmo nas categorias: conhecimento sobre a proposta do CVV, utilização do CVV, relação entre o CVV e a Atenção Primária à Saúde, relação entre diretrizes contratadas e a realidade do serviço. Os resultados indicaram dificuldades de organização do serviço conforme as diretrizes contratadas. Observam-se divergências entre o perfil dos usuários do CVV e o público-alvo previsto em relação à idade, ao município de origem e às características clínicas. Existem diferenças entre os serviços ofertados e as diretrizes assistenciais pactuadas. O acesso ao CVV e sua utilização são heterogêneos entre os municípios da microrregião. Os atores identificaram como entraves para implantação do CVV, entre outros, o desconhecimento de sua proposta por parte dos profissionais da atenção primária à saúde, as dificuldades de transporte e as fragilidades da rede de atenção da microrregião. Apesar dos problemas, a implantação do CVV é identificada como uma iniciativa inovadora e uma importante contribuição para expansão e organização da rede de atenção à saúde da criança no Estado. Conclui-se que a proposta do CVV, tal como planejada, não se verifica na prática, indicando a necessidade de intervenções para que os resultados esperados sejam alcançados.

Palavras-chave: 1. Políticas Públicas de Saúde; 2. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; 3. Saúde da Criança; 4. Atenção Secundária à Saúde; 5. Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Public policies related to child health and reducing infant mortality are not new in Brazil. Despite all the progress, the infant mortality rate is still at levels considered unacceptable, requiring the formulation of consistent public policies to confront this situation. The current strategy of Minas Gerais to reduce this indicator is the *Programa Viva Vida*. Among the actions developed by this program, we highlight the establishment of the *Centros Viva Vida de Referência Secundária (CVV)*. This study aims to evaluate the pediatric care provided by one CVV, in its first two years of operation, using as reference the terms agreed for its implementation. For this, a quantitative and qualitative approach was used. In the quantitative component, a cross-sectional study was performed, using a stratified random sample of medical records of pediatric patients enrolled in the CVV of *Brasília de Minas* between 2007 and 2009. Data were analyzed with the statistical package Epi Info 6.04 and the level of significance was 5%. The qualitative component drew on focus group as the main technique for data collection to be used for the analysis related to strategic actors perceptions on the role of CVV and its insertion into the network. An exhaustive reading of the material was done with its systematization on the categories: knowledge about the CVV proposal, use of the CVV, relationship between CVV and Primary Health Care, relationship between guidelines and reality of the contracted service. The results indicated difficulties in organizing the service contracted according to the guidelines. Differences were observed between the users of the CVV and the audience provided in relation to age, county of origin and clinical features. There are also differences between the services offered assistance and guidelines agreed upon. Access to and use of CVV services are not homogeneous among the throughout the region. The main barriers highlighted by the strategic actors, among others, were unaware of the CVV proposal by professionals of the primary health care, transport difficulties and weaknesses in the care network deployed in the region. Despite these problems, the actors support the innovative aspect of the CVV and believe that it's an important initiative for expansion and organization of the health care of children in Minas Gerais. It is concluded that the CVV proposal as planned, is not observed in the practice, indicating the need for interventions, to ensure that expected results are achieved.

Key Words: 1. Health Public Policy; 2. Program Evaluation; 3. Child Health; 4. Secondary Health Care; 5. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Esquema de Organização da Rede Viva Vida de Atenção à Saúde, Minas Gerais, 2010	24
FIGURA 2 - Mapa da distribuição dos Centros Viva Vida de Referência Secundária, por microrregião de Saúde, Minas Gerais, 2010.....	25
FIGURA 3 - Mapa de Minas Gerais com destaque para microrregião de saúde de Brasília de Minas, Minas Gerais, 2010.....	34
QUADRO 1 - Motivos de Referência e serviços ofertados nos Centros Viva Vida de Referência Secundária, Minas Gerais, 2010.....	27

LISTA DE TABELAS

Dissertação

Tabela 1 - Municípios que compõem a microrregião de saúde de Brasília de Minas, segundo população, equipes de Saúde da Família, cobertura de PSF, Índice de Desenvolvimento Humano e Taxa de Mortalidade Infantil, Minas Gerais, 2010.....33

Tabela 2 - Distribuição da amostra por município de origem.....36

Artigo 1

Tabela 1 – Características gerais da amostra estudada.....46

Tabela 2 – Características clínicas, disponíveis no prontuário, dos pacientes na primeira consulta.....48

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes segundo município de origem, sexo, faixa etária e número de consultas pediátricas no CVV.....49

Tabela 4 – Análise das características dos municípios da microrregião em relação ao número de consultas pediátricas realizadas no CVV.....50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CVV – Centro Viva Vida de Referência Secundária

DMCO – Demonstrativo Mensal Contábil Operacional

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

IPA – Informe de Produção Assistencial

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAI - Plano Ampliado de Imunização

PAISC – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança

PMDI – Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado

PNIAM – Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

PNTN - Programa Nacional de Triagem Neonatal

PPAG – Plano Plurianual de Ação Governamental

PSF – Programa de Saúde da Família

RMM – Razão de Morte Materna

SES-MG – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SETS - Sistema Estadual de Transporte em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSFácil - Sistema de Regulação Estadual

TMI – Taxa de Mortalidade Infantil

UAPS - Unidade de Atenção Primária à Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Infância (United Nations Children's Fund)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1	O problema da mortalidade infantil	17
2.2	Breve histórico das políticas públicas de saúde da criança no Brasil	18
2.3	A proposta de Minas Gerais para o problema da mortalidade infantil: o Programa Viva Vida.....	22
2.4	Centros Viva Vida de Referência Secundária.....	24
2.5	A proposta do CVV e a discussão sobre avaliação de políticas de saúde	28
3	OBJETIVOS	31
3.1	Objetivo Geral.....	31
3.2	Objetivos Específicos	31
4	MÉTODOS	32
4.1	Delineamento do estudo	32
4.2	Local de Estudo.....	32
4.3	Etapas da pesquisa.....	34
4.3.1	Primeira Etapa.....	34
4.3.1.1	Amostra da primeira etapa	35
4.3.1.2	Coleta e análise de dados	36
4.3.2	Segunda Etapa.....	37

4.3.2.1 Seleção dos participantes	38
4.3.2.2 Coleta e análise de dados.....	38
4.4 Aspectos Éticos	40
5 RESULTADOS.....	41
5.1 Artigo 1.....	41
5.2 Artigo 2.....	59
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS	79
GLOSSÁRIO.....	85
ANEXO A.....	86
APÊNDICE A.....	87
APÊNDICE B.....	88
APÊNDICE C.....	89
APÊNDICE D.....	90

1 INTRODUÇÃO

Políticas públicas voltadas para a saúde da criança e para a redução da mortalidade infantil não são recentes no Brasil. Apesar dos avanços obtidos, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) ainda encontra-se em níveis eticamente inaceitáveis, exigindo a formulação de políticas públicas consistentes para o enfrentamento dessa situação.

A atual estratégia do Estado de Minas Gerais para redução desse indicador consiste no Programa Viva Vida. Dentre as várias ações desenvolvidas por esse programa, destaca-se a implantação dos Centros Viva Vida de Referência Secundária (CVV) voltados para atenção à saúde sexual e reprodutiva e à saúde das crianças em situação de risco. Os CVV são de abrangência microrregional e contam com recursos estaduais para sua construção, aquisição de equipamentos e custeio mensal.

A proposta de implantação dos Centros Viva Vida é destacada como inovadora. Idealizadas de acordo com o modelo de redes de atenção, as diretrizes formuladas diferenciam o CVV de um centro de especialidades. Ao atrelar o financiamento do CVV à contratualização de serviços planejados de acordo com a demanda, essa proposta também inova, rompendo com a lógica de pagamento por procedimento vigente no Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, são incorporadas novas ferramentas de gestão, permitindo o monitoramento contínuo das metas pactuadas, da produção assistencial e do desempenho contábil desses Centros.

Mesmo com esses aspectos inovadores, observa-se que, até o momento, nenhuma avaliação foi realizada no sentido de desdobrar as informações geradas pelo monitoramento e compreender como a assistência é prestada no CVV, como é o cotidiano do serviço, qual a visão dos atores envolvidos nessa iniciativa, quais as necessidades de mudança para melhoria da proposta.

Essa lacuna reforça a noção difundida na literatura que defende que, apesar do consenso quanto à inquestionável necessidade de se avaliar políticas públicas, essa prática ainda é muito incipiente no Brasil, principalmente quando se trata de políticas de saúde, sobretudo, daquelas desenvolvidas pela esfera estadual.

A fim de oferecer uma contribuição em relação a esse problema, esta pesquisa tem como objetivo avaliar a atenção pediátrica prestada por um Centro Viva Vida nos seus dois primeiros anos de funcionamento. Para isso, buscou-se descrever o perfil dos pacientes do CVV, analisar o acesso a este serviço, bem como a assistência nele prestada. Buscou-se

também compreender as percepções de atores estratégicos sobre a inserção e o papel desse novo ponto de atenção na rede assistencial da microrregião.

A partir dessas informações é possível verificar se a proposta do CVV tal como planejada se verifica na prática e identificar suas fragilidades e potencialidades, possibilitando o aprimoramento dessa iniciativa. Com isso, espera-se não apenas contribuir para a melhoria do CVV estudado, como para os demais Centros em implantação no Estado.

É válido destacar que esta pesquisa não se propõe a realizar uma avaliação dos impactos do CVV sobre a mortalidade infantil na microrregião estudada. A implantação desse serviço é recente e existe defasagem temporal dos bancos de dados, o que impossibilita uma análise da evolução histórica da TMI. Além disso, a mortalidade infantil é uma questão complexa e multicausal, estando vinculada ao desempenho de várias ações e não exclusivamente ao CVV, exigindo análises mais complexas. Contudo, espera-se que os resultados desse estudo sejam capazes de gerar melhorias para o CVV, contribuindo para que esse serviço alcance maiores impactos na redução desse indicador.

Este trabalho é constituído de revisão da literatura, objetivos, métodos e resultados. Os resultados são apresentados na forma de dois artigos para divulgação em periódicos científicos, já incluindo, portanto, a discussão. O Artigo 1 é intitulado “Das diretrizes à prática: avaliação da atenção pediátrica prestada por um serviço de referência secundária no norte de Minas Gerais”, e o Artigo 2 “Atenção pediátrica prestada por um serviço de referência secundária no norte de Minas Gerais: um estudo das percepções de atores estratégicos”.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Esta revisão da literatura visa contextualizar a proposta de implantação dos Centros Viva Vida e abordar a crescente discussão sobre a necessidade de avaliação das políticas públicas de saúde. Para tanto, o ponto de partida foi o problema que deu origem à criação do CVV: a mortalidade infantil. Em seguida, foi elaborado um breve histórico das políticas públicas voltadas para a saúde da criança no Brasil, chegando à atual proposta de Minas Gerais: o Programa Viva Vida e a criação dos CVV. Por fim, foi realizado um resgate do debate sobre a avaliação de políticas públicas de saúde, que, além de justificar este trabalho, indica aspectos a serem observados durante a pesquisa.

2.1 O problema da mortalidade infantil

A mortalidade infantil é destacada historicamente como um dos principais problemas sociais. Ao expressar o estado de saúde da parcela mais vulnerável da população, as crianças menores de um ano, a Taxa de Mortalidade Infantil é um indicador capaz de refletir as condições de vida e os níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico de uma comunidade (DUARTE, 2007).

Uma tendência de queda da taxa de mortalidade infantil vem sendo observada em todo o mundo desde a década de 1950, e de maneira ainda mais acentuada a partir dos anos 1980 (IBGE,1999). Segundo Andrade *et al* (2006), a redução da fecundidade, a expansão de serviços de saúde e de outros benefícios sociais e o maior acesso a novas tecnologias em saúde vêm contribuindo para esse decréscimo.

No continente americano, a taxa de mortalidade infantil apresentou uma queda significativa, passando de uma média de 90,34 óbitos de menores de um ano em cada mil nascidos vivos nos anos 1950 para uma média de 31,31 nos anos 1990 (ANDRADE *et al*, 2006).

No Brasil, também foi percebida uma redução expressiva desse indicador. Na década de 1970, a mortalidade infantil atingia patamares próximos aos de países subdesenvolvidos da África e da Ásia, ultrapassando 90 óbitos por mil nascidos vivos, sendo que parcela considerável desses óbitos foi atribuída a causas passíveis de prevenção, principalmente ao

binômio infecção-desnutrição (ALVES *et al*, 2006). Já em 1990, a TMI era de 48,3‰ (IBGE,1999), caindo ainda mais na década seguinte, tendo chegado nos anos de 2000 e 2007 a 21,27 e 15,69 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos, respectivamente (BRASIL, 2010).

Em Minas Gerais, um estudo realizado em 2004 pela Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG) aponta o decréscimo de 11,5% na Taxa de Mortalidade Infantil no período de 1998 a 2000, passando de 23,5 para 20,79 óbitos de menores de um ano em cada mil nascidos vivos no último ano em análise (MINAS GERAIS, 2004). Dados mais recentes disponibilizados no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) já demonstram novo decréscimo da TMI no Estado, que caiu de 17,97 por mil nascidos vivos em 2002 para 14,87 no ano de 2007.

De acordo com os parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de mortalidade infantil é considerada aceitável quando se apresenta inferior a dois dígitos (OMS, 2010). Sob esse ponto de vista, apesar dos avanços observados, a TMI ainda encontra-se em níveis eticamente inaceitáveis tanto no país como em Minas, escondendo, inclusive, diferenças regionais importantes, que refletem a distribuição desigual de recursos e as diferentes condições socioeconômicas das famílias. Nesse contexto, grande é a necessidade de formulação de políticas públicas consistentes, planejadas, com intervenções múltiplas capazes de fazer uma análise crítica sobre as taxas de mortalidade infantil, considerando não apenas a causa da morte, mas as condições de vida em geral (CALDEIRA *et al*, 2002).

2.2 Breve histórico das políticas públicas de saúde da criança no Brasil

Políticas públicas consistem na tradução das propostas de governos democráticos em ações que produzirão resultados ou mudanças numa dada realidade (SOUZA, 2006). Compreendem o conjunto de intervenções no nível dos grandes objetivos e eixos estratégicos de atuação, desdobrando-se em programas que, por sua vez, são operacionalizados por meio de projetos (COSTA; CARNEIRO, 1997).

A implantação de políticas públicas voltadas para a saúde da criança e a redução da mortalidade infantil não é recente no Brasil. O trabalho *Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil* (IBGE, 1999) aponta que a Taxa de Mortalidade Infantil em 1930, apesar

de seu elevado valor, já refletia um lento, porém constante, declínio – reflexo da implantação de políticas sanitárias nos centros urbanos no início do século XX.

Nos anos seguintes, essa tendência de queda da TMI continuou, mas sua velocidade diminuiu em meados da década de 1960 devido à crise social e econômica vivenciada no país, a qual afetou diretamente toda a população (IBGE, 1999).

Na década de 1970, o caos no setor público e os indicadores em níveis bastante elevados exigiram intervenções governamentais para reverter a situação de saúde no Brasil. Diante da gravidade da realidade epidemiológica e da intensidade da pressão social por melhores condições de vida, várias ações nos diversos setores sociais (saúde, educação, saneamento, etc.) foram implementadas no país (ALVES *et al*, 2006).

Data desse período uma das primeiras tentativas de estruturação de ações voltadas para redução da mortalidade infantil e materna, a criação do Programa Materno Infantil, que iniciou o processo de implantação de coordenações estaduais voltadas para a atenção a esse segmento da população (LIMA *et al*, 2009).

Esse Programa se desdobrou, durante a década de 1980, em vários outros programas. Em 1981, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) foi criado a fim de incentivar a prática do aleitamento materno e reduzir o desmame precoce. Para isso, a estratégia proposta compreendia intervenções nas causas consideradas obstáculos ao aleitamento materno, tais como a organização dos serviços de saúde, a falta de controle sobre leites industrializados, educação e trabalho da mulher. Alguns avanços foram obtidos durante os dois anos de atuação do PNIAM, o que pode ser considerado como o primeiro passo efetivo para o desenvolvimento de ações voltadas para melhoria da qualidade de vida das crianças (ALVES *et al*, 2006).

Em 1984, diante de um perfil epidemiológico marcado pelas altas taxas de morbimortalidade por doenças infecto-parasitárias, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), no qual propunha uma série de ações voltadas para promoção, prevenção e recuperação da saúde das crianças de zero a cinco anos. Com o intuito de maximizar o alcance da assistência infantil no país, foram identificadas e priorizadas ações básicas com comprovada eficácia no controle dos problemas mais relevantes de saúde e que exigiam reduzida complexidade tecnológica. Todo o esforço era direcionado para cinco principais eixos de intervenção: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno e orientação para o desmame, imunização, prevenção e tratamento das infecções respiratórias e das diarreias agudas (BRASIL, 1986).

Nesse contexto, foram implantados o Cartão da Criança, a terapia de reidratação oral, a sistematização do uso de antibióticos e do atendimento por grau de gravidade das infecções respiratórias, a adequação do calendário de vacinação e a promoção de campanhas, além de uma grande estratégia de sensibilização e treinamento de profissionais de saúde envolvidos na operacionalização do Programa.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e a publicação da legislação que o regulamentou, inúmeros foram os avanços obtidos em relação às políticas públicas de atenção à saúde. Duarte (2007) destaca dois marcos importantes que contribuíram nesse sentido. O primeiro foi a criação, em 1994, do Programa de Saúde da Família (PSF), que promoveu a reorganização dos serviços básicos, trazendo sua oferta para mais perto dos cidadãos e concentrando o foco na qualidade de vida. O outro foi a publicação da Norma Operacional Básica nº.1/1996 (NOB-96), que alterou a lógica de financiamento do SUS, considerando uma combinação de critérios pautados nas características da população e na oferta de serviços para definir o volume da transferência de recursos, além de fornecer incentivos financeiros para programas de saúde considerados estratégicos.

No que se refere mais especificamente à atenção à saúde da criança, avanços foram obtidos ao longo do processo de implantação do SUS, tanto no campo normativo, com a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 (BRASIL, 1990), por exemplo, quanto no âmbito operacional, com a implantação de novas políticas e projetos e o fortalecimento de ações que já estavam sendo desenvolvidas.

As ações de incentivo ao aleitamento materno foram reforçadas com a distribuição de material educativo e capacitações. Em 1988, a Portaria do Ministério da Saúde nº. 322 contemplou todas as etapas de implantação e funcionamento de Bancos de Leite Humano, tornando o Brasil o primeiro país a possuir tal instrumento (BRASIL, 2010). Em 1992, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi incorporada pelo Ministério da Saúde como ação prioritária, tendo como objetivo mobilizar toda a equipe de saúde dos hospitais-maternidade, estabelecimentos com leitos de parto, para que modificassem condutas e rotinas responsáveis pelos altos índices de desmame precoce (BRASIL, 2010).

Com relação à imunização, Santos *et al* (2006) destacam que a política descentralizadora do SUS fez com que o Programa Ampliado de Imunização (PAI), criado em 1975, avançasse, contribuindo para sua execução em nível local e melhorando a cobertura vacinal.

Em 1996, foi implantada a Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), proposta pela OMS, pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e

pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), no intuito de alcançar as Metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância. Seu objetivo consiste em sistematizar o atendimento à criança em sua integralidade dentro da rotina dos serviços de saúde desenvolvidos pela atenção primária. Dada a diversidade do Brasil, o processo de implantação do AIDPI contemplou adaptações às características epidemiológicas regionais e às normas nacionais, caracterizando-se como uma alternativa para o desenvolvimento de ações já existentes para controle das doenças prevalentes na infância, porém primando pela lógica da integralidade (ALVES *et al*, 2006).

O Método Mãe Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, cujas primeiras experiências no Brasil foram realizadas em 1992, ganhou forças no ano 2000 com a publicação da Portaria do Ministério da Saúde nº. 693, que formaliza as normas de orientação para implantação desse método (BRASIL, 2000).

A Triagem Neonatal, também conhecida como “Teste do Pezinho”, teve início em 1976 e avançou muito em 2001 com a implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). Diante do pressuposto de que só identificar as diversas doenças congênitas ou infecciosas, assintomáticas no período neonatal, não era o suficiente, o Ministério da Saúde, estabeleceu como objetivos do PNTN a ampliação da cobertura visando 100% dos nascidos vivos, a busca ativa dos pacientes triados, sua confirmação diagnóstica e o acompanhamento e tratamento adequados dos pacientes identificados (BRASIL, 2001).

É válido ressaltar que, além das várias ações desenvolvidas, o contexto era rico em reflexões sobre as políticas de saúde da criança. Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), ao analisar os grandes problemas mundiais discutidos na última década, delineou oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a serem alcançados até 2015 por todos os países signatários. Dos oito objetivos estabelecidos, destaca-se o objetivo número quatro: a redução da mortalidade infantil. Sua principal meta é a redução da mortalidade dos menores de cinco anos em dois terços, no período de 1990 a 2015 (UNITED NATIONS, 2008).

O próprio Ministério da Saúde, no documento *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil* (BRASIL, 2004), reconhece que, apesar dos avanços obtidos, os indicadores de saúde demonstravam que um longo caminho ainda deveria ser percorrido para garantia da atenção integral às crianças brasileiras, tal como previsto pela Constituição Federal e pelo ECA. Assim, é proposto um pacto com os estados e municípios visando à redução da mortalidade infantil e à organização de uma rede de assistência pública integral, qualificada e humanizada em benefício da criança brasileira.

Para estruturar essa rede única e integrada de assistência à criança, as estratégias apresentadas no documento compreendem: o estabelecimento de uma linha de cuidado integral, com a identificação das ações prioritárias a serem observadas pelos serviços de saúde nos diversos níveis de organização do SUS, e a formalização de compromissos para qualificação da atenção prestada à criança, consolidando um movimento em defesa da vida, caracterizado pela responsabilização pela prevenção das mortes precoces e evitáveis. Nesse contexto, é publicada, ainda em 2004, a Portaria GM/MS nº. 1.258 (BRASIL, 2004), que institui o Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.

Em uma análise específica de Minas Gerais, nota-se que as ações desenvolvidas pela SES-MG observavam as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, entretanto apresentavam certa desarticulação e eram essencialmente financiadas com os recursos federais (LIMA *et al*, 2009). Com o objetivo de reverter essa situação, a SES-MG lançou, em outubro de 2003, o *Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna em Minas Gerais – Viva Vida* (MINAS GERAIS, 2003).

2.3 A proposta de Minas Gerais para o problema da mortalidade infantil: o Programa Viva Vida

Em 2003, foi elaborado o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado 2007-2023 (PMDI), que é o plano estratégico de longo prazo para orientar as ações a serem desenvolvidas pelo Governo de Minas. Esse documento define como visão de futuro atingir, em 2023, o melhor resultado de Índice de Desenvolvimento Humano do país. Para isso, na área da saúde, destaca-se o compromisso de redução da mortalidade infantil como um dos principais pontos da agenda governamental (MINAS GERAIS, 2003).

Foi nesse contexto que o Programa Viva Vida foi criado, fundamentando-se na sistematização de ações até então desenvolvidas de forma desarticulada. Sua principal estratégia para o combate à mortalidade infantil e materna é a parceria entre o governo e a sociedade civil organizada (MINAS GERAIS, 2003).

Diante dessa proposta, firmou-se como meta para o período de 2003 a 2006 a redução da Taxa de Mortalidade Infantil em 25% e a diminuição da Razão de Morte Materna (RMM) em 15%. Com sua continuidade no quadriênio 2007-2010, o Programa Viva Vida assumiu o

status de Projeto Estruturador do Governo e teve suas metas revistas para uma queda de 15% tanto da TMI como da RMM.

Os principais eixos de ação desenvolvidos pelo Programa são a estruturação de uma rede de atenção à saúde da mulher e da criança – Rede Viva Vida, a qualificação dessa Rede e a construção de um processo de mobilização social.

A Rede Viva Vida foi criada a partir da constatação de que muitas mortes de mulheres e crianças poderiam ser evitadas por meio de: realização de planejamento familiar efetivo; atendimento de qualidade ao pré-natal, parto e puerpério; e acompanhamento adequado ao crescimento e desenvolvimento das crianças, com ênfase no incentivo ao aleitamento materno, na vacinação e no controle das doenças prevalentes da infância. Assim, essa rede busca prestar e organizar os serviços de saúde ligados a tais ações, visando à oferta de atenção contínua e integral à população.

Para isso, a Rede Viva Vida (*FIG. 1*) é composta por pontos de atenção distribuídos conforme sua complexidade nos diversos territórios sanitários (municipal, microrregional e macrorregional). A atenção primária à saúde (APS) é o centro coordenador da rede e compreende como pontos de atenção as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), também conhecidas como Unidades Básicas de Saúde (UBS). A atenção secundária conta com os Centros Viva Vida, as maternidades de risco habitual e alto risco secundário, as Casas de Apoio à Gestante e à Puérpera, as Unidades Neonatais de Cuidados Progressivos e os hospitais pediátricos microrregionais. Já a atenção terciária é formada pela na Rede Viva Vida pelas maternidades de alto risco terciário (que contempla Unidades de Tratamento Intensivo neonatal e adulto), as Casas de Apoio à Gestante e à Puérpera, as Unidades Neonatais de Cuidados Progressivos e os hospitais pediátricos macrorregionais (LIMA *et al*, 2009).

Essa rede é perpassada ainda pelos sistemas de apoio e logística. O primeiro compreende os Sistemas de Informação, a assistência farmacêutica (atualmente operacionalizada pelo Programa Farmácia de Minas) e os laboratórios micro e macrorregionais responsáveis pelo apoio e diagnóstico. Já o sistema logístico da Rede Viva Vida é composto pelo Sistema de Regulação Estadual (SUSFácil), o Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS), o prontuário eletrônico e o cartão SUS.

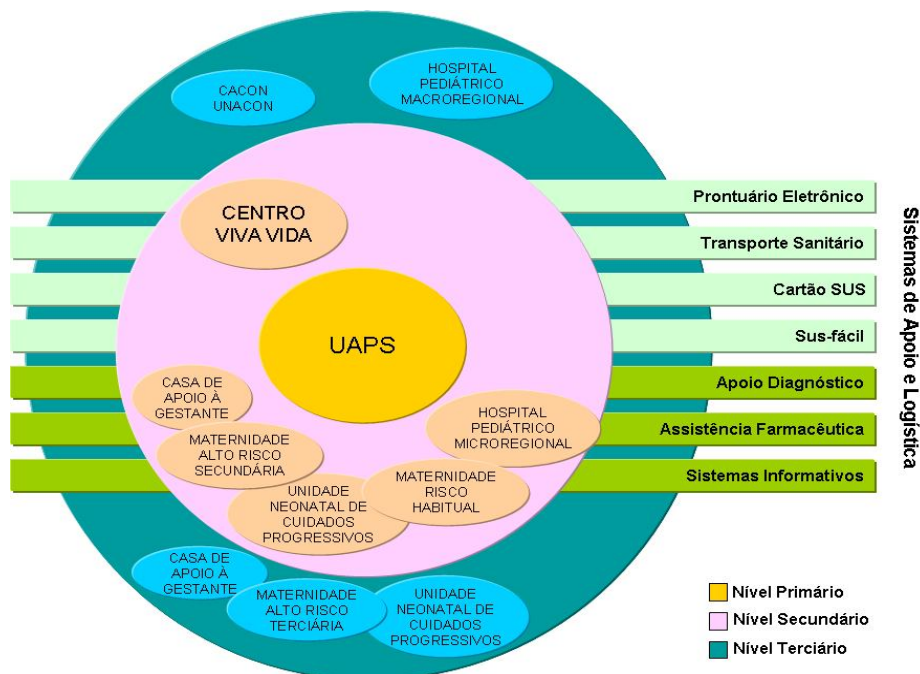


FIGURA 1 - Esquema de Organização da Rede Viva Vida de Atenção à Saúde, Minas Gerais, 2010
Fonte: SES-MG/SAS/GRT/CASMCA, 2010.

Para implantação e consolidação dessa rede, inúmeros investimentos foram feitos nos três níveis de atenção à saúde, tais como criação de novos leitos de UTI neonatal, distribuição de kits de equipamentos para a atenção primária e para maternidades, além de cursos de capacitação.

Uma ação que se destaca como inovadora e de fundamental importância para o sucesso do Programa é a implantação dos Centros Viva Vida de Referência Secundária (CVV). Partindo do consenso de que um dos principais pontos de estrangulamento do SUS está na oferta de procedimentos de média complexidade, os CVV estão sendo criados na tentativa de reduzir o vazio assistencial da atenção secundária, garantindo assistência hierarquizada e regionalizada, permitindo ganhos de escala e escopo e de qualidade nos serviços ofertados (MINAS GERAIS, 2005).

2.4 Centros Viva Vida de Referência Secundária

A Resolução SES nº. 759/05 (MINAS GERAIS, 2005) formaliza a proposta de implantação dos Centros Viva Vida de Referência Secundária (CVV) e os define como

unidades de saúde de natureza pública, exclusivamente a serviço do SUS. Caracterizados como pontos de atenção microrregionais, de média complexidade, os CVV deverão atuar de maneira integrada à atenção primária e terciária, buscando garantir assistência integral à saúde sexual e reprodutiva, dentro da perspectiva de gênero e direitos reprodutivos, e atenção integral à saúde da criança em situação de risco, conforme critérios estabelecidos pela Linha-Guia de Atenção à Saúde da Criança (MINAS GERAIS, 2005). Para isso, pressupõem a implantação de ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação das doenças e agravos, de forma adequada e humanizada.

Os Centros Viva Vida são construídos e equipados com recursos do Tesouro Estadual. Está prevista no Plano Plurianual de Ação Governamental 2008-2011 (PPAG) a criação de quarenta e sete Centros até 2011 (MINAS GERAIS, 2008) – são destacados na Figura 2 aqueles já confirmados pela SES-MG. Até o primeiro semestre de 2010, dezenove CVV foram inaugurados.

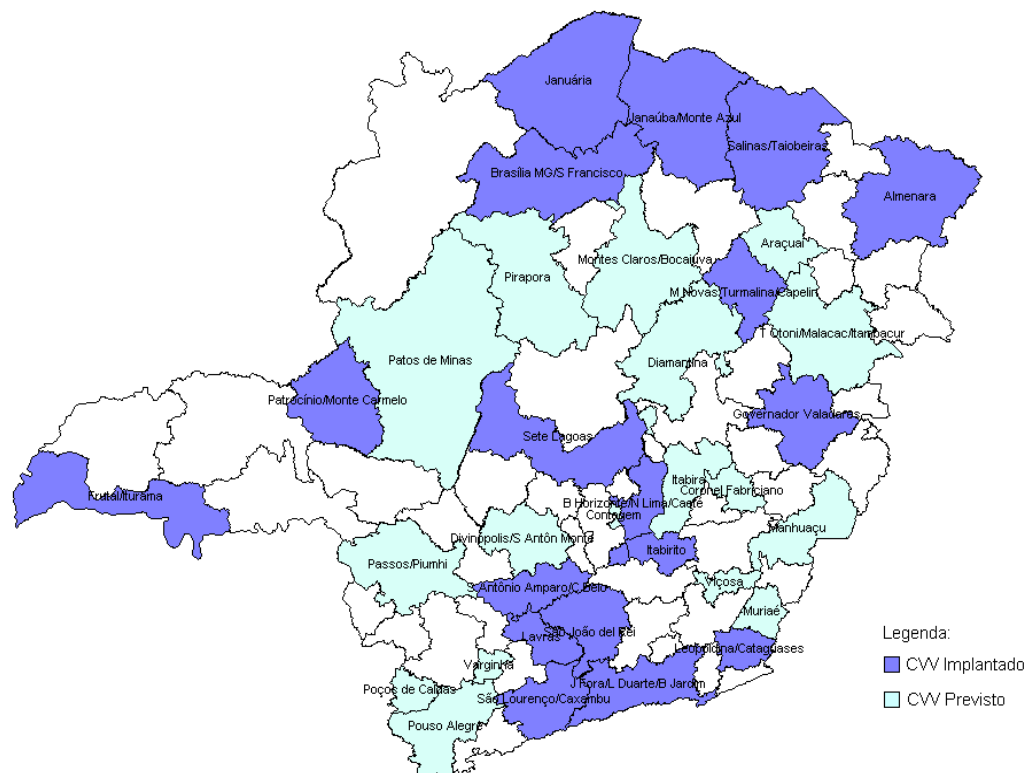


FIGURA 2 - Mapa da distribuição dos Centros Viva Vida de Referência Secundária, por microrregião de Saúde, Minas Gerais, 2010

Fonte: CASMCA/SAS/SES-MG, 2010.

O Estado também participa no custeio dos serviços ofertados por esses novos pontos de atenção (MINAS GERAIS, 2007). Por meio da utilização de parâmetros estabelecidos na literatura, é estimado um quantitativo de serviços a serem ofertados por CVV e calculados os recursos financeiros necessários para custeá-los. Essa proposta de orçamentação global visa romper com a lógica de pagamento por procedimento e estabelecer um modelo assistencial baseado na demanda por serviços, e não na oferta. O valor estimado para prestação da carteira de serviços selecionada é, então, contratado por meio de um Termo de Compromissos e Metas e repassado a uma conta específica para o CVV. O pagamento integral dos recursos está vinculado ao desempenho auferido no monitoramento das metas contratadas.

Os serviços a serem ofertados pelos Centros Viva Vida relativos à atenção à saúde da criança são aqueles estabelecidos por grupos de motivos de encaminhamento constantes no Quadro 1.

A seleção desses grupos de motivos de encaminhamento foi feita pela equipe do Programa Viva Vida com base nas situações de risco definidas pela Linha-Guia de Atenção à Saúde da Criança (MINAS GERAIS, 2005) para o Grupo II, ou seja, aquelas nas quais o atendimento à criança deve ser feito pelo pediatra ou especialista juntamente com a equipe de saúde da atenção primária. Para garantir a viabilidade financeira da proposta, dentre as situações de risco previstas na Linha-Guia para o Grupo II, foram descartadas para acompanhamento no CVV “crescimento e desenvolvimento desfavoráveis” e “doenças de transmissão vertical”. Além disso, o tópico “evolução desfavorável de qualquer doença” foi restrito apenas a dificuldades respiratórias e diarreia.

QUADRO 1
Motivos de Referência e serviços ofertados nos Centros Viva Vida de Referência Secundária,
Minas Gerais, 2010

Motivos de Referência	Serviços Oferecidos
Prematuridade e/ou Baixo Peso ao Nascer	Consulta com pediatra Consulta de enfermagem Consulta com psicólogo Consulta com fisioterapeuta
Episódio asfíxico no nascimento	Consulta com pediatra Consulta de enfermagem Consulta com fisioterapeuta
Desnutrição moderada/grave	Consulta com pediatra Consulta com nutricionista Consulta com assistente social Consulta de enfermagem Atividade em grupo com nutricionista, assistente social e enfermeiro
Dificuldades respiratórias de evolução desfavorável	Consulta com pediatra Consulta com fisioterapeuta Avaliação respiratória pelo pico de fluxo Atividade em grupo com enfermeiro, psicólogo e fisioterapeuta
Triagem Neonatal Positiva para Fenilcetonúria, Toxoplasmose, Hipotireoidismo, Doença Falciforme, Fibrose Cística	Acompanhamento junto ao NUPAD Consulta com pediatra, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social
Diarréia de evolução desfavorável	Consulta com pediatra Consulta com nutricionista Consulta com assistente social Consulta de enfermagem Atividade em grupo com nutricionista, assistente social e enfermeiro

Fonte: CASMCA/SAS/SES-MG, 2010

Para prestação adequada dos serviços previstos, foram definidas legalmente pela Resolução SES nº. 759/05, para todos os Centros Viva Vida, as especificações mínimas do quadro de pessoal, da estrutura física e dos equipamentos necessários. De acordo com essas diretrizes, a equipe de profissionais do CVV responsável pela saúde da criança deve ser composta por pediatras, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e fisioterapeutas. A estrutura mínima comum a todo CVV prevê sala de espera para pacientes e acompanhantes, sala de observação, posto de enfermagem, consultório de ginecologia e obstetrícia, consultório de pediatria, consultório para atendimento em enfermagem, consultório para atendimento em psicologia, sala de suturas/curativos, sala para cardiocardiografia e sala para ultra-sonografia ginecológica, obstétrica e pediátrica.

Ferramentas de gestão têm sido desenvolvidas ao longo do processo de implantação dos CVV com o intuito de monitorar seu desempenho. Um fluxo de monitoramento

quadrimestral, composto de indicadores de estrutura, processos e resultados, foi a primeira proposta apresentada pela SES-MG para acompanhamento de algumas metas pactuadas no Termo de Compromissos e Metas. Frente às limitações desse instrumento, foram desenvolvidas e implantadas duas novas ferramentas: o Informe de Produção Assistencial (IPA) e o Demonstrativo Mensal Contábil Operacional (DMCO). Com esses relatórios mensais, obteve-se um acompanhamento mais completo da produção assistencial e da situação contábil-financeira dos CVV. Entretanto, ainda não existem instrumentos capazes de desdobrar as metas e explicitar como a assistência é prestada.

2.5 A proposta do CVV e a discussão sobre avaliação de políticas de saúde

Apresentadas as estratégias do Programa Viva Vida e a proposta de implantação dos CVV, percebe-se que a política adotada pela SES-MG é coerente com as tendências de intervenção na área da saúde apresentadas pela literatura.

De acordo com Mendes (2009), a atual situação epidemiológica é marcada pela coexistência de condições agudas e crônicas, o que torna necessária a revisão do sistema de atenção à saúde vigente, de maneira a reorganizá-lo em redes de atenção à saúde. Essas redes devem ser estruturadas de maneira poliárquica, com responsabilidades sanitárias e econômicas bem definidas, tendo a atenção primária como centro de comunicação entre os pontos de atenção e permitindo a prestação de serviços de saúde no tempo certo, no lugar certo, com a qualidade e custos certos.

Hartz e Contandriopoulos (2004) também defendem que, para garantir a integralidade na saúde, torna-se obrigatória a integração de serviços por meio de redes assistenciais, visto que atores e organizações agindo isoladamente não dispõem da totalidade de recursos e de competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus vários ciclos de vida. Os autores ainda afirmam que o acompanhamento da implantação dessas redes é de extrema importância, uma vez que sua complexidade exige uma postura proativa de gestores e avaliadores, a fim de garantir o sucesso de sua estruturação e atuação.

Essa noção da necessidade de acompanhamento e avaliação das políticas de saúde vem se caracterizando como um consenso na literatura, sendo inúmeras as publicações que versam sobre o tema. Silva e Formigli (1994) afirmam que, sendo o processo saúde-doença complexo e multicausal, as ações para solucioná-lo também assumem essas características, o que faz

com que a avaliação seja necessária para verificar a coerência entre as estratégias estabelecidas e a realidade que sofrerá a intervenção.

Cavalcanti (2006) defende que a necessidade de se avaliar políticas públicas está associada aos problemas verificados no processo de implantação de seus programas. Dificilmente a implantação de uma intervenção se dá de acordo com o planejado pelos formuladores, o que dificulta o cumprimento das metas e objetivos propostos. Para a autora, no contexto brasileiro, o federalismo e a democracia exercem grande influência na implementação de políticas ao aproximar executores de beneficiários, tornando esse processo mais dinâmico. Assim, a avaliação de um programa não deve ser realizada apenas diante de problemas. Ela deve ser interpretada como um importante mecanismo de gestão, imprescindível para o conhecimento da viabilidade de programas e projetos, para o redirecionamento de seus objetivos, quando necessário, ou mesmo para a reformulação de suas propostas e atividades.

Novaes (2000) defende que a área de avaliação de programas e serviços de saúde tem passado por um processo de expansão, apresentando-se como instrumento de apoio para tomada de decisões referentes a sistemas e serviços de saúde na implantação de políticas públicas. Ala-Harja e Helgason (2000) compartilham dessa visão e afirmam que a avaliação de programas deve ser compreendida como um mecanismo de otimização do processo de tomada de decisão, por garantir melhores informações aos governantes, permitir fundamentar decisões e aperfeiçoar a prestação de contas sobre as políticas e os programas públicos.

Hartz (2002), acompanhando a crescente influência da gestão por resultado no setor público, inclusive nas políticas de saúde, afirma que é nítido o aumento da pressão sobre aqueles que planejam e desenvolvem serviços e programas, sendo crescentes as cobranças de demonstrações sobre a eficiência e a efetividade de suas intervenções.

Tantas visões sobre a necessidade de se avaliar políticas públicas trazem diversos conceitos sobre avaliação. São encontrados na literatura vários modelos, tipos e formas de se avaliar. Donabedian (1980, 1994) propõe a avaliação de qualidade do serviço prestado por meio da análise das dimensões estrutura, processo e resultado, sugerindo um modelo conceitual chamado “sete pilares da qualidade”, no qual são analisadas a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade.

Esse modelo de Donabedian é bastante difundido e citado por vários autores (REIS *et al*, 1990; SILVA; FORMIGLI, 1994; NOVAES, 2000; MARTINS, 2004; LOPES *et al*, 2004; CAMPOS, 2005) como ponto de partida para qualquer tipo de avaliação. Cavalcanti (2006), Ala-Harja e Helgason (2000), entre outros, apresentam vários modelos de avaliação conforme

sua finalidade, por exemplo: avaliação ex-ante, avaliação ex-post ou somativa, avaliação formativa ou de processo, avaliação de programas.

Se, por um lado, toda essa diversidade que permeia a discussão sobre avaliação de políticas públicas pode trazer confusão, por outro pode tornar o debate sobre o tema mais enriquecedor. Independente da visão a ser explorada e utilizada, é possível sumarizar alguns pontos de consenso entre os autores citados anteriormente:

- são consideradas características comuns a todas as avaliações: análises sistemáticas de aspectos importantes de um programa, que fornecem conclusões confiáveis e úteis, visando à melhoria do processo de tomada de decisão, da alocação apropriada de recursos e da responsabilidade social da intervenção;
- o objetivo de uma avaliação não é impor uma verdade absoluta, mas oferecer informações para uma compreensão fundamentada de uma política e seu processo de implantação;
- cada instrumento de avaliação deve se adequar à realidade da pesquisa. As características do objeto a ser estudado, o foco da pesquisa, a disponibilidade de tempo e financiamento e os resultados esperados da avaliação devem ser considerados para uma correta escolha dos instrumentos de avaliação;
- apesar do consenso quanto à inquestionável necessidade de se avaliar políticas públicas, essa prática ainda é muito incipiente, principalmente quando se trata de políticas de saúde, sobretudo no Brasil.

Em relação ao último ponto, é válido destacar as colocações de Trevisan e van Bellen (2008), que sugerem que essa escassez de estudos “pós-decisão” no Brasil deve-se tanto à frágil institucionalização da área no país quanto à carência de estudos sobre processos e metodologias de avaliação, o que pode ser atribuído à rara utilização da prática avaliativa como instrumento de gestão pelo setor público nas três esferas de governo, principalmente na estadual.

Assim, este estudo pretende oferecer uma contribuição em relação a esse problema, ao realizar a avaliação de uma intervenção pública estadual que poderá ser replicada aos demais CVV.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a atenção pediátrica prestada no Centro Viva Vida da microrregião de Brasília de Minas, no período de março de 2007 a março 2009.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil dos pacientes pediátricos do CVV considerando as seguintes variáveis: idade do paciente na admissão, município de origem, motivos de referência e diagnóstico.
- Analisar o atendimento por município de origem, bem como as características destes que podem influenciar no acesso ao CVV como distância, população, cobertura de Programa de Saúde da Família (PSF), Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Taxa de Mortalidade Infantil.
- Avaliar a assistência pediátrica prestada no CVV no que se refere ao número de consultas por paciente no período de estudo, desfecho da consulta, atendimento multiprofissional, realização de práticas educativas e realização de exames oferecidos no CVV.
- Analisar a percepção de atores estratégicos sobre a inserção e o papel do CVV de Brasília de Minas na Rede Viva Vida.

4 MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal que utiliza a conjugação de métodos quantitativos e qualitativos para alcançar os objetivos propostos (SERAPIONI, 2000; TURATO, 2005).

4.2 Local de Estudo

O estudo foi realizado no Centro Viva Vida de Brasília de Minas. Em funcionamento desde 28 de março de 2007, esse Centro apresenta uma estrutura física composta por dois consultórios de pediatria, dois consultórios para atendimento em enfermagem, um consultório para atendimento de psicologia, um consultório para atendimentos de assistência social e nutrição, uma sala de fisioterapia e uma sala para realização de práticas educativas, adaptada para uma brinquedoteca.

No período do trabalho de campo, o quadro de profissionais que formava a equipe de saúde da criança do CVV era composto por três pediatras, uma enfermeira, uma nutricionista, uma assistente social e uma psicóloga.

A escolha desse Centro pode ser justificada pelos seguintes motivos:

- foi o primeiro CVV no Estado a observar a lógica formalizada pela Resolução SES nº759/05, permitindo maior período de análise;
- está localizado em uma microrregião do norte de Minas Gerais composta por 16 municípios com características demográficas e sociais heterogêneas, que apresentam IDH diferentes, TMI em níveis considerados altos e desiguais entre si, coberturas de PSF superiores a 70%, consideradas favoráveis para um bom funcionamento de uma rede de atenção à saúde (MINAS GERAIS, 2003);
- seus representantes se dispuseram a colaborar com o estudo.

A Tabela 1 ilustra a realidade citada anteriormente e apresenta os municípios que compõem a microrregião de saúde de Brasília de Minas, segundo os últimos dados

disponíveis pelos sistemas oficiais de informação referentes à população residente, número de equipes de Saúde da Família, cobertura de PSF, IDH e TMI.

TABELA 1

Municípios que compõem a microrregião de saúde de Brasília de Minas, segundo População, Equipes de Saúde da Família, Cobertura de PSF, Índice de Desenvolvimento Humano e Taxa de Mortalidade Infantil, Minas Gerais, 2010

Município	População (2009)	Equipes de Saúde da Família (2009)	Cobertura de PSF (%) (2009)	Índice de Desenvolvimento Humano (2000)	Taxa de Mortalidade Infantil (2007)
Brasília de Minas	30.639	7	78,8	0,692	30,57
Campo Azul	3.734	1	92,4	0,650	22,22
Ibiracatu	6.961	2	99,1	0,615	52,63
Icaraí de Minas	9.285	3	100	0,650	14,60
Japonvar	9.132	2	75,6	0,618	15,75
Lontra	8.507	3	100	0,643	0,00
Luislândia	6.675	1	51,7	0,634	24,39
Mirabela	12.874	5	100	0,658	0,00
Patis	5.358	2	100	0,605	12,82
Pintópolis	8.082	2	85,4	0,637	19,23
São Francisco	54.898	9	56,6	0,680	27,69
São João da Ponte	25.908	11	100	0,626	8,45
São Romão	8.535	3	100	0,649	13,51
Ubaí	10.703	4	100	0,651	17,24
Urucuia	11.491	4	100	0,675	9,39
Varzelândia	20.513	7	100	0,631	23,14
Total	233.295	66	89,97	Não Informado	20,10

Fontes: SES-MG/SAS/GAPS/ICMS, 2009

Ministério da Saúde/DATASUS, 2010

Atlas do Desenvolvimento Humano/PNUD, 2000

O mapa a seguir (FIG. 3) mostra a configuração geográfica da microrregião estudada.

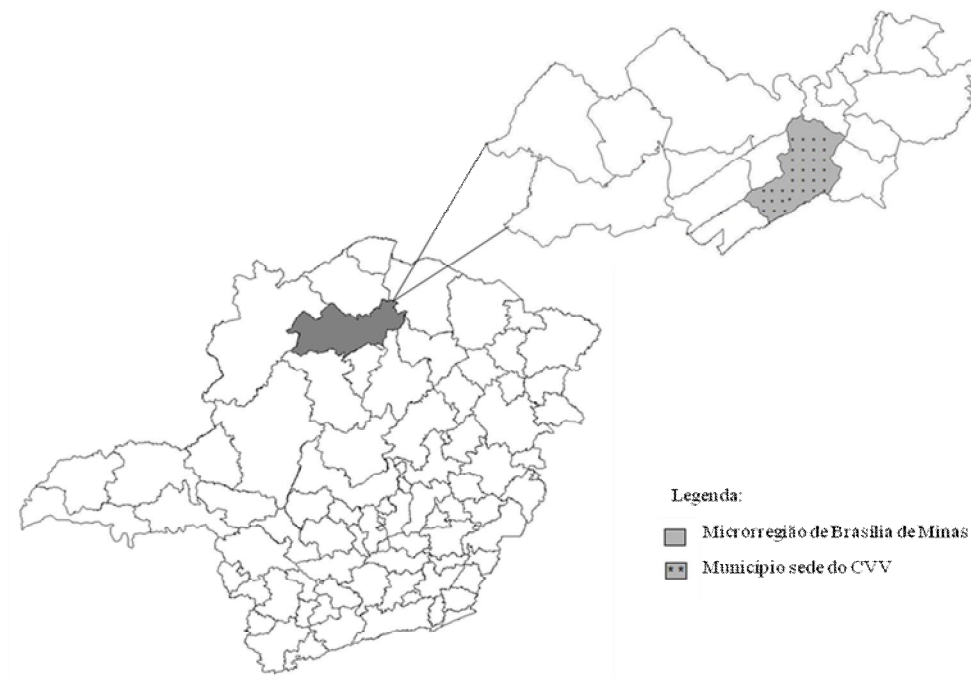


FIGURA 3 – Mapa de Minas Gerais com destaque para microrregião de saúde de Brasília de Minas, Minas Gerais, 2010.
Fonte: DATASUS, 2010

4.3 Etapas da pesquisa

A pesquisa foi realizada em duas etapas. A primeira ocorreu no segundo semestre de 2009 e consiste em uma análise quantitativa de dados relativos à atenção pediátrica prestada pelo CVV de Brasília de Minas. A segunda etapa foi realizada no primeiro semestre de 2010 e consta da análise qualitativa da percepção de atores estratégicos sobre o CVV de Brasília de Minas.

4.3.1 Primeira Etapa

A primeira etapa do estudo compreende a análise quantitativa dos dados referentes ao acesso aos serviços de atenção à saúde da criança do CVV, ao perfil dos usuários desses serviços e à assistência a eles prestada.

Para essa etapa foram realizadas duas visitas ao CVV. A primeira, em julho de 2009, teve como objetivo identificar o número de pacientes pediátricos. A segunda ocorreu em setembro do mesmo ano para coleta dos dados dos prontuários constantes da amostra.

4.3.1.1 *Amostra da primeira etapa*

O cálculo da amostra tomou por base as 3.764 crianças inscritas no CVV no período de 28 de março de 2007 a 28 de março de 2009. Uma vez que não há referências na literatura que estimem a utilização do CVV ou serviços equivalentes, optou-se por considerar uma “prevalência” de 50% para o cálculo da amostra, o que estatisticamente garante a maior amostra necessária (LWANGA; LEMESHOW, 1991). Foi considerada uma margem de erro de 5% e intervalo de confiança de 95%, acrescidos 10% de perdas, totalizando 385 prontuários de pacientes pediátricos a serem analisados.

A estratificação da amostra por município de origem observou os seguintes passos:

- identificou-se a população de crianças menores de cinco anos por município da microrregião de Brasília Minas para o ano de 2008, conforme dados do DATASUS. Foram excluídos os dados populacionais dos municípios de Mirabela e São Francisco, que não encaminharam nenhum paciente para o CVV no período em análise;
- em seguida, foi calculada a proporção de crianças menores de cinco anos por município em relação ao total identificado de crianças nessa faixa etária;
- esta proporção foi aplicada à amostra de 385 prontuários, obtendo-se, assim, a amostra estratificada esperada;
- como alguns municípios não apresentavam o total de prontuários esperado, a diferença foi redistribuída entre os demais municípios de acordo com a mesma lógica, chegando à distribuição final apresentada pela Tabela 2.

TABELA 2
Distribuição da amostra por município de origem

Município	N. de inscritos	População 0 a 5 anos 2008	Proporção (%)	Amostra esperada	Amostra Final
Brasília de Minas	2974	3.015	16,1	62	96
Campo Azul	56	414	2,2	9	13
Ibiracatu	40	682	3,6	14	22
Icarai de Minas	76	1.216	6,5	25	39
Japonvar	96	931	5,0	19	30
Lontra	89	838	4,5	17	26
Luislândia	144	760	4,1	16	25
Patis	38	588	3,1	12	19
Pintópolis	87	948	5,1	19	30
São João da Ponte*	1	3.008	16,0	62	1
São Romão*	9	1.136	6,0	23	9
Ubaí	124	1.418	7,6	29	45
Urucuia*	10	1.459	7,8	30	10
Varzelândia*	20	2.322	12,4	48	20
Total	3764	18.735	100	385	385

*Municípios com número de prontuários inferior ao esperado

Feita a estratificação da amostra por município, os prontuários foram sorteados aleatoriamente por meio de tábua de randomização geradas pelo pacote estatístico Epi Info 6.04 (CDC, 2005).

4.3.1.2 Coleta e análise de dados

Para cada objetivo específico contemplado pela análise quantitativa, um conjunto de variáveis foi analisado.

O perfil do paciente foi descrito a partir de sua idade de admissão no CVV, seu município de origem, seus motivos de encaminhamento e diagnósticos. A assistência pediátrica prestada no CVV foi analisada por meio das variáveis: número de consultas por especialidade por paciente no período de estudo, desfecho da consulta, realização de atendimento multiprofissional, realização de práticas educativas e realização de exames oferecidos pelo CVV.

A obtenção de dados desses dois grupos de variáveis foi feita por meio da análise dos 385 prontuários constantes da amostra, com base no roteiro apresentado no Apêndice A. Nessa etapa, houve a participação de uma pesquisadora pediatra para coleta dos dados referentes ao motivo de encaminhamento, diagnóstico e conduta destacados nos prontuários.

Em relação ao acesso aos serviços de atenção pediátrica oferecidos no Centro Viva Vida de Brasília de Minas foram analisadas as variáveis: distância do município de origem ao CVV, população, cobertura de PSF, Índice de Desenvolvimento Humano e Taxa de Mortalidade Infantil.

Os dados foram armazenados em formato eletrônico, sem qualquer identificação dos participantes do estudo. Para a montagem, processamento e análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico Epi Info 6.04.

Foi realizada análise descritiva da distribuição de frequência das variáveis categóricas e análise das medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas. O teste Qui-quadrado foi utilizado para verificar a associação entre o número de consultas por paciente e as variáveis relacionadas ao perfil dos usuários (sexo, idade, município de origem). Para verificar a associação entre o número de consultas por paciente e as variáveis relacionadas às características do município de origem (população, distância até o CVV, cobertura de PSF, TMI e IDH) foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. O nível de significância adotado foi de 5%.

Os motivos de encaminhamento e os diagnósticos descritos nos prontuários foram organizados observando a classificação do CID-10, e depois agrupados de acordo com os problemas de saúde com indicação para acompanhamento no CVV (Apêndice B).

4.3.2 Segunda Etapa

As informações acerca da percepção dos atores sobre o processo de implantação do CVV e de sua inserção na Rede Viva Vida foram obtidas por meio da realização de grupos focais (SOUZA *et al*, 2008; MENDES; VAZ, 2009).

4.3.2.1 Seleção dos participantes

Para esta pesquisa foram identificados três grupos de informantes estratégicos:

- os secretários municipais de saúde da microrregião, que são os responsáveis pelo planejamento e divulgação das diretrizes das políticas públicas de saúde adotadas;
- os profissionais da atenção primária, responsáveis pela identificação das crianças de risco e sua referência para o CVV;
- os profissionais da equipe de saúde da criança do CVV, que assistem aos pacientes pediátricos encaminhados para esse serviço e são responsáveis pela contra-referência para APS.

Foram definidos como critérios de elegibilidade:

- para o grupo dos secretários municipais de saúde: gestor municipal ou representante da Secretaria Municipal de Saúde de cada município da microrregião, diretamente envolvido com a proposta do CVV, pelo menos desde 2008;
- para o grupo dos profissionais da APS: representante da atenção primária à saúde (médico generalista ou enfermeira da equipe de Saúde da Família) de cada município da microrregião, envolvido com a proposta do CVV pelo menos desde 2008;
- para o grupo da equipe de saúde da criança do CVV: participantes da equipe multidisciplinar de atenção à saúde da criança do CVV, que estavam no serviço entre março de 2007 a março de 2009.

A convocação dos participantes foi feita via Ofício emitido pela SES-MG a cada Secretaria Municipal de Saúde da microrregião, contendo os critérios expostos anteriormente. Nos casos em que não se obteve a confirmação na data esperada, foram feitas ligações telefônicas.

4.3.2.2 Coleta e análise de dados

Como instrumento para coleta de dados foi elaborado um roteiro semi-estruturado (Apêndice C). Resultados preliminares da etapa quantitativa foram incluídos no roteiro a fim motivar a discussão.

Os grupos focais ocorreram no dia 06 de abril de 2010, nas dependências do CVV de Brasília de Minas. Os objetivos e métodos da pesquisa foram apresentados aos participantes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D). Os encontros foram conduzidos e moderados pela co-orientadora desse trabalho e acompanhados por outra pesquisadora responsável pela observação.

O primeiro grupo foi realizado com os profissionais da APS da microrregião. Sete municípios compareceram, e dois deles mandaram dois representantes, totalizando nove participantes. O encontro teve duração de aproximadamente uma hora.

O segundo foi direcionado aos Secretários Municipais de Saúde da microrregião. Dos 16 municípios convidados, nove participaram desse grupo, que teve duração de cinquenta minutos.

O último grupo foi realizado com a equipe de saúde da criança do CVV. Dos sete profissionais da equipe multidisciplinar, cinco participaram da reunião. Esse grupo durou cerca de cinquenta minutos.

Todos os encontros foram gravados e transcritos. Foi realizada leitura exaustiva do material por dois pesquisadores, que levantaram as opiniões recorrentes e frequentemente expressas, dissensos e consensos em cada entrevista. Em seguida, estas opiniões foram confrontadas e sistematizadas nas seguintes categorias:

- Conhecimento sobre a proposta do CVV;
- Utilização do CVV;
- Relação entre o CVV e a APS;
- Relação entre as diretrizes pactuadas e a realidade do serviço.

Para análise das informações obtidas foi utilizada a técnica de Análise Temática de Conteúdo proposta por Bardin (2008). Também foi realizada observação *in loco* dos principais processos e fluxos operacionais do CVV a fim de aprimorar a compreensão das percepções.

4.4 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido à Câmara do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG e ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG), sendo aprovado pelo Parecer nº. ETIC 241/09 (Anexo A).

Nenhuma criança cujo prontuário foi analisado na abordagem quantitativa foi identificada nesse estudo. Todos os participantes dos grupos focais foram esclarecidos sobre os objetivos e métodos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D).

5 RESULTADOS

Os resultados apurados serão apresentados em dois artigos, incluindo, portanto, a discussão. Como os artigos serão encaminhados para publicação em periódicos científicos, optou-se por não divulgar o nome do CVV em análise, identificando-o apenas como um CVV da região norte de Minas Gerais.

5.1 Artigo 1

Das diretrizes à prática: avaliação da atenção pediátrica prestada por um serviço de referência secundária no norte de Minas Gerais

Resumo

A mortalidade infantil é um grave problema social. Apesar da tendência de queda, a Taxa de Mortalidade Infantil ainda apresenta-se em níveis inaceitáveis. Em Minas Gerais, a atual estratégia da Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG) para enfrentamento desse problema é o Programa Viva Vida. Dentre suas ações, destaca-se a implantação de Centros Viva Vida de Referência Secundária (CVV), destinados à saúde sexual e reprodutiva e à saúde da criança em situação de risco. Este trabalho avalia a assistência pediátrica prestada por um CVV, a partir dos termos pactuados para sua criação. Foi realizado um estudo transversal, com amostra aleatória e estratificada de prontuários de pacientes pediátricos inscritos em um CVV da região norte de Minas Gerais, entre 2007 e 2009. Observou-se divergência entre o perfil dos usuários do CVV e o público-alvo previsto em relação à idade, ao município de origem e às características clínicas. Existem diferenças entre os serviços ofertados e as diretrizes assistenciais pactuadas. O acesso ao CVV não é uniforme na microrregião, diferente da lógica estabelecida para utilização do serviço. Os resultados apontam que a proposta do CVV, tal como planejada, não se verifica na prática, indicando a necessidade de sua reorientação.

Palavras-chave: Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Atenção Secundária à Saúde; Saúde da Criança.

Abstract

Infant mortality is a serious social problem. Despite the downward trend, the infant mortality rate is unacceptably high. In Minas Gerais, the current strategy of the State Department of Health (SES-MG) to cope with this problem is the *Programa Viva Vida*. Among its actions, there is the establishment of *Centros Viva Vida de Referência Secundária* (CVV) for sexual and reproductive health and child health. This study evaluates the pediatric care provided by a CVV, from the terms agreed to its creation. It's a cross-sectional study with a stratified random sample of medical records of pediatric patients enrolled in a CVV located in a region on the north of the state, between 2007 and 2009. There is a disagreement between the users of the CVV and the audience defined with regard to age, city of origin and clinical features. Differences are perceived between the services offered and care guidelines agreed upon. The access to the CVV is not uniform in the micro region, different from the logic set for the use of this service. The results show that the proposal of CVV as planned is not observed in practice indicating the need of reorientation.

Key Words: Program Evaluation; Secondary Health Care; Child Health.

Introdução

A mortalidade infantil é destacada historicamente como um dos principais problemas sociais. Ao expressar o estado de saúde da parcela mais vulnerável da população, os menores de um ano, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um indicador capaz de refletir as condições de vida, os níveis de saúde e o desenvolvimento socioeconômico de uma comunidade¹.

Uma tendência de queda desse indicador vem sendo observada em todo mundo. No Brasil, é percebida uma redução expressiva da TMI, que passou de 48,3‰ em 1990², para 15,69 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos em 2007³. Em Minas Gerais, observa-se um decréscimo de 37% da TMI entre 1998 e 2007, passando de 23,5‰ para 14,87‰³.

Apesar dos avanços observados, a Taxa de Mortalidade Infantil ainda apresenta-se em níveis eticamente inaceitáveis, escondendo diferenças regionais importantes, que refletem a distribuição desigual de recursos e as condições socioeconômicas das famílias. Assim, grande

é a necessidade de formulação de políticas públicas consistentes para o enfrentamento dessa situação.

A implantação de políticas públicas voltadas para a saúde da criança e a redução da mortalidade infantil não é recente no Brasil. Antecedem aos anos 30 os primeiros esforços neste sentido, sendo iniciativas mais estratégicas adotadas a partir da década de 1970². Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, vários avanços foram obtidos, tanto no campo normativo, por exemplo, com a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente, como em âmbito operacional, com implantação de novas políticas e fortalecimento de ações que já estavam sendo desenvolvidas⁴.

Com o objetivo de promover a articulação das ações propostas pelo Ministério da Saúde e ampliar as formas de financiamento⁵, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) lançou, em 2003, o *Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna em Minas Gerais – Viva Vida*⁶. Dentre várias ações desenvolvidas por esse Programa, destaca-se a implantação dos Centros Viva Vida de Referência Secundária (CVV). Criados para reduzir os vazios assistenciais existentes na média complexidade e organizar a rede de atenção à saúde da mulher e da criança no Estado, esses Centros caracterizam-se como pontos de atenção microrregionais que, atuando de maneira integrada à atenção primária e terciária, devem garantir atenção integral à saúde sexual e reprodutiva e à saúde da criança em situação de risco. Para isso, devem ofertar ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação de doenças⁷. Os CVV contam com recursos do Tesouro Estadual na sua construção, na aquisição de equipamentos e no custeio mensal de suas atividades, sendo regidos por Termos de Compromissos e Metas celebrados entre o município sede do CVV e a SES-MG^{7,8}.

É destacado na literatura que políticas públicas, especialmente na área da saúde, devem ser avaliadas para verificação de seus impactos e identificação de falhas e oportunidades de melhoria, contribuindo para tomada de decisão dos gestores e para melhoria dos investimentos e resultados obtidos⁹⁻¹². Apesar desse consenso, essa prática ainda é incipiente no Brasil, principalmente quando se trata de intervenções da esfera estadual¹³.

Este estudo tem por objetivo avaliar a assistência pediátrica prestada por um CVV localizado na região norte de Minas Gerais, tendo como referência os termos pactuados para a criação deste ponto de atenção.

Métodos

Este trabalho caracteriza-se como um estudo transversal, com uma amostra aleatória e estratificada de prontuários de pacientes pediátricos inscritos no CVV no período de março de 2007 a março de 2009.

O Centro Viva Vida estudado foi o primeiro CVV a ser implantado no Estado e é referência para uma microrregião de saúde composta por 16 municípios com características demográficas, econômicas e sociais heterogêneas. A estrutura física do Centro é composta por dois consultórios de pediatria, dois consultórios para atendimento em enfermagem, um consultório para atendimento de psicologia, um consultório para atendimentos de assistência social e nutrição, uma sala de fisioterapia e uma sala para realização de práticas educativas.

O cálculo da amostra tomou por base as 3.764 crianças inscritas no CVV, no período de 28 de março de 2007 a 28 de março de 2009. Uma vez que não há na literatura referências que estimem a utilização do CVV ou serviços equivalentes, optou-se por considerar uma “prevalência” de 50% para o cálculo da amostra, o que estatisticamente garante a maior amostra necessária¹⁴. Considerou-se ainda uma margem de erro de 5% e intervalo de confiança de 95%, acrescidos 10% de perdas, o que totalizou 385 prontuários de pacientes pediátricos a serem analisados.

Para estratificação dos prontuários por município, foi calculada a proporção de menores de cinco anos em cada município em relação ao total de crianças nesta faixa etária, na microrregião. Esse percentual foi aplicado ao total calculado de 385 prontuários, para saber quantas crianças de cada município comporiam a amostra. Os prontuários foram numerados e sorteados a partir de uma tábua de randomização gerada no pacote estatístico Epi Info 6.04¹⁵. Dos 16 municípios da microrregião, dois não constaram na amostra porque não haviam encaminhado pacientes para o CVV no período estudado, e quatro apresentavam número de inscritos inferior ao estimado no cálculo da amostra. Essa diferença foi redistribuída pelos demais municípios, observando os mesmos critérios, a fim de manter o total de crianças calculado.

O perfil dos pacientes foi analisado por meio das variáveis: idade de admissão do paciente no CVV, município de origem, motivo de encaminhamento para o CVV e diagnóstico. Para análise da assistência pediátrica prestada no CVV, foram consideradas as variáveis: número de consultas por especialidade por paciente no período de estudo, desfecho da consulta, realização de atendimento multiprofissional, realização de práticas educativas e realização de exames especializados oferecidos no CVV. Foi criado um instrumento de coleta

de dados específico para este fim. Os motivos de encaminhamento e os diagnósticos descritos nos prontuários foram organizados observando-se a classificação do CID-10¹⁶ e, depois, agrupados de acordo com os problemas de saúde com indicação para acompanhamento no CVV, conforme estabelecido no Termo de Compromissos e Metas⁷.

Para analisar a utilização e o acesso aos serviços de atenção pediátrica ofertados no CVV, foi selecionado um conjunto de variáveis demográficas e socioeconômicas dos municípios de origem, compreendendo: distância do município de origem ao CVV¹⁷, população do município de origem¹⁸, Cobertura de PSF¹⁹, Índice de Desenvolvimento Humano²⁰ e Taxa de Mortalidade Infantil³.

Os dados foram armazenados em formato eletrônico, sem qualquer identificação dos participantes, com posterior verificação de consistência de digitação. Para montagem, processamento e análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico Epi Info 6.04.

Foi realizada análise descritiva da distribuição de frequência das variáveis categóricas e análise das medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas. O teste Qui-quadrado foi utilizado para verificar a associação entre o número de consultas por paciente e as variáveis relacionadas ao perfil dos usuários. Para verificar a associação entre o número de consultas por paciente e as variáveis relacionadas às características do município de origem, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. O nível de significância adotado foi de 5%.

Este projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (Parecer n°. ETIC 241/09).

Resultados

Todos os 385 prontuários previstos na amostra foram analisados conforme sua estratificação por município. A Tabela 1 apresenta as principais características da amostra.

Tabela 1 - Características gerais da amostra estudada (n=385)

Características	N	%
Sexo		
Masculino	191	49,6
Feminino	194	50,4
Idade na admissão no CVV (meses)		
< 1	35	9,1
≥ 1 e <12	128	33,3
≥ 12 e <60	133	34,5
≥ 60	89	23,1
Média = 34,68 ±39,66 / Mediana = 18,60 (0,17 - 194,4)		
Motivo de encaminhamento compatível com as indicações do CVV		
Sim	18	4,7
Não	155	40,2
Múltiplos motivos, sendo pelo menos 1 do CVV	60	15,6
Sem informação e/ou letra ilegível	152	39,5
Diagnóstico compatível com as indicações do CVV		
Sim	16	4,2
Não	209	54,3
Múltiplos diagnósticos, sendo pelo menos 1 do CVV	55	14,3
Sem informação e/ou letra ilegível	105	27,3
Total de consultas com pediatra por paciente		
1 consulta	216	56,1
>1 consulta	169	43,9
Amplitude (1,0 - 9,0)		
Total de consultas com nutricionista por paciente		
Nenhuma consulta	382	99,2
1 consulta	2	0,5
>1 consulta	1	0,3
Total de consultas com psicólogo por paciente		
Nenhuma consulta	384	99,7
1 consulta	0	0
>1 consulta	1	0,3
Total de atendimentos com assistente social por paciente		
Nenhuma consulta	382	99,2
1 consulta	2	0,5
>1 consulta	1	0,3
Total	385	100

A análise do perfil dos pacientes indica que quase não há diferença na composição da amostra por sexo. A idade de admissão dos pacientes pediátricos variou entre 0,17 e 194,4 meses (mediana de 18,6 meses). Observa-se que 23,1% das crianças foram admitidas no CVV com idade superior a cinco anos.

No que se refere às características clínicas dos pacientes, chama a atenção o elevado percentual de prontuários sem informação e/ou com letra ilegível. Este fato impossibilitou a identificação do motivo de encaminhamento em 39,5% dos prontuários analisados e do diagnóstico do paciente na primeira consulta em 27,3% desses documentos. O percentual de pacientes com características clínicas incompatíveis com a indicação para o CVV foi considerado alto (40,2% para motivo de encaminhamento e 54,3% para o diagnóstico). Cerca de 20% das crianças tinham pelo menos uma das condições compatíveis com as indicações para o CVV, considerando o motivo de encaminhamento e/ou o diagnóstico.

Em relação à assistência prestada, não foi relatada a realização de práticas educativas nos prontuários analisados. O percentual de retornos para consultas de pediatria foi considerado baixo, visto que menos da metade dos pacientes teve mais de uma consulta no CVV. O atendimento multiprofissional quase não aconteceu. Apenas três crianças (0,8%) tiveram consultas com nutricionista. O mesmo número de crianças recebeu atendimentos com a assistente social e somente uma criança (0,3%) apresentou consultas de psicologia.

A Tabela 2 apresenta uma síntese das informações referentes à primeira consulta, extraídas dos prontuários com informações disponíveis (233 deles para o motivo de encaminhamento; 280 para o diagnóstico; 284 para condutas e 109 para exames). Cada criança poderia apresentar mais de um motivo de encaminhamento e/ou diagnóstico, conduta e exames solicitados (categorias não excludentes). As condições sombreadas referem-se àquelas compatíveis com indicações para o CVV.

Observa-se que apenas 8,14% de todos os motivos de encaminhamento registrados foram compatíveis com as indicações previstas para o CVV. Quando se analisam os diagnósticos, esse percentual foi também muito baixo (5,45%). Em relação às condutas, percebe-se que as mais recorrentes são prescrição de medicamentos (35,8%) e pedidos de exames (30,0%). Destes, apenas a ultrassonografia é disponibilizada no CVV e corresponde a 5,4% dos exames solicitados. O percentual de solicitação de retorno foi considerado baixo, apenas 7,4%.

Tabela 2 - Características clínicas, disponíveis no prontuário, dos pacientes na primeira consulta

Característica	Ocorrências	%
(Continua)		
Motivos de encaminhamento para o CVV (n=233)		
Prematuridade e/ou baixo peso ao nascer	13	5,04
Triagem Neonatal positiva	3	1,16
Dificuldades respiratórias de evolução desfavorável	4	1,55
Diarreia de evolução desfavorável	0	0,00
Desnutrição grave	0	0,00
Asfíxia perinatal	1	0,39
Puericultura	30	11,63
Alterações de vias aéreas com evolução favorável	48	18,60
Alterações gastrointestinais	35	13,57
Distúrbios Nutricionais	16	6,20
Alterações do Desenvolvimento Neuropsicomotor	18	6,98
Alterações geniturinárias	22	8,53
Dermatites	12	4,65
Alterações do aparelho locomotor ou reumático	5	1,94
Outros	51	19,77
Diagnósticos (n=280)		
Prematuridade e/ou baixo peso ao nascer	10	3,03
Triagem Neonatal positiva	5	1,52
Dificuldades respiratórias de evolução desfavorável	3	0,91
Diarreia de evolução desfavorável	0	0,00
Desnutrição grave	0	0,00
Asfíxia perinatal	0	0,00
Puericultura	61	18,48
Alterações de vias aéreas com evolução favorável	78	23,64
Alterações gastrointestinais	48	14,55
Distúrbios Nutricionais	31	9,39
Alterações do Desenvolvimento Neuropsicomotor	4	1,21
Alterações geniturinárias	23	6,97
Dermatites	26	7,88
Alterações do aparelho locomotor ou reumático	4	1,21
Outros	37	11,21
Condutas (n=284)		
Retorno	30	7,4
Prescrição de Medicamentos	146	35,8
Pedido de exames	122	30,0
Encaminhamento para especialista	37	9,1
Orientações	61	15,0
Internações	11	2,7

Tabela 2 - Características clínicas, disponíveis no prontuário, dos pacientes na primeira consulta

Característica	(conclusão)	
	Ocorrências	%
Exames* (n=109)		
Exame parasitológico de fezes	27	13,2
Exame de urina rotina (EAS), urocultura	32	15,6
Hemograma	38	18,5
Bioquímica	33	16,1
Raio X de tórax ou cávum	25	12,2
Ultrassonografia	11	5,4
Ecocardiograma	10	4,9
Eletrocardiograma, eletroencefalograma	6	2,9
Outros	23	11,2

*No caso dos exames, foi considerada a primeira solicitação, não necessariamente na primeira consulta

A Tabela 3 analisa a associação entre características dos pacientes e o número de consultas pediátricas realizadas no CVV. Houve associação com significância estatística entre o número de consultas pediátricas e o município de origem e a faixa etária do paciente. Este resultado sugere que a proporção de crianças com menos de um mês de idade e residentes no município sede do CVV que fizeram mais de uma consulta pediátrica foi maior do que as demais.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes segundo município de origem, sexo, faixa etária e número de consultas pediátricas no CVV

Características	01 consulta (n=216)		>1 consulta (n=169)		P (Qui-Quadrado)
	N	%	N	%	
Município de origem do paciente					
Sede	33	34,37	63	65,62	<0,001
Demais municípios	183	63,32	106	36,68	
Sexo					
Feminino	110	56,70	84	43,30	0,82
Masculino	106	55,50	85	44,50	
Faixa etária do paciente (em meses)					
< 1	15	42,86	20	57,14	0,04
≥ 1 e <12	69	53,91	59	46,09	
≥ 12 e <60	87	65,41	46	34,59	
≥ 60 e ≥120	45	50,56	44	49,44	

A Tabela 4 analisa a relação entre as características do município de origem do paciente e o número de consultas pediátricas realizadas no CVV. Apenas o número de habitantes do município não apresentou associação, com significância estatística, ao número

de consultas de pediatria no CVV ($p=0,06$). A proporção de crianças que tiveram mais de uma consulta pediátrica foi maior quando elas residiam em municípios mais próximos da sede do CVV, com menor cobertura de PSF, IDH mais baixo e TMI mais alta.

Tabela 4 – Análise das características dos municípios da microrregião em relação ao número de consultas pediátricas realizadas no CVV

Características	Mediana	P (Kruskal-Wallis)
População (habitantes)		
01 consulta	9.285	0,06
>1 consulta	9.285	
Distância (Km)		
01 consulta	65,0	<0,001
>1 consulta	46,0	
Cobertura PSF (%)		
01 consulta	100	<0,001
>1 consulta	78,8	
Índice de Desenvolvimento Humano		
01 consulta	0,650	<0,001
>1 consulta	0,643	
Taxa de Mortalidade Infantil		
01 consulta	17,0	0,001
>1 consulta	24,0	

Discussão

A implantação dos Centros Viva Vida é destacada como uma iniciativa inovadora. Além de expandir a oferta na atenção secundária, contribuindo para organização da rede de atenção à saúde da mulher e da criança em Minas Gerais, rompe com a lógica de pagamento por procedimento vigente no SUS, atrelando o financiamento desse ponto de atenção à contratualização de serviços planejados conforme a necessidade de saúde^{21,22}.

Essa proposta é coerente com o modelo assistencial de redes de atenção à saúde proposto por Mendes²³. Nesse modelo, a organização do serviço baseia-se na demanda por serviços e não na oferta indeterminada deles. Desse modo, é fundamental definir o público-alvo a ser atendido pelo ponto de atenção e identificar suas necessidades, valendo-se de parâmetros estabelecidos na literatura. Com base nessas informações, é possível definir e quantificar a carteira de serviços a ser disponibilizada, bem como estimar o orçamento necessário para financiá-la.

Partindo dessas premissas, este estudo propôs uma avaliação da atenção pediátrica prestada por um Centro Viva Vida, de modo a verificar se a proposta de implantação do CVV, tal como planejada por seus idealizadores, verifica-se na prática em relação ao público-alvo, às diretrizes assistenciais e de utilização do serviço pela microrregião.

O Termo de Compromissos e Metas⁷, firmado entre a SES-MG e os gestores do CVV, define como público-alvo deste ponto de atenção as crianças menores de cinco anos, dos municípios de abrangência da microrregião, que apresentam alguma das situações de risco estabelecidas na Linha-Guia de Atenção à Saúde da Criança: prematuridade e/ou baixo peso ao nascer, asfixia perinatal, diarreia de evolução desfavorável, desnutrição moderada/grave, dificuldades respiratórias de evolução desfavorável e triagem neonatal positiva para fenilcetonúria, toxoplasmose, hipotireoidismo, doença falciforme, fibrose cística²⁴.

Considerando esses critérios, observou-se divergência entre o perfil dos pacientes atendidos no período de estudo e o público-alvo previsto. Uma parcela expressiva de pacientes apresentou idade superior à proposta de admissão no CVV. Quanto ao município de origem dos pacientes, observa-se que este ponto de atenção é utilizado principalmente por crianças residentes no município sede do CVV. Além disso, o percentual de crianças com características clínicas compatíveis com as indicações do CVV foi muito baixo.

Essas diferenças entre o público-alvo esperado e o perfil dos usuários do CVV podem ser provocadas por uma série de fatores. Um deles pode estar relacionado às fragilidades da atenção primária à saúde (APS), visto que no período estudado o CVV atendeu um alto percentual de crianças cujos diagnósticos eram passíveis de serem abordados nesse nível de atenção. A existência de fragilidades na APS é um problema reconhecido na literatura. Conill²⁵, ao analisar a implantação da atenção primária à saúde no Brasil, conclui que, apesar dos avanços obtidos, vários estudos indicam que dificuldades em relação à estrutura física, formação e manutenção das equipes, gestão e organização da rede representam importantes nós críticos para esse nível de atenção.

Ainda nesse sentido, é possível concluir que, para que a implementação da proposta do CVV aconteça como o planejado, mais importante do que a cobertura de PSF dos municípios da microrregião, é a qualidade da APS prestada. Esse resultado é reforçado pelos argumentos de Mendes²³, que afirma que o bom funcionamento do CVV depende, em grande parte, da qualidade da atenção primária prestada nos municípios da microrregião. Segundo esse autor, sem uma organização mínima da atenção primária, os Centros Viva Vida tendem a se firmar como um centro de especialidades médicas, perdendo seu caráter inovador.

Outro aspecto a ser considerado é uma possível incompatibilidade entre a carteira de serviços estabelecida para o CVV e a realidade de saúde da microrregião estudada. Os Centros Viva Vida surgiram da necessidade de se estruturar a rede de atenção para reduzir a mortalidade infantil em Minas Gerais. Para isso, sua carteira de serviços foi definida com base nas principais situações de risco identificadas no Estado. Como Viegas *et al*²⁶ destacam, o uso de parâmetros estaduais ou nacionais na definição de contratos padronizados para prestadores de serviços de saúde de diversas regiões provoca uma série de fragilidades. Diferentes regiões apresentam populações com diferentes perfis demográficos, socioeconômicos, culturais e epidemiológicos. Assim, faz-se necessária a customização dos contratos, respeitando as peculiaridades regionais. Nesse sentido, ainda que o planejamento do CVV baseie-se em parâmetros clínicos aplicados para população microrregional, a definição do público-alvo e da carteira de serviços, sendo feita de acordo com referências estaduais, pode não refletir a real demanda microrregional.

Para análise da assistência prestada foram utilizadas como referência as diretrizes assistenciais estabelecidas no Termo de Compromissos e Metas⁷. Essas diretrizes definem que o CVV deve ofertar ao seu público-alvo os seguintes serviços, respeitando as orientações dos protocolos clínicos específicos para esse ponto de atenção: atendimento com equipe multiprofissional, composta por pediatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista e fisioterapeuta; realização de exames, especificamente, ultrassonografia, espirometria e exame de pico de fluxo; e realização de práticas educativas.

Como pode ser observado, também existem divergências entre o atendimento planejado e o realizado pelo CVV no período em estudo. O atendimento multiprofissional quase não ocorreu. A equipe não contava com o fisioterapeuta, e menos de 1% das crianças que passaram pela pediatria foram atendidas por outros profissionais. Em relação aos exames, a espirometria e o pico de fluxo não eram ofertados no período estudado e a ultrassonografia representou pouco mais de 5% dos exames solicitados. Não há registro de realização de práticas educativas.

Uma hipótese para essas divergências pode estar relacionada com a própria diferença entre o público-alvo previsto e o perfil dos usuários do CVV. Uma vez que as crianças encaminhadas para o Centro não observaram os critérios da classificação de risco, as diretrizes assistenciais previstas pelo protocolo clínico também não se adequam a esse público específico.

Outra hipótese pode estar relacionada à dificuldade de incorporação das diretrizes propostas pela equipe de saúde da criança do CVV. Ainda que seja estabelecido um protocolo

clínico específico para esse ponto de atenção, não existem garantias de sua integral implantação, uma vez que isso implica mudanças na rotina de trabalho. Essa hipótese é fundamentada pelos achados de Reis *et al*²⁷ que, diante de uma reflexão sobre alguns aspectos do trabalho em saúde, concluem que não se pode conceber de uma forma simplista que a implantação de uma nova política alcance as mudanças propostas, uma vez que mudar processos de trabalho implica mexer com “cabeças e interesses”. Assim, grande é o desafio de se avançar na formação de profissionais de saúde, de modo a garantir que diretrizes, como trabalho em equipe, trabalho multiprofissional, práticas educativas e de promoção da saúde, encontrem seu devido espaço na prática assistencial.

Observa-se que sua utilização não é uniforme entre os municípios da microrregião, tal como previsto nas diretrizes formalizadas. Do total de crianças inscritas nos dois primeiros anos de funcionamento do serviço, quase 80% (n=2.974) eram do município sede. Dentre aquelas que tiveram retorno ao CVV, novamente o maior percentual era de pacientes desse município. Quando comparada à utilização do CVV pelos os outros 15 municípios da microrregião, também é nítido o uso heterogêneo do serviço, visto que dois municípios desse grupo não haviam encaminhado crianças para o CVV no período de estudo e outros quatro encaminharam em proporção menor do que a esperada.

Unglert *et al*²⁸, antes mesmo da criação do SUS, já destacavam que a oferta de serviços de saúde não depende simplesmente de sua existência. Sob esse ponto de vista, o simples fato de se implantar um Centro Viva Vida em determinada microrregião não implica a garantia automática de acesso aos serviços ofertados. Para esses autores, a acessibilidade deve ser considerada por diversos enfoques, como geográfico, cultural, socioeconômico e funcional.

Oliveira *et al*²⁹ apresentam argumentos concordantes com a visão desses autores e acrescentam que o conceito de acesso no campo da saúde pública é complexo e tende a expressar o grau de ajuste entre as necessidades dos usuários e a oferta de serviços de saúde. Nesse conceito, a acessibilidade seria um dos componentes do acesso, e sua análise deve relacionar a localização da oferta com a localização dos usuários, considerando os meios de transporte, a distância, o tempo e o custo de deslocamento. Esses autores defendem ainda que o nível de renda da população também interfere na utilização dos serviços, uma vez que, apesar do sistema de saúde ser universal e gratuito, ele não garante o transporte.

Percebe-se que os resultados encontrados são condizentes com tais argumentos. Existe uma relação inversa entre a distância do município de origem e o acesso ao CVV. Considerando que esse Centro foi planejado para ser microrregional e, de acordo com o Plano

Diretor de Regionalização de Minas Gerais¹⁷, as distâncias entre os municípios adscritos à microrregião podem chegar até a 150km, podendo variar para mais ou para menos dependendo das condições de acesso, a estratégia de implantação desse serviço de referência deveria considerar esse aspecto, de modo a garantir a equidade na assistência. Além disso, deve ser considerada a existência de barreiras geográficas, como trechos não asfaltados ou com difícil acesso, necessidade de travessia via balsa etc.

Também é possível observar uma relação entre indicadores socioeconômicos e a utilização do CVV. A análise da TMI e do IDH sugere que, havendo possibilidade de acesso, quanto pior a situação socioeconômica do município, maior é a utilização do CVV. Essa perspectiva é coerente com os argumentos de Vieira-da-Silva e Almeida Neto³⁰, ao defenderem que em um contexto como o brasileiro, marcado por diferenças e diversidades, para superar as desigualdades na área da saúde coletiva, a utilização de serviços públicos deve respeitar as heterogeneidades de modo a garantir a equidade. Para os autores, implantar políticas públicas equânimes significa priorizar necessidades e não impor necessidades. Sob essa ótica, a proposta do CVV deveria ser revista, uma vez que, ao se estabelecer critérios padronizados de utilização desse serviço para municípios com características socioeconômicas distintas, não se promove a equidade, mas se impõe uma necessidade que não é real por parte daqueles municípios em melhores condições, comprometendo o resultado a ser obtido pela proposta.

Considerações Finais

É importante destacar que este estudo apresenta limitações que impedem a generalização de seus resultados e discussões. A estratégia metodológica planejada não se verificou por completo. O cálculo amostral estratificado não foi observado nos municípios que apresentavam número de inscritos inferior ao esperado, o que comprometeu a validade externa da amostra final estudada e inseriu um viés de seleção, devido à redistribuição realizada para manter o total de 385 prontuários na amostra final.

Outra limitação consiste no alto percentual de prontuários sem informação e/ou com letra ilegível, o que restringe as análises sobre os motivos de encaminhamento e diagnósticos à parcela da amostra com estas informações disponíveis. Para além das repercussões neste trabalho, a qualidade da informação dos prontuários não apenas compromete iniciativas de monitoramento e avaliação baseadas nesse instrumento, como incorre em questões éticas e legais, visto que o Art. 87 do Código de Ética Médica³¹ estabelece que ao médico é vedado

deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente, devendo o documento conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso.

Contudo, essas limitações podem ser interpretadas também como resultados. Estudos futuros devem propor ou selecionar outras abordagens metodológicas e instrumentos que contemplem a heterogeneidade na utilização dos serviços. Além disso, um sistema informatizado de registro das informações do paciente deveria ser implantado de modo a permitir o monitoramento assistencial padronizado dos CVV.

Conclui-se que, apesar de não serem suficientes para julgar a validade ou a eficácia dos Centros Viva Vida, os resultados obtidos neste estudo são capazes de indicar a necessidade de revisão da proposta desses Centros. A atenção secundária é um dos maiores gargalos dos SUS⁵. Sem dúvida a iniciativa de criação desses Centros representa um importante avanço, não apenas por reduzir vazios assistenciais e contribuir para organização da rede de atenção à saúde da criança em Minas Gerais, como por ser resultado de um trabalho técnico, fundamentado em consistente aparato teórico e preocupado em incorporar novas ferramentas de planejamento, financiamento, contratualização e gestão.

Entretanto, ainda são percebidas fragilidades no sistema de saúde vigente, as quais dificultam que a proposta, tal como planejada, verifique-se na prática. Além disso, as divergências encontradas indicam a necessidade de adequação dos termos pactuados para criação do CVV à realidade de intervenção, a fim de promover a equidade e alcançar melhores resultados. Estudos subsequentes, capazes de compreender em profundidade essas fragilidades e lacunas, são fundamentais para uma reorientação mais efetiva desta proposta.

Referências Bibliográficas

1. DUARTE, C. M. R. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1511-1528, jul. 2007.
2. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil*. IBGE, Departamento de população e indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 1999.45 p.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. *Informações de Saúde*. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 05 de jun. 2009

4. ALVES, C. R. L. et al. Saúde da Criança e do Adolescente: Políticas Públicas. In: ALVES, C. R. L.; VIANA, M. R. A. *Saúde da Família: cuidando de crianças e adolescentes*. 1. ed. rev. Belo Horizonte: COOPMED, 2006. cap. 2, p. 7-14.
5. LIMA, H. O. et al. Rede Viva Vida de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança. In: *O Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais*. MARQUES, A. J. S. M. et al (Org.). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. cap. 5, p. 111-128.
6. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução nº. 356 de 22 de dezembro de 2003. Dispõe sobre o Programa Viva Vida e estabelece outras providências. Disponível em < <http://www.saude.mg.gov.br> >. Acesso em: 25 de jul. 2008
7. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução nº. 759 de 6 de outubro de 2005. Dispõe sobre os Centros Viva Vida de Referência Secundária no âmbito do Estado de Minas Gerais, a instituição de incentivo, no âmbito do Programa Viva Vida, para implantação dos mesmos e dá outras providências. Disponível em < <http://www.saude.mg.gov.br> >. Acesso em: 25 de jul. 2008
8. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução nº. 1.150 de 19 de abril de 2007. Regulamenta o incentivo financeiro complementar para custeio dos Centros Viva Vida, e estabelece outras providências. Disponível em <<http://www.saude.mg.gov.br>>. Acesso em: 25 de jul. 2008
9. NOVAES, H. M. D. Avaliação e programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n.5, p.547 – 559, 2000.
10. ALA-HARJA, M.; HELGASON, S. Em direção às melhores práticas de avaliação. *Rev. do Serviço Público*, Brasília, n. 4, p. 5-60, out-dez 2000.
11. HARTZ, Z. M. A. Novos desafios para a avaliação em saúde: lições preliminares dos programas de promoção. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 2, n. 1, p.5-6, jan-abr 2002.
12. RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, jul.-set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300018> Acesso em: 06 de jul. 2010

13. TREVISAN, A. P.; VAN BELLEN, H. M. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. *Rev. Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529-550, mai./jun. 2008.
14. LWANGA, S. A.; LEMESHOW, S. Sample size determination in health: *a practical manual*. Genova: World Health Organization, 1991.
15. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Epi Info versão 6.04. 2005. Disponível em <http://www.cdc.gov/epiinfo/Epi6/El6dnjp.htm>
16. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10. Organização Mundial de Saúde; tradução Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. 2 ed. rev., São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1994.
17. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 042 de 17 de novembro de 2003 que aprovou o PDR-MG – modelo de regionalização correlacionado ao modelo de atenção segundo os níveis de atenção à saúde, primário, secundário, terciário. Disponível em < <http://www.saude.mg.gov.br> >. Acesso em: 25 de jul. 2008
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Informações de Saúde Demográficas e Socioeconômicas. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popmg.def>>. Acesso em: 05 de jun. 2009
19. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Gerência de Atenção Primária à Saúde. Banco de Dados do ICMS-MG. Belo Horizonte, 2009. Acesso em 05 de jun. 2009.
20. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Atlas do Desenvolvimento Humano. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>. Acesso em 05 de jun. 2009.
21. MOREIRA, L. M. C. Programa Viva Vida: Proposta de monitoramento para os Centros de Referência Secundária. 2006. 104 f. Monografia (Graduação em Administração Pública) – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2006.
22. MARQUES, A.M.F. *et al.* O sistema estadual de monitoramento dos Centros Viva Vida e as bases para a implantação dos sistemas de custos na atenção secundária à saúde em Minas Gerais. In: Congresso Brasileiro de Custos, 16., 2009, Fortaleza. *Anais do XVI Congresso Brasileiro de Custos*, Fortaleza: Associação Brasileira de Custos, 2009. 1 CD-ROM

23. MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. 1 ed. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.
24. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção à saúde da criança*. VIANA, M. R. A. et al. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004. 224 p.
25. CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 7-16. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>>. Acesso em: 14 de out. 2010
26. VIEGAS, A. P. B. et al. Uso de indicadores epidemiológicos regionais na avaliação e monitoramento de contratos públicos de saúde. In: Conferencia de La Red de Monitoreo y Evaluación de América Latina y el Caribe, 6., 2010, Ciudad de México.
27. REIS, M. A. S. et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. *Interface*, Botucatu, v.11, n.23, pp. 655-666. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a22v1123.pdf>>. Acesso em: 25 de set. 2010.
28. UNGLERT, C. V. S. et al. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 5, p. 439-446. 1987. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101987000500009> Acesso em: 19 de ago. 2010
29. OLIVEIRA, E, X. G. et al. Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 386-402, mar-abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v20n2/06.pdf>>. Acesso em: 19 de ago. 2010
30. VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, Sup.2, p. S217- S226. 2009.
31. BRASIL. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1.931/2009, de 17 de setembro de 2009. Diário Oficial da União. 24.09.2009. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/index.asp>>. Acesso em: 25 de set. 2010

5.2 Artigo 2

Atenção pediátrica prestada por um serviço de referência secundária no norte de Minas Gerais: um estudo das percepções de atores estratégicos

Resumo

A atual situação epidemiológica é marcada pela coexistência de condições agudas e crônicas, tornando necessária a reorganização do sistema de saúde vigente. Este trabalho analisa a percepção de atores estratégicos sobre a inserção e o papel de um novo serviço de referência secundária – Centro Viva Vida (CVV) - em uma região norte de Minas Gerais. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, no qual o grupo focal foi a principal técnica para coleta de dados. Foi realizada leitura exaustiva do material com sistematização do mesmo nas categorias: conhecimento sobre a proposta do CVV, utilização do CVV, relação entre o CVV e a APS, relação entre as diretrizes contratadas e a realidade do serviço. Os resultados apontam a necessidade de revisão de algumas diretrizes do CVV, bem como a necessidade de articulação entre os diversos atores para superação dos problemas mapeados. Conclui-se que para os participantes, a despeito da existência de fragilidades da rede de saúde e de dificuldades de organização do serviço, a proposta de implantação do CVV é considerada inovadora, sendo reconhecida como importante contribuição para expansão e organização da rede de atenção à saúde da criança em Minas Gerais.

Palavras-Chave: Políticas Públicas de Saúde; Saúde da Criança; Atenção Secundária à Saúde; Atenção Primária à Saúde

Abstract

The current epidemiological situation is marked by the coexistence of acute and chronic conditions, making it necessary to reorganize the current health system. This study analyzes the perception of the strategic actors about the role and insertion of a new service for secondary reference (CVV) in the north region of Minas Gerais. This is a qualitative study in which the focus group was the main technique for data collection. An exhaustive reading of

the material was performed with its systematization on the follow categories: knowledge about CVV proposal, use of CVV, relationship between CVV and APS, relationship between guidelines and reality of the contracted service. The results indicate the need to review some CVV guidelines, and the need for coordination between the different actors to overcome the problems mapped. For the participants, despite the existence of weaknesses in the health system and difficulties in organizing the service as planned, the proposed implementation of CVV is considered innovative and recognized as an important contribution to the expansion and organization of the attention to child health in Minas Gerais.

Key-words: Health Public Policy; Child Health; Secondary Health Care; Primary Health Care.

Introdução

A atual situação epidemiológica é marcada pela coexistência de condições agudas e crônicas, trazendo para os gestores de diversos países o desafio de reorganizar o sistema de saúde, tornando-o capaz de atender as demandas dessa realidade¹.

Com essa preocupação, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) optou pela implantação de redes de atenção prioritárias com base nas situações-problema identificadas no Estado. A expressiva presença de causas evitáveis de mortalidade infantil levou à criação da Rede Viva Vida². Para estruturação dessa rede, o Programa Viva Vida vem desenvolvendo, desde 2003, várias ações nos diversos níveis de atenção. Dentre elas, destaca-se a implantação dos Centros Viva Vida de Referência Secundária (CVV)³.

Criados na tentativa de reduzir o vazio assistencial da atenção secundária, os CVV são unidades de saúde de natureza pública, exclusivamente a serviço do SUS, caracterizadas como pontos de atenção microrregionais de média complexidade, que deverão atuar de maneira integrada à atenção primária e terciária, buscando garantir atenção integral à saúde sexual e reprodutiva e à saúde da criança em situação de risco⁴.

A proposta de implantação desses Centros é considerada inovadora uma vez que, além de expandir a oferta na atenção secundária, contribuindo para organização da rede de atenção à saúde da mulher e da criança em Minas Gerais, rompe com a lógica de pagamento por procedimento vigente no SUS, atrelando o financiamento desse ponto de atenção à contratualização de serviços planejados conforme as necessidades de saúde³.

Este artigo é produto da pesquisa *Centros Viva Vida de Referência Secundária: um estudo de caso da atenção pediátrica*, que utilizou abordagem quanti-qualitativa. O componente quantitativo apontou dificuldades de operacionalização das diretrizes contratadas no CVV estudado. Este artigo refere-se ao componente qualitativo da pesquisa e tem como objetivo analisar a percepção de atores estratégicos sobre a inserção e o papel de um CVV da região norte de Minas Gerais na rede de atenção à saúde da criança.

Método

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, no qual foi utilizado o grupo focal como principal técnica de coleta de dados.

O local de estudo selecionado foi um Centro Viva Vida de uma microrregião do norte de Minas Gerais. Essa escolha baseou-se nos seguintes critérios: foi o primeiro CVV implantado no Estado (inaugurado em 2007) e é referência para uma microrregião de saúde composta por 16 municípios com características demográficas, econômicas e sociais heterogêneas.

Como informantes-chave foram selecionados os principais atores envolvidos com a implantação e utilização do CVV, que foram organizados respectivamente em três grupos: profissionais da equipe de saúde da criança do CVV (REF), gestores de saúde (GEST) e profissionais da atenção primária à saúde (APS) dos municípios da microrregião. Para o grupo de profissionais do CVV, foram convidados os participantes da equipe multidisciplinar de atenção à saúde da criança, que estavam no serviço entre 2007 e 2009. Para os outros dois grupos foram convidados um representante de cada categoria, por município da microrregião, que estivesse envolvido com a proposta do CVV pelo menos desde 2008.

Foi elaborado um roteiro semi-estruturado para discussão nos grupos focais. Resultados da abordagem quantitativa foram incluídos no roteiro a fim de motivar a discussão.

Os encontros foram realizados no primeiro semestre de 2010, sendo conduzidos por um moderador e um observador. Os grupos tiveram duração média de uma hora, sendo que dois deles contaram com nove participantes e um com cinco participantes, havendo representatividade de 75% dos 16 municípios da microrregião. Todo o material foi gravado e transcrito.

Foi realizada leitura exaustiva do material com sistematização do mesmo nas categorias: conhecimento sobre a proposta do CVV, utilização do CVV, relação entre o CVV e a APS, relação diretrizes contratadas e a realidade do serviço.

Para análise das informações obtidas foi utilizada a técnica de Análise Temática de Conteúdo⁵. Também foi realizada observação *in loco* dos principais processos e fluxos operacionais do CVV a fim de aprimorar a compreensão das percepções.

Este projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (Parecer n°. ETIC 241/09). Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e métodos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

Os resultados foram organizados em quatro categorias gerais, preservando suas interseções.

Conhecimento sobre a proposta do CVV

O CVV é considerado uma das principais estratégias desenvolvidas pela SES-MG para estruturação e organização da Rede Viva Vida, não apenas por expandir a oferta de serviços na atenção secundária, reduzindo vazios assistenciais, como por ser um ponto de atenção idealizado de acordo com as diretrizes do modelo de redes, visando à assistência integral de maneira hierarquizada e regionalizada. Desse modo, o CVV apresenta características inovadoras, que o diferenciam de um Centro de Especialidades³.

Para garantir que essas características sejam compreendidas e operacionalizadas, a SES-MG realiza, quando da inauguração do CVV, uma oficina de implantação do serviço com a participação dos principais atores envolvidos com essa iniciativa na microrregião. Entretanto, diferente do esperado, o que se observa é que o conhecimento sobre a proposta do CVV não é uniforme entre os grupos.

Os gestores de saúde e os profissionais da equipe de saúde da criança do CVV demonstram maior clareza sobre os objetivos e público-alvo desse ponto de atenção:

O Centro Viva Vida foi inaugurado em 2007, um dos objetivos é o atendimento prioritário à saúde da mulher e da criança, e hoje já engloba alguns procedimentos de saúde do homem. (GEST)

A equipe do CVV destaca ainda a importância do curso realizado pela SES-MG para capacitação desses profissionais para compreensão do papel, das diretrizes assistenciais e do funcionamento do serviço:

Tivemos um treinamento (...) o que facilitou o entendimento, porque pra gente foi muito difícil no início pelo fato de ser o primeiro, né? Então a gente não tinha referência nenhuma. Na realidade nós fomos jogados aqui, e não sabíamos realmente como que seria. Pensamos até que seria um centro de especialidades, mas não sabia como que seria certo esse trabalho. Depois que fizemos esse treinamento, que começou a clarear. (REF)

Já os profissionais da atenção primária à saúde (APS) afirmam saber muito pouco sobre a proposta, com exceção de dois que haviam participado do processo de implantação do CVV. Para esse grupo, os gestores de saúde e a equipe do CVV não explicitam aos profissionais da APS o papel e as diretrizes de utilização do serviço. A troca de gestão e a alta rotatividade de profissionais foram identificadas como agravantes desse problema, visto que informações disponíveis acabam se perdendo com essas mudanças.

Eu também sei super pouco sobre o CVV (...) a gente tem 2 pediatras, então os casos são quase todos resolvidos por lá mesmo (...). Alguns casos que a gente precisa de especialista, (...), que aqui tem, a gente usa aqui (...) Recentemente que a gente descobriu quantas vagas que a gente tinha aqui (...) as trocas, mudou a gestão, (...), acabou que a gente se perdeu um pouco nesse meio e não foi trabalhado. (APS)

A APS é o centro de comunicação da rede de atenção, devendo funcionar como elemento coordenador de fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações¹. É esse nível de atenção também o responsável pela classificação de risco e encaminhamento de pacientes para o CVV. Assim sendo, torna-se imperativa a correção da assimetria de informações observada.

A implantação de um sistema de governança capaz de assegurar a institucionalização e o fortalecimento de arenas de discussão - tais como as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) - e de garantir a responsabilização compartilhada entre estado e municípios, poderia contribuir para solução desse problema².

Ao mesmo tempo, é importante que os gestores municipais e a equipe do CVV assumam uma postura proativa e incentivem a divulgação e o debate sobre as diretrizes e a realidade do CVV. Uma estratégia para superar a distância entre os atores e facilitar a troca de informações, reduzindo a fragmentação do conhecimento, é a criação de Comitês Gestores

compostos por gerentes das secretarias municipais de saúde e dos serviços dos diversos níveis assistenciais⁶.

Os resultados observados evidenciam que o papel das Secretarias de Estado de Saúde não se limita à elaboração de políticas e realização de ações pontuais. As Gerências Regionais de Saúde e demais estruturas descentralizadas, por estarem mais perto da realidade de intervenção, devem acompanhar as mudanças em nível local e promover a articulação e disseminação da informação entre os vários atores.

Utilização do CVV

A Resolução SES-MG n.º. 759/05⁴ define que os Centros Viva Vida de Referência Secundária terão abrangência microrregional, devendo estar localizados no município pólo da microrregião, visando garantir o atendimento de toda a população referenciada de acordo com a pactuação assistencial. O Termo de Compromissos e Metas⁷ firmado entre a SES-MG e o município gestor do CVV formaliza essa diretriz, estabelecendo-a como uma obrigação.

Entretanto, nem mesmo a existência desse aparato legal é suficiente para garantir que o acesso e a utilização do CVV aconteçam de forma automática e homogênea entre os municípios da microrregião. Vários fatores podem influenciar a utilização do serviço por parte dos municípios. Unglert *et al*⁸ afirmam que a oferta de serviços de saúde não depende simplesmente de sua existência, uma vez que a acessibilidade deve considerar diversos aspectos, tais como, geográfico, cultural, socioeconômico e funcional.

Os resultados da análise sobre os fatores que influenciam na utilização e no acesso ao CVV são coerentes com essa percepção. Todos os grupos apresentaram mais fatores dificultadores do que facilitadores, indicando que não existe total acessibilidade ao CVV, mesmo existindo a oferta de serviços.

Os fatores facilitadores apresentados não foram coincidentes entre os grupos e limitaram-se aos seguintes pontos: proximidade geográfica, melhoria do acesso por meio do asfaltamento de estradas da região, boa adesão dos pacientes ao serviço e boa relação do município de origem com o município sede do CVV.

Este último fator chama a atenção ao sugerir a existência de um viés político para utilização do CVV. Se o arcabouço legal define que o atendimento deve ser homogêneo entre os municípios da microrregião, possíveis divergências político-ideológicas devem ser superadas, garantindo acesso igualitário aos serviços ofertados. Nesse sentido, reforça-se a

necessidade de monitoramento constante da utilização do CVV a fim de evitar qualquer forma de privação ou priorização de atendimento.

Já em relação aos fatores dificultadores para utilização do CVV, percebe-se que existem pontos de consenso entre os grupos. A existência de barreiras geográficas, a dificuldade de deslocamento de pacientes, a falta de informação por parte da APS e a alta rotatividade de profissionais foram aspectos bastante abordados pelos três grupos:

Com relação ao Viva Vida tem uma história da distância que dificulta um pouco pra gente. Tem alguns casos que a gente nem manda pra cá, mas que deviam ser referenciados pra cá. Só que por causa das dificuldades de acesso geográfico aqui pra nossa referência, a gente manda pra Brasília – DF, geograficamente é mais fácil. (APS)

Transporte. Eu diria que a maioria, 99,9999% mal tem pra eles comerem, como é que eles vão ficar pagando ônibus, e pagando isso, e pagando aquilo e nem sempre a prefeitura lá do lugar de onde eles vem dão o ônibus ou o carro pra eles virem. (REF)

Falta esclarecer mesmo para os municípios como é que é feito, como é o funcionamento, não só a questão das vagas, dos atendimentos, quais deles, como é que vai ser feito, se uma criança vai ser referida pra cá, como é que vai ser esse atendimento pra essa criança, se ela vai poder ser acompanhada por esse pediatra. (APS)

Essas percepções indicam a necessidade de articulação entre estado e municípios para superação dos entraves identificados. Além de estratégias de comunicação para melhorar o nível de informação, é preciso o desenvolvimento de ações intersetoriais capazes de superar os problemas relacionados às barreiras geográficas e às dificuldades de transporte.

Giovanella *et al*⁶ defendem que a articulação de várias secretarias/setores atuantes no território propicia o reconhecimento mútuo dos problemas e permite que a sinergia de ações garanta a efetividade das intervenções. Este argumento reforça a necessidade de articulação dos diversos atores envolvidos com o CVV com os responsáveis pelo transporte de pacientes a fim de identificar, organizar e gerenciar a demanda.

Outro entrave destacado pelos profissionais do CVV e da APS está relacionado a exames e medicamentos. A carteira de serviços desse ponto de atenção compreende a oferta apenas dos exames de ultrassonografia, espirometria e pico de fluxo. Para qualquer outro exame identificado como necessário é encaminhado o pedido para que a APS providencie sua realização. Já em relação aos medicamentos, a diretriz é que o CVV pode adquirir com seu recurso de custeio mensal apenas os medicamentos previstos no protocolo clínico que não são distribuídos na rede de farmácias do Estado. Para os grupos, os municípios da microrregião

têm dificuldades para realização de exames e dispensação de medicamentos não ofertados no CVV, o que tem comprometido o retorno ao serviço no prazo esperado e dificultado a continuidade e efetividade do tratamento proposto.

Esse problema remete à questão da integralidade, princípio fundamental do SUS que garante ao usuário uma atenção que contemple ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação⁹. Menicucci¹⁰ destaca a necessidade de se combinar a autonomia de entes federados e a cooperação entre eles para que o princípio da integralidade seja garantido. Para a autora, o arranjo institucional para construção de uma rede regionalizada deve compatibilizar a localização dos usuários com os vários serviços ofertados sob a responsabilidade de diversos gestores. Este argumento reforça a necessidade de articulação entre os diversos atores envolvidos com o CVV para organizar os serviços de apoio e diagnóstico e de assistência farmacêutica, o que vai gerar impactos positivos não apenas para o Centro, mas para a rede como um todo.

Questões relacionadas diretamente ao CVV também foram destacadas como dificultadores pelos gestores e profissionais da APS. Para eles, a estratégia de apresentação da proposta do CVV durante seu processo de implantação na microrregião não foi adequada para esclarecer todos os aspectos pertinentes à utilização do serviço.

Já em relação à rotina operacional do CVV, várias críticas foram feitas ao fluxo estabelecido para o agendamento e o encaminhamento:

(...) as dificuldades que a gente tem lá no município é de fazer o agendamento. Você liga, fala com uma pessoa, e ela fala que é com fulano. Não tem uma pessoa certa pra fazer o agendamento do Viva Vida. (...) Então é assim, tem tantas vagas pro Viva Vida, tem tantas vagas pela PPI, só que é assim, eles não oferecem pra gente essas vagas que a gente tem. É uma dificuldade muito grande em fazer o agendamento, às vezes demora uma semana pra conseguir falar com a pessoa, ai fala liga tal hora.(APS)

Esse depoimento reflete a realidade observada em relação ao fluxo de agendamento do CVV. De acordo com diretrizes da SES-MG, o agendamento das consultas deve ser feito por telefone na central de regulação do município sede do CVV. Entretanto, a capacidade instalada da central de marcação parece não comportar toda a demanda de agendamentos, dificultando a utilização desse serviço. Para solucionar essa questão, uma alternativa seria rever o fluxo de agendamento, considerando a informatização do sistema de marcação, o que permitiria otimizar processos, reduzir custos, eliminar a demora para agendamento, dimensionar a fila de espera, viabilizar o monitoramento das faltas aos atendimentos marcados e definir de prioridades clínicas⁶.

Ainda em relação ao próprio CVV, a inadequação da carteira de serviços contratada em relação às necessidades de saúde da microrregião foi identificada como outro dificultador:

(...) um dos itens que o CVV oferece com relação à criança, era, (...) atender crianças com a crise asmática, havia uma meta bem grande. A gente fez uma análise e pelo fato do município ser um município quente, que a temperatura, o clima é diferente, a relação da umidade do ar relativamente boa, a gente percebeu que a gente não tem esse problema como outros municípios mais frios, de clima mais frio têm. (REF)

Essa percepção é coerente com os achados de Viegas *et al*¹¹. Ao aplicarem sua proposta de metodologia para customização de contratos de saúde aos Centros Viva Vida, esses autores concluíram que as metas contratadas pela SES-MG não estão adequadas, visto que parâmetros assistências estaduais não são capazes de contemplar as peculiaridades regionais.

É necessário, portanto, rever a carteira de serviços e dos quantitativos contratados de modo a readequar a oferta de serviços a real demanda, facilitando a utilização do CVV.

Relação entre o CVV e a APS

Starfield *et al*¹² propõem quatro atributos para a atenção primária à saúde: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Robustas evidências indicam que quando a APS observa esses atributos, impactos positivos sobre a situação de saúde são percebidos, bem como ganhos de eficiência e de melhoria de desempenho do sistema de saúde como um todo^{6,12,13}.

No modelo de redes de atenção, a APS é considerada um importante pilar, assumindo o papel central no desenho e funcionamento das redes. Para Leles *et al*¹⁴, o sucesso das redes de atenção depende do bom desempenho da APS em três funções: resolutividade, coordenação e responsabilização.

Aproximando essas perspectivas à atual proposta de organização do SUS em Minas Gerais, Mendes¹ defende que o bom funcionamento do CVV está associado à qualidade da atenção primária prestada nos municípios da microrregião. Dessa forma, sem uma organização mínima da APS, os Centros Viva Vida tendem a se firmar como um centro de especialidades médicas, perdendo seu caráter inovador.

Observa-se que os resultados apurados são coerentes com essas visões. Contudo, os participantes destacam que existem entraves, principalmente relacionados à questão de recursos humanos e à organização da rede assistencial, que dificultam essa relação.

Nas questões afeitas à formação e capacitação de recursos humanos para atuação na APS, os gestores identificam, dentre outras questões, dificuldades por parte da academia em incorporar mudanças do modelo assistencial aos seus objetivos educacionais:

A gente tá vendo que no modelo de saúde do Brasil (...) houve uma mudança. A gente viu durante muito tempo que havia investimento sempre na alta complexidade, na média complexidade, em equipamentos, em exames, quando na verdade, o problema era não deixar o paciente adoecer. (...) Então hoje a visão do Estado é essa, evitar que o paciente chegue na atenção secundária fazendo um processo mais barato, mais rápido, mais prático lá na ponta. A deixa é pra que a escola comece a formar profissionais, comece a incluir aí nas disciplinas da medicina uma coisa voltada pra saúde da família, da responsabilidade. (GEST)

Como consequência, os gestores e a equipe do CVV destacam que os profissionais da APS não têm assumido seu papel, eximindo-se da co-responsabilização pelos pacientes e insistindo no encaminhamento para o CVV de casos passíveis de solução na APS:

(...) Porque um dos focos que foi colocado é que o paciente que vem pro Centro, ele não é nosso. Ele tem que voltar pra atenção primária, porque a gente pegava o paciente no início, acolhia, e a atenção primária esquecia dele. Não tem como ir de casa em casa pra saber se a mãe tá dando o alimento, se tá dando o medicamento e tudo mais. Então a gente devolve pra atenção primária. Porque se não, o PSF coloca tudo como responsabilidade do centro(...).(REF)

E aí tem uns médicos que contribuem pra isso né?! Que adoram ao, ao, ao! (GEST)

Campos et al¹⁵ afirmam que a formação de profissionais é um processo essencial no desenvolvimento e manutenção de um sistema de saúde, entretanto, esse processo em nível universitário enfrenta problemas que impactam negativamente nessa relação. Para esse autores, existe uma defasagem entre ensino e realidade que precisa ser superada. Nesse sentido, políticas recentes do Ministério da Saúde como o Promed, o Pró-Saúde, a Telessaúde e a UnaSUS vêm buscando reduzir essa defasagem, contudo, seus efeitos somente serão percebidos no médio e longo prazo.

Ainda nesse sentido, Giovanella et al⁶ identificam que a absorção de grande parte da demanda por parte dos generalista da APS é muitas vezes comprometida por baixa qualificação técnica ou por inexperiência do profissional, gerando encaminhamentos desnecessários. Capacitações específicas e do monitoramento dos encaminhamentos realizados são estratégias interessantes para redução desse problema.

Problemas relacionados ao mercado de trabalho, tais como dificuldade de contratação e alta rotatividade de profissionais, também foram mencionados como dificultadores da relação entre APS e CVV, como observado nos respectivos trechos:

A gente fica sujeito à contratação do profissional que aparece e não do profissional que a gente precisa (...) que queiram trabalhar realmente em saúde da família. (GEST)

(...) quando iniciou houve um treinamento (...) eles ganharam os protocolos (...) só que hoje, se você for procurar na unidade esse protocolo, ele não existe mais, porque o próprio profissional que estava lá na época, ele acaba levando. Então fica difícil essa rotatividade de profissionais pra gente trabalhar. Se a atenção primária não ajuda, o Viva Vida não consegue fazer o objetivo dele. (REF)

Os resultados do 1º Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária do Estado de Minas Gerais¹⁶ identificam esses problemas no Estado como um todo e mostram que fatores como vínculo contratual, remuneração e tempo de serviço estão diretamente relacionados à fixação de profissionais, devendo ser contemplados nas políticas de recursos humanos.

Os caminhos para solução dos problemas afeitos à questão de recursos humanos já estão mapeados na literatura. É necessário promover a articulação entre os profissionais de saúde e os representantes das esferas estadual e municipal para que propostas de políticas capazes de incorporar as diretrizes apresentadas sejam formuladas e implementadas.

No que tange a rede assistencial, os profissionais da APS destacam que há um distanciamento entre a realidade do CVV e da APS. Tal lacuna faz com que os profissionais da atenção secundária muitas vezes não compreendam as dificuldades enfrentadas no nível primário, identificando-o como não resolutivo. Essa percepção está de acordo com os achados de Villela *et al*¹⁷ que, ao pesquisar os desafios da atenção primária, constatou que para os profissionais da APS os problemas relacionados à estrutura e organização da rede assistencial são os principais obstáculos para o cuidado integral, restringindo o papel resolutivo da atenção primária e suas possibilidades de atender as demandas que chegam até ela.

Em relação aos processos e fluxos, os gestores se identificam como “despachantes de médicos”, uma vez que os profissionais da APS solicitam o encaminhamento para especialista e cabe a eles solucionar esta demanda. Como não existe outra referência, os gestores acabam utilizando o CVV como uma solução para este problema, ainda que este ponto de atenção não tenha este objetivo.

A questão da falta de outra porta. (...) Quando abrir outra porta...(GEST)

O último problema identificado pelos grupos decorre da hegemonia ainda vigente do modelo que valoriza o atendimento especializado. Essa valorização se reflete na pressão das mães pelo atendimento por especialista e não pelo generalista disponível na APS. Essa realidade não apenas implica no aumento de encaminhamentos de casos não previstos na carteira de serviços, como gera uma demanda espontânea não programada para atendimento no CVV.

Campos et al¹⁵ acreditam que esse tipo de comportamento é decorrente da resistência à mudança do modelo assistencial com o qual os usuários estão acostumados. Nesse sentido, é importante criar estratégias tanto para dar visibilidade ao trabalho e valorizar a atuação dos profissionais da APS⁶, como para incentivar que esses profissionais promovam o acolhimento e fortaleçam o vínculo com os usuários, aumentando a credibilidade e a confiança na capacidade resolutiva desse nível de atenção.

Relação entre as diretrizes contratadas e a realidade do serviço

O público-alvo do CVV é bem definido: menores de cinco anos dos municípios de abrangência da microrregião que apresentam alguma das situações de risco estabelecidas na Linha-guia de Atenção à Saúde da Criança¹⁸. Contudo, os resultados encontrados na análise quantitativa da pesquisa apontaram divergências entre o público-alvo previsto e o perfil dos usuários do serviço, o que foi confirmado pela equipe do CVV:

A gente não atende só as crianças indicadas. Atende a população de modo geral. (REF)

As explicações para essas divergências decorrem de questões já abordadas nas demais categorias desse estudo, tais como:

- falta de informação dos profissionais da APS, o que compromete o encaminhamento de crianças conforme os critérios estabelecidos;
- fragilidades da rede da atenção, que não é estruturada de maneira uniforme na região, levando ao uso heterogêneo do serviço por parte dos municípios;
- problemas relacionados aos fluxos do CVV, dificultando a marcação e o retorno dos pacientes;
- existência de barreiras geográficas e problemas de deslocamento de pacientes, dificultando o acesso ao CVV para alguns municípios;

- divergências entre as reais demandas locais e as diretrizes estabelecidas para o CVV, o que faz com que os critérios do público-alvo deixem de ser observados para ampliar a oferta de serviços;
- questões culturais relacionadas à dificuldade dos usuários compreenderem a lógica do SUS, pressionando pela garantia de acesso independente dos objetivos estabelecidos para o CVV.

No que se refere à atenção prestada no CVV e as diretrizes pactuadas para esse serviço, os participantes também confirmam as divergências apontadas pela abordagem quantitativa. Entretanto, diferente do observado na discussão sobre o público-alvo, não houve consenso entre os grupos em relação a alguns aspectos. Além disso, novos motivos foram apresentados para explicar as diferenças encontradas.

Os grupos apresentam percepções diferentes sobre o baixo número de consultas por criança no CVV no período de estudo. Gestores e os profissionais da APS afirmam que esse problema é consequência das diversas dificuldades de retorno ao serviço. Já a equipe do CVV defende que, apesar de algumas dificuldades, as crianças de fato retornam e têm um acompanhamento no CVV. Este contraste fica evidente quando comparadas as percepções:

É o que nós falamos da dificuldade de estar retornando. (...). Passa aqui no pediatra, pede alguns exames, vai retornando pro município, aí às vezes (...) tem as dificuldades de tá agendando, (...), como a demora é muito grande você tenta resolver no município mesmo. Por isso que às vezes faz só uma consulta. (APS)

Eu vou discordar dessa sua amostragem, porque as crianças voltam com uma certa regularidade. (REF)

Apesar das opiniões discordantes, os grupos defendem que o retorno aquém do esperado, além de decorrer dos diversos problemas já mencionados, está relacionado ao fato de boa parte dos pacientes encaminhados para o CVV não se enquadrar no seu público-alvo. Assim, são acolhidos pela equipe, mas encaminhados para o serviço adequado:

Muitos desses pacientes, dessas crianças, não enquadrariam no protocolo do CVV. Às vezes uma única consulta de repente solucionou aquele problema. (GEST)

Essa questão do perfil dos usuários também foi relacionada à baixa utilização da equipe multiprofissional do CVV. Para os participantes, o fato de muitas crianças encaminhadas para o CVV não serem de risco e, portanto, não precisarem desse tipo de atendimento, não gera a demanda esperada para a equipe multiprofissional. Além disso, a

disponibilidade de alguns desses profissionais no próprio município de origem do paciente, facilitando o acompanhamento mais perto de casa, reduzem ainda mais essa demanda no CVV.

Já em relação à realização de práticas educativas e à utilização de planos de cuidado, os grupos são taxativos quanto à inobservância dessas diretrizes. Os profissionais do CVV afirmam que há a intenção de implantá-las, mas ainda existem dificuldades para organizar a equipe, de modo que o trabalho não se restrinja à realização de consultas.

Os grupos definem o CVV como importante facilitador no processo de encaminhamento para outras especialidades. Contudo, acreditam que seu papel é limitado, já que é o município de origem do paciente o responsável pelo encaminhamento para o especialista. Assim, o CVV não tem autonomia para gerenciar e utilizar as cotas de atendimento especializado desses municípios. Além disso, existe também grande dificuldade de encaminhamento para as especialidades pouco disponíveis ou indisponíveis na região.

Os participantes concordam que o fluxo de referência e contra-referência ainda não foi implantado, entretanto, divergem em relação aos motivos para esse problema. A equipe do CVV afirma não ter êxito na tentativa de implantação do fluxo devido às fragilidades na APS:

Na verdade eu acho que alguns profissionais não sabem o quê que é referência e contra-referência, porque manda na referência “puericultura”. Mas não é aquilo que a gente quer saber. A gente quer saber por que a criança foi enviada pra cá, por que retornou. É a queixa principal da criança, o porquê. (REF)

Eu, inclusive, às vezes, mandava, mas nunca recebia. Não sabia o quê que acontecia com o paciente. Às vezes o paciente sumia e falava “eu entreguei a folha e a menina do PSF pegou a folha e não me devolveu. Eu nunca recebi nada. (REF)

Por sua vez, os profissionais da APS atribuem à equipe do CVV a responsabilidade pela não implantação do fluxo, afirmando que referência existe e o que falta é contra-referência por parte do CVV:

Referência tem, contra-referência não. Por exemplo, se vem o paciente pra aqui, a única coisa que ela manda de volta é pra marcar retorno pro dia tal. Então a gente não fica sabendo. Se for uma urgência lá pra atender essa criança, a gente não sabe em que situação ela se encontra pra dar continuidade no tratamento. (APS)

Por fim, nas questões afeitas à resolutividade do CVV, os gestores e profissionais da APS, apesar das várias críticas, consideram o serviço resolutivo, atendendo as demandas encaminhadas e contribuindo para expansão e organização da rede de atenção à saúde da

criança. A equipe do CVV também acredita que esse serviço é um ganho para a região, entretanto, destaca que as fragilidades da rede implantada na região dificultam a capacidade resolutiva do CVV.

Todos os achados dessa categoria reforçam a necessidade de intervenções para que a proposta do CVV alcance os resultados esperados. Além da operacionalização das propostas já apresentadas, é fundamental uma reflexão sobre a atual proposta do CVV, a fim de adequá-la às demandas e possibilidades da microrregião, otimizando os ganhos a serem obtidos.

Considerações finais

Conclui-se que para os participantes, a despeito da existência de fragilidades da rede de saúde e de dificuldades de organização do serviço tal como o planejado, a proposta de implantação de Centros Viva Vida é considerada uma iniciativa inovadora, sendo reconhecida como importante contribuição para expansão e organização da rede de atenção à saúde da criança em Minas Gerais.

Destaca-se a necessidade de revisão de algumas diretrizes propostas para o CVV, de modo a adequá-las às demandas e possibilidades da região. Também são necessários esforços de articulação entre os diversos atores, para que as sugestões propostas por este estudo sejam discutidas e gerem novas idéias, resultando na formulação e execução de políticas e ações capazes de superar os problemas identificados.

Estudos subsequentes são necessários para ampliar o conhecimento sobre as fragilidades encontradas, permitindo o delineamento mais preciso de estratégias de intervenção. Além disso, é fundamental expandir esta pesquisa tanto para os demais Centros implantados, como para seus usuários, permitindo melhor compreensão das percepções sobre esse novo ponto de atenção. Outras ferramentas de coleta de dados também podem ser utilizadas, bem como outras técnicas de análise, enriquecendo avaliação.

Referências Bibliográficas

1. MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. 1 ed. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.
2. SILVA, M. V. C. P. *et al.* Bases conceituais e programáticas do Choque de Gestão na saúde em Minas Gerais. *O Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais*. MARQUES, A. J. S. M.

et al (Org.). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. cap. 5, p.29-44.

3. LIMA, H. O. *et al*. Rede Viva Vida de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança. In: *O Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais*. MARQUES, A. J. S. M. *et al* (Org.). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. cap. 5, p. 111-128.

4. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução nº. 759 de 6 de outubro de 2005. Dispõe sobre os Centros Viva Vida de Referência Secundária no âmbito do Estado de Minas Gerais, a instituição de incentivo, no âmbito do Programa Viva Vida, para implantação dos mesmos e dá outras providências. Disponível em < <http://www.saude.mg.gov.br> >. Acesso em: 25 de jul. 2008

5. BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 4 ed. Lisboa : Edições 70, 2008.

6. GIOVANELLA, L. *et al*. Potencialidades e obstáculos para consolidação da Estratégia de Saúde da Família em grandes centros urbanos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.34, n.85, p. 248-264, 2010.

7. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução nº. 1.150 de 19 de abril de 2007. Regulamenta o incentivo financeiro complementar para custeio dos Centros Viva Vida, e estabelece outras providências. Disponível em <<http://www.saude.mg.gov.br>>. Acesso em: 25 de jul. 2008

8. UNGLERT, C. V. S. *et al*. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 5, p. 439-446. 1987. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101987000500009> Acesso em: 19 de ago. 2010

9. BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 477p.

10. MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.7, p.1620-1625, Jul 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700021&lng=en&nrm=iso >

11. VIEGAS, A. P. B. *et al*. Uso de indicadores epidemiológicos regionais na avaliação e monitoramento de contratos públicos de saúde. In: Conferencia de La Red de Monitoreo y Evaluación de América Latina y el Caribe, 6., 2010, Ciudad de México.

12. STARFIELD, B. *et al.* Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, v.60, p. 201-218, 2002.
13. MENDES, E. V. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
14. LELES, F. A. G. *et al.* Atenção Primária à Saúde – Saúde em Casa: melhorando a qualidade da atenção primária prestada à saúde dos mineiros. In: *O Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais*. MARQUES, A. J. S. M. *et al* (Org.). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. cap. 3, p. 45-75.
15. CAMPOS, F. E. *et al.* A formação superior dos profissionais de saúde. In: *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. GIOVANELLA, L. *et al* (Org.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. cap. 29, p. 1011-1034.
16. BARBOSA, A. C. Q.; RODRIGUES, J. M. (Org.). *Primeiro censo de recursos humanos da atenção primária do Estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde/UFMG, 2006. 144 p.
17. VILLELA, W. V. *et al.* Desafios da Atenção Básica em Saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.6, p. 1316-1324, 2009. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n6/14.pdf> >. Acesso em: 22 de out. 2010
18. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde da criança. VIANA, M. R. A. *et al.* Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004. 224 p.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo consistiu em um primeiro esforço de avaliação da atenção pediátrica prestada por um Centro Viva Vida. Os resultados apontaram que existem dificuldades de operacionalização da proposta do CVV tal como planejada. Foram observadas divergências entre o perfil dos usuários e o público-alvo previsto, bem como entre as práticas realizadas no serviço e as diretrizes assistenciais pactuadas. O acesso e a utilização do CVV não são homogêneos entre os municípios da microrregião.

Essa situação indica a necessidade de intervenções para que o Centro alcance os resultados esperados. Em primeiro lugar, é preciso repensar as diretrizes estabelecidas para implantação desse novo serviço considerando as peculiaridades regionais. Minas Gerais, assim como o Brasil, apresenta grande diversidade social, epidemiológica, demográfica, econômica e cultural. Ao adotar parâmetros clínicos difundidos na literatura para o estabelecimento da carteira de serviços e definição de metas, a proposta do CVV dá um importante passo, entretanto, o uso de parâmetros estaduais não é capaz de refletir as características regionais. Nesse sentido, o uso de indicadores epidemiológicos microrregionais e a construção de uma série histórica de atendimentos de cada CVV são importantes estratégias para refinamento da carteira de serviços e das metas a serem contratadas.

Além de adequar o atendimento do CVV às demandas da região, o refinamento da carteira de serviços e do quantitativo de serviços a ser ofertado também está relacionado a outro importante aspecto: o financiamento do CVV. Uma vez que custeio desses Centros é calculado com base na estimativa de custo da carteira de serviços, a inadequação desta à realidade local provoca erros no dimensionamento financeiro da proposta, podendo sub ou superestimar os recursos a serem repassados.

O outro foco de discussões deve se concentrar no delineamento de intervenções para reorganização da rede de atenção à saúde. Uma vez que o CVV foi concebido para operar no modelo assistencial de redes de atenção, seu bom funcionamento depende da estruturação e articulação dos demais elementos que constituem essa rede. Os achados deste estudo evidenciaram fragilidades no sistema de apoio, com a dificuldade de realização de exames e dispensação de medicamentos; no sistema logístico, com problemas no transporte de pacientes e na regulação dos serviços; na atenção especializada, com longas filas de espera para consultas com especialistas; e principalmente na atenção primária à saúde.

Esta pesquisa confirmou a importância da APS para o bom funcionamento não apenas de um serviço de referência, mas da rede de atenção como um todo. Vários são os desafios a serem superados para que a APS se fortaleça e cumpra seu papel. Acredita-se que o mapeamento dos serviços existentes é fundamental para organizar esse nível de atenção e identificar a necessidade de novos investimentos capazes de aumentar sua capacidade resolutiva. Além disso, políticas consistentes de formação, capacitação e fixação de recursos humanos devem ser formuladas e implementadas, minimizando vários problemas identificados.

Outro achado importante é a necessidade de articulação entre os atores envolvidos com a proposta do CVV. Em um contexto federalista, como o brasileiro, a cooperação e responsabilidade solidária entre as esferas de governo são pontos cruciais para o sucesso das políticas públicas, especialmente na área da saúde. Os cidadãos também têm papel importante nesse processo. É preciso compreender o SUS para melhor utilizá-lo e, principalmente, para poder exercer o controle social, garantindo ganhos permanentes.

Apesar da necessidade dos ajustes citados anteriormente, é possível compartilhar da conclusão dos atores de que a proposta de implantação do CVV tem muito a contribuir para expansão e organização da rede de atenção à saúde da criança em Minas Gerais.

Espera-se que este trabalho gere melhorias não apenas para o CVV estudado, como para os demais Centros em funcionamento e os outros 28 que serão inaugurados até 2011. Que as reflexões e sugestões aqui apresentadas permitam que os novos CVV sejam implantados com uma menor carga de dificuldades a serem enfrentadas.

Por fim, é importante reforçar também a necessidade de se avaliar políticas públicas, principalmente na área da saúde. Não é possível melhorar sem avaliar. Toda realidade de intervenção sofre influência de diversos fatores o que dificilmente permite que uma política tal como planejada se verifique na prática. Ainda que isso fosse possível, os problemas sociais abordados por políticas públicas, em sua maioria, são complexos, multicausais e passam por transformações ao longo do tempo. Assim, a avaliação tem o papel fundamental de verificar se as ações planejadas e desenvolvidas por determinada política ou programa são válidas, se geraram algum resultado, se apresentaram falhas, se continuam surtindo efeitos com o passar do tempo, se precisam melhorar e em qual aspecto, etc.

Estudos subsequentes são necessários para cobrir as lacunas deixadas por esta pesquisa. É preciso expandir a avaliação para os demais CVV implantados a fim de compreender a realidade de cada microrregião e verificar quais problemas identificados se restringem à realidade do CVV de Brasília de Minas e quais são comuns aos outros Centros,

permitindo o delineamento mais preciso de macro estratégias. A construção de novos métodos para avaliar a atenção pediátrica superando as limitações deste estudo também é importante, assim como pesquisas para compreender a percepção dos usuários sobre o CVV e identificar iniciativas de controle social. Estudos futuros também podem avaliar os impactos do CVV na Taxa de Mortalidade Infantil, verificando sua contribuição para os resultados da política estadual de saúde da criança.

REFERÊNCIAS

ALA-HARJA, M.; HELGASON, S. Em direção às melhores práticas de avaliação. *Revista do Serviço Público*, Brasília, n. 4, p. 5-60, out-dez 2000.

ALVES, C. R. L. *et al.* Saúde da Criança e do Adolescente: Políticas Públicas. In: ALVES, C. R. L.; VIANA, M. R. A. *Saúde da Família: cuidando de crianças e adolescentes*. 1. ed. rev. Belo Horizonte: COOPMED, 2006. cap. 2, p. 7-14.

ANDRADE, S. M. *et al.* Condições de vida e mortalidade infantil no Estado do Paraná, Brasil, 1997/2001. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p.181-182, jan. 2006.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 4 ed. Lisboa : Edições 70, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Informações de Saúde. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 05 de jun. 2009

_____. Ministério da Saúde. *Banco de Leite Humano*. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24499>. Acesso em: 08 de jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. INAMPS. Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. *Iniciativa Hospital Amigo da Criança*. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24229>. Acesso em: 08 de jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 693/GM de 05 de julho de 2000. Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Port.%20693%20MMC.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 822/GM de 06 de junho de 2001. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal / PNTN. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-822.htm>>. Acesso em: 09 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.258/GM de 28 de junho de 2004. Institui o Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Neonatal. Disponível em: < http://www.saude.mg.gov.br/legislacoes%20em%20saude/neonatologia/PORTARIA_1258.pdf >. Acesso em: 09 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p.

_____. Presidência da República. Lei nº. 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm >. Acesso em: 09 jul. 2010.

CALDEIRA, A. P. *et al.* Mortalidade infantil pós-neonatal evitável: o que revelam os óbitos em domicílio. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.*, Recife, v. 2, n. 3, p.264, set-dez 2002.

CAMPOS, C. E. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 5, s. 1, p. S63 – S69, dez. 2005.

CAVALCANTI, M. M. A. Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: uma abordagem conceitual. *Interfaces de Saberes*, João Pessoa, v. 6, p. 1-13, 2006. Disponível em: < www.socialiris.org/Imagem/boletim/arq48975df171def.pdf >. Acesso em: 30 jun. 2010.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Epi Info versão 6.04. 2005. Disponível em <http://www.cdc.gov/epiinfo/Epi6/El6dnjp.htm>

COSTA, B. L. D; CARNEIRO, C. B. Projetos sociais: elaboração e gerência. *Cadernos de Textos*, nº 1. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, Escola de Governo de Minas Gerais, 1997. 25p. (FJP. Cadernos de Textos, 1)

DONABEDIAN, A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. In: DONABEDIAN, A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, Health Administration Press, v. 1, Ann Arbor, 1980.

DONABEDIAN, A. A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.

DUARTE, C. M. R. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1511-1528, jul. 2007.

FRANÇA, J. L.; VASCONCELLOS, A. C. *Manual para Normalização de Publicações Técnico-Científicas*. 8. ed. rev. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009. 258 p.

HARTZ, Z. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200009&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2008.

HARTZ, Z. M. A. Novos desafios para a avaliação em saúde: lições preliminares dos programas de promoção. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 2, n. 1, p.5-6, jan-abr 2002.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e da integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, s. 2, p. S331-S336, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil*. IBGE, Departamento de população e indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 1999.45 p.

LWANGA, S. A.; LEMESHOW, S. *Sample size determination in health: a practical manual*. Genova: World Health Organization, 1991.

LIMA, H. O. *et al.* Rede Viva Vida de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança. In: *O Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais*. MARQUES, A. J. S. M. *et al* (Org.). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. cap. 5, p. 111-128.

LOPES, R. M. *et al.* A. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000800022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 set. 2008.

MARTINS, M. Mortalidade hospitalar e tempo de permanência: comparação entre hospitais públicos e privados na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, s. 2, p. S268 – S282, 2004.

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. 1 ed. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MENDES, R.; VAZ, A. Educação ambiental no ensino formal: narrativas de professores sobre suas experiências e perspectivas. *Educação em Revista*, Belo Horizonte, v. 25, n. 3, dez. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982009000300019&lng=pt&nrm=isohttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982009000300019&lng=pt&nrm=isso> Acesso em 22 maio 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. *Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado 2007-2023*. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão, set. 2003.

_____. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. *Plano Plurianual de Ação Governamental 2008-2011*. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão, jan. 2008.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Análise da mortalidade materna e infantil no Estado de Minas Gerais*. RAUSCH, M. C. P. *et al.* Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004. 47p.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção à saúde da criança*. VIANA, M. R. A. *et al.* Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004. 224 p.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Gerência de Atenção Primária à Saúde. Banco de Dados do ICMS-MG. Belo Horizonte, 2009. Acesso em 05 de jun. 2009.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos: uma proposta para Minas Gerais*. ANDRADE, M. V. *et al.* Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2004. 63 p.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Organização da atenção secundária*. AGUIAR, M. C. C. *et al.* Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde, 2005. 76p.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução nº. 356 de 22 de dezembro de 2003. Dispõe sobre o Programa Viva Vida e estabelece outras providências. Disponível em < <http://www.saude.mg.gov.br> >. Acesso em: 25 de jul. 2008

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução nº. 759 de 6 de outubro de 2005. Dispõe sobre os Centros Viva Vida de Referência Secundária no âmbito do Estado de Minas Gerais, a instituição de incentivo, no âmbito do Programa Viva Vida, para implantação dos mesmos e dá outras providências. Disponível em < <http://www.saude.mg.gov.br> >. Acesso em: 25 de jul. 2008

MOREIRA, L. M. C. *Programa Viva Vida: Proposta de monitoramento para os Centros de Referência Secundária*. 2006. 104 f. Monografia (Graduação em Administração Pública) – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2006.

NOVAES, H. M. D. Avaliação e programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n.5, p.547 – 559, 2000.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Temas de Salud. Disponível em: <www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/>. Acesso em: 29 de jan. 2010

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Atlas do Desenvolvimento Humano. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>. Acesso em 05 de jun. 2009.

REIS, E. J. F. B. *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 50-61, 1990.

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, jul.-set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300018> Acesso em: 06 de jul. 2010

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.187 – 192, 2000.

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, 2006. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3artigo_avaliacao_normativa_programatica.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2010.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 1994 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000100009&lng=iso>. Acesso em: 13 set. 2008.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24 Sup. 1, p.S100-S110, 2008.

TREVISAN, A. P.; VAN BELLEN, H. M. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529-550, mai./jun. 2008.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p.507-514, 2005.

UNITED NATIONS. *Millennium Development Goals: progress towards the right to health in Latin America and the Caribbean*. Santiago: United Nations , 2008. 130 p.

GLOSSÁRIO

Economia de Escala - Por economia de escala entendem-se os ganhos obtidos quando os custos fixos caem de acordo com o aumento do volume de atendimento.

Economia de Escopo - A economia de escopo é entendida pelos ganhos que se têm com o aumento da variedade de serviços ofertados em um mesmo ponto de atenção.

Índice de Desenvolvimento Humano – Este índice foi criado nos anos oitenta pelo Programa das Nações Unidas pelo Desenvolvimento (PNUD) e mede o desenvolvimento humano através da análise de três dimensões: educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (PIB per capita).

Razão de Mortalidade Materna - A razão da mortalidade materna é calculada por meio da divisão entre o número de óbitos maternos (estabelecidos de acordo com a definição acima), pelo número de nascidos vivos, multiplicados por 100.000.

Taxa de Mortalidade Infantil - A Taxa de Mortalidade Infantil, também destacada na literatura como Coeficiente de Mortalidade Infantil é calculada pelo método direto pelo número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos, na população residente, em um determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Termo de Compromissos e Metas - é um instrumento jurídico, no qual as partes signatárias declaram suas obrigações e firmam metas vinculadas ao repasse de recurso financeiro.

Vazio Assistencial - De acordo com conceitos adotados pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, entende-se por “vazio assistencial”, o resultado comparativo entre o esperado inicialmente proposto e a produção de serviços de saúde em um determinado território.

ANEXO A**Carta de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 241/09

Interessado(a): **Profa. Cláudia Regina Lindgren Alves**
Departamento de Pediatria
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 24 de junho de 2009, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Avaliação da atenção pediátrica do Centro Viva Vida de Brasília de Minas (2007-2009)**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

APÊNDICE B

Classificação dos motivos de encaminhamento e dos diagnósticos

Categoria	Descritores de motivos de referência ou diagnósticos
Puericultura (sem história de prematuridade e/ou baixo peso)	Puericultura, retorno de parto pélvico, cólica do lactente, sepse precoce*, RN termo pós-infecção, icterícia neonatal, sofrimento neonatal*. (* Relatados como motivo da consulta. Não entraram como diagnóstico médico.)
Alterações de vias aéreas sem desenvolvimento desfavorável	Tosse, rinite, nasofaringite, alergia, bronquite, obstrução nasal, chieira, coriza, pneumonia (com tratamento e retorno sem intercorrências), sinusite, laringite, faringite, asma (sem relato de difícil controle ou asma grave), bronquiolite, laringomalacia sem complicações, broncopneumonia, adenite, cianose, hipertrofia de adenóide, “controle da chieira”, cianose durante o banho, coceira no ouvido, coriza e cansaço, perdendo o fôlego. Vômitos, epistaxe, febre (associados à Infecção de Vias Aéreas)
Alterações gastrointestinais	Esquistossomose/xistose, hérnia inguinal, constipação, verminose, vômito, dor abdominal, RGE (refluxo gastro-esofágico), hepatite, hérnia umbilical, enterocolite, enterovirose, “diarréia, febre e vômito”, icterícia, estomatite, hemangioma perianal, diarréia, “aumento do fígado”, prurido anal, incontinência fecal, sem apetite, come muito
Distúrbios Nutricionais	obesidade, sobrepeso, baixo peso, desnutrição, ganho insuficiente de peso, anemia
Alterações do Desenvolvimento Neuropsicomotor	Nervoso, dificuldade de fala, atraso de desenvolvimento motor, demorou a chorar, atraso de fala, dificuldade de aprendizado, má formação, má formação craniana, cirurgia de meningocele, paralisia cerebral (PC), telarca precoce, síndrome de Down
Alterações geniturinárias	ITU, dor abdominal, parafimose, fimose, pielonefrite, litíase renal, dor na genitália, aderência do prepúcio, ITU de repetição, noctúria, sinéquia, “sem urinar”, incontinência urinária, hematúria, “pedra nos rins”, vulvovaginite, sinéquia
Dermatites	Dermatite, ptíriase alba, pele seca, eczema, impetigo, dermatite umbilical, dermatite seborreica, escabiose, farmacodermia, mífase, exantema viral, intertrigo, urticária, miliária, milíase
Prematuridade e/ou baixo peso ao nascer	Prematuro, Baixo peso, RN prematuro, RN de baixo peso, PIG
Alterações do aparelho locomotor ou reumático	Geno vara, artrite, dor no tornozelo, torcicolo congênito
Triagem neonatal positiva	Teste do pezinho positivo, anemia falciforme, toxoplasmose, hipotireoidismo
Dificuldades respiratórias de desenvolvimento desfavorável	Coqueluche, estenose pulmonar, asma de difícil controle ou asma grave, laringomalácia com desenvolvimento desfavorável, obstrução de traqueostomia
Diarréia de evolução desfavorável	Diarréia de evolução desfavorável
Desnutrição grave	Desnutrição grave
Asfíxico no nascimento	Asfíxico no nascimento
Outros	Cefaléia, controle de internação, febre a esclarecer, candidíase oral, resultado de exames, lesão no olho, monilíase perineal, língua presa, cardiopatia, conjuntivite, controle de traumatismo craniano (TCE), afogamento, controle, lacrimejamento, anemia hemolítica, hígido.

APÊNDICE C

Roteiro para discussão dos grupos focais

Esta pesquisa consiste em uma avaliação da atenção pediátrica prestada pelo CVV de Brasília de Minas. O foco da nossa discussão será voltado para os serviços oferecidos para as crianças.

1- Para começar, por favor, se apresente e fale um pouco sobre o CVV e sua participação no processo de implantação deste Centro em Brasília de Minas:

- Conhecimento sobre o CVV;
- Objetivos;
- Indicações clínicas (faixa etária, motivos de referência);
- Inserção na rede assistencial da microrregião.

2- Fale sobre a utilização do CVV de Brasília de Minas por seu município/equipe.

- a. Aponte fatores que dificultam o acesso/utilização do CVV por seu município/equipe.*
- b. Aponte fatores que facilitam o acesso/utilização do CVV por seu município/equipe.*

3- Na sua opinião, a assistência prestada no CVV atende às necessidades dos pacientes?

- Resolutividade
- Encaminhamento para especialistas e marcação de exames
- Atendimento multiprofissional
- Práticas educativas
- Plano de cuidados
- Referência e contra-referência

4- Comente sobre as seguintes afirmativas retiradas da análise de uma amostra de prontuários do CVV de Brasília de Minas:

- *23% das crianças da amostra estão fora da faixa etária recomendada para utilização do CVV;*
- *8% dos pacientes estudados apresentaram indicações clínicas recomendadas para utilização do CVV;*
- *O uso do CVV pelos municípios é muito heterogêneo;*
- *56% dos pacientes da amostra fizeram apenas uma consulta no CVV;*
- *Apenas 4 pacientes da amostra tiveram atendimento multiprofissional.*

APÊNDICE D
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro(a) Senhor(a),

A mortalidade infantil é um problema social grave. Inúmeras intervenções foram feitas ao longo dos anos para reduzir esse problema. Atualmente, a Secretaria de Estado de Saúde adota como estratégia de combate da mortalidade infantil o Programa Viva Vida. Entre as ações desenvolvidas por este Programa, destaca-se a implantação dos Centros Viva Vida. Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a atenção pediátrica no Centro Viva Vida de Brasília de Minas, e será realizada em duas etapas: uma quantitativa (análise de dados dos prontuários dos pacientes do CVV), e outra qualitativa (realização de grupos focais).

A participação nesta pesquisa é voluntária e não acarretará qualquer risco. Esta pesquisa não irá trazer benefícios diretos para os participantes, mas ao produzir conhecimento sobre a atenção pediátrica no CVV, permitirá melhorar a funcionamento deste Centro, e por consequência, melhorar a qualidade de vida das crianças desta região.

Informamos que o Sr(a). tem a garantia de esclarecimentos, bem como a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, podendo deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. Garantimos ainda que todas as informações obtidas são sigilosas. Comprometemos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa, sendo os resultados veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível qualquer identificação dos participantes.

O Sr(a). tem o direito de ser informado sempre que desejar sobre os resultados parciais da pesquisa e caso seja solicitado, todas as informações serão respondidas e esclarecidas. Em caso de dúvidas sobre a ética do estudo, o Sr(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, à Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Prédio da Reitoria, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, ou pelo telefone (31) 3409-4592. Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Em anexo está o consentimento livre e esclarecido para ser assinado caso tenha concordado e não tenha restado qualquer dúvida.

Desde já agradecemos sua colaboração.

Cláudia Regina Lindgren Alves
Pesquisadora responsável - Tel:34099773

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Declaro estar ciente dos objetivos e das condições de participação na pesquisa, com as quais concordo.

Brasília de Minas, _____ de _____ de 2010

_____ / ____ / ____
Assinatura do entrevistado Data

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e os objetivos deste estudo ao participante, e que as informações foram fornecidas em uma linguagem clara e compreensível.

Brasília de Minas, _____ de _____ de 2010

_____ / ____ / ____
Assinatura do entrevistador Data