

**CONHECIMENTOS DE USUÁRIAS E PROFISSIONAIS  
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE OS  
DIREITOS À SAÚDE DE CRIANÇAS NOS PRIMEIROS  
1000 DIAS**

**SÃO LUÍS, MA  
MAIO – 2021**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



**STEPHANIE MATOS SILVA**

**CONHECIMENTOS DE USUÁRIAS E PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA SOBRE OS DIREITOS À SAÚDE DE CRIANÇAS NOS PRIMEIROS  
1000 DIAS**

**SÃO LUÍS, MA  
MAIO – 2021**

**STEPHANIE MATOS SILVA**

**CONHECIMENTOS DE USUÁRIAS E PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA SOBRE OS DIREITOS À SAÚDE DE CRIANÇAS NOS PRIMEIROS  
1000 DIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Orientador:** Prof. Dra. Zeni Carvalho Lamy.

**SÃO LUÍS, MA  
JUNHO – 2021**

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Silva, Stephanie Matos.

Conhecimentos de usuárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre os direitos à saúde de crianças nos primeiros 1000 dias / Stephanie Matos Silva. - 2021.

102 p.

Orientador(a): Zeni Carvalho Lamy.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021.

1. Assistência à Saúde. 2. Direitos da Criança. 3. Estratégia Saúde da Família. I. Lamy, Zeni Carvalho. II. Título.

**CONHECIMENTOS DE USUÁRIAS E PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA SOBRE OS DIREITOS À SAÚDE DE CRIANÇAS NOS PRIMEIROS  
1000 DIAS**

Stephanie Matos Silva

Dissertação aprovada em 25 de maio de 2021 pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

**Banca Examinadora:**

---

Prof. Dra. Zeni Carvalho Lamy

Orientadora

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

---

Prof. Dra. Laura Lamas Martins Gonçalves

Examinadora Externa

Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

---

Prof. Dra. Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

Examinadora Interna

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus e todas as forças do universo que colaboram para as realizações ao longo da minha vida, especialmente este mestrado.

À minha mãe Francineide Matos e a minha irmã Emanuelle Matos por estarem sempre comigo e serem parte de mim e de todas as minhas conquistas.

À minha orientadora, Profa. Zeni Lamy, por promover meu crescimento de maneira marcante e colaborar decisivamente para a minha formação, desde a iniciação científica. Foi ela que me apresentou a Saúde Coletiva e sempre serei grata por isso. Além disso, é um exemplo de profissional: comprometida, coerente e dedicada a causas tão importantes para o nosso país como a saúde materna e infantil. Tenho orgulho de ser sua orientanda.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PGSC) por subsidiarem a minha formação com qualidade e acesso à conhecimentos fundamentais.

Às pesquisadoras e toda equipe do Projeto EU QUERO que proporcionaram ricos momentos de trocas, vivências, construções para a realização desta pesquisa tão rica e significativa. Nominalmente ressalto profa. Erika Thomaz por representar a equipe de pesquisa e por ter acompanhado tão de perto meu percurso no mestrado. Você é uma professora que marcou a minha formação, agradeço pelos momentos de aprendizado que tive com você ao longo da minha trajetória no programa.

À Universidade de Southampton subsidiar a realização do projeto EU QUERO, especialmente à pesquisadora Pia Riggirozzi por suas contribuições para a concretização deste trabalho.

Às alunas do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Subjetividade (NESS), pelas constantes colaborações para realização desta pesquisa. Ressalto nominalmente Aghata Gabriela e Clarice Maria por terem sido fundamentais para a concretização desta etapa.

Aos professores do PGSC pelos ensinamentos valorosos na minha formação como profissional da Saúde Coletiva, bem como pelas inúmeras contribuições para a produção científica deste país. Agradeço por poder partilhar dos seus conhecimentos comigo e com tantos outros discentes.

À Secretaria e equipe administrativa do PGSC pelo apoio e suporte necessário ao longo da minha vida acadêmica.

Aos meus colegas de turma PGSC pelo frequente companheirismo e espírito de união.

À Isabelle Aguiar Prado por ter sido minha companheira de percurso desde a etapa de seleção, partilhando de todos os momentos, doces e amargos, desta trajetória. Ao longo destes anos construímos uma parceria muito importante na minha vida profissional e pessoal.

À UNASUS-UFMA e todos os profissionais e amigos que fiz nesta instituição. Foi onde comecei a vivenciar o SUS e a Saúde Coletiva e onde tracei os rumos da minha carreira. Nominalmente, ressalto Paola Trindade Garcia por sempre incentivar meu crescimento, por ser uma docente, sanitarista e gestora que zela por sua formação com ética e qualidade. Tenho muita admiração por você.

Aos meus amigos que sempre estiveram comigo, por serem refúgio e alento nos momentos mais importantes. À Steffi Greyce de Castro Lima por ser minha amiga, por estar e permanecer comigo ao longo destes anos.

À FAPEMA por subsidiar a realização desta pesquisa.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Composição das equipes de Estratégia Saúde da Família do Município de Alcântara/Maranhão no período do estudo.....	29
Tabela 2	Quantitativo de selecionados e entrevistados – profissionais da ESF .....	29
Tabela 3	Quantitativo de ACS identificados no território e entrevistados .....	30
Tabela 4	Quantitativo de usuárias identificadas no território e entrevistadas	30
Tabela 5	Composição do grupo focal piloto: validação do roteiro de grupo focal.....	31
Tabela 6	Grupos focais segundo a USF e participantes .....	32
Tabela 7	Grupos focais de ACS segundo a USF e participantes.....	33
Tabela 8	Grupos focais de usuárias segundo a USF e participantes.....	33

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
Aux.SB	-	Auxiliar de Saúde Bucal
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
Dent.	-	Dentista
ECA	-	Estatuto da Criança e do Adolescente
Enf.	-	Enfermeiro
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
GF	-	Grupo Focal
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	-	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
Med.	-	Médico
NV	-	Nascidos Vivos
ONU	-	Organização das Nações Unidas
PNAISC	-	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
SUS	-	Sistema único de Saúde
Téc. Enf.	-	Técnico de Enfermagem
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	-	Unidades de Saúde da Família
UNICEF	-	<i>United Nations Children's Found</i>

SILVA, Stephanie Matos. **Conhecimentos de usuárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre os direitos à saúde de crianças nos primeiros 1000 dias**, 2021, Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021.

## RESUMO

A garantia de direito à vida e à saúde visa proporcionar o nascimento e o desenvolvimento sadio e seguro, bem como condições dignas de existência, na medida em que o investimento no desenvolvimento humano é, potencialmente, um gerador de equidades. Os primeiros 1000 dias de vida da criança referem-se a uma janela de tempo crítica para o crescimento e desenvolvimento saudáveis, porém a realidade da garantia de direitos neste período ainda é pouco conhecida pela literatura científica. A presente pesquisa objetivou analisar os direitos de crianças nos primeiros 1000 dias de vida a partir da perspectiva de usuárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritiva e analítica realizado nas Unidades Saúde da Família (USF) de um município rural e quilombola do nordeste brasileiro, com profissionais da ESF e com gestantes e mães de crianças de até dois anos. Utilizou-se entrevistas coletivas do tipo grupo focal como instrumento de coleta de dados. A amostra foi de 110 participantes, sendo 67 profissionais e 43 usuárias. Foram realizados 11 grupos, sendo realizados quatro com profissionais de nível superior, técnico e médio, três com agentes comunitários de saúde e quatro com usuárias gestantes e mães de crianças de até dois anos. Para análise e interpretação das entrevistas, utilizou-se a análise de conteúdo na modalidade temática. Os direitos no período gestacional e durante o nascimento são os mais apontados pelos participantes, sendo o aleitamento materno o mais frequente em todos os grupos. As questões logísticas e deficiências do serviço de saúde são destacadas como dificultadores de acesso aos direitos. A informação é apontada como estratégia para a promoção de direitos, ressaltando o conhecimento como ferramenta de reivindicação e questões culturais são avaliadas negativamente por profissionais de saúde. Identifica-se a relevância da ESF para a garantia de direitos da criança, evidenciando o papel destes serviços para o fortalecimento e defesa do crescimento e desenvolvimentos saudáveis.

**Palavras-chaves:** Direitos da Criança. Estratégia Saúde da Família. Assistência à Saúde.

SILVA, Stephanie Matos. **Conhecimentos de usuárias e profissionais da estratégia saúde da família sobre os direitos à saúde de crianças nos primeiros 1000 dias**, 2021, Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021.

## **ABSTRACT**

The guarantee of the right to life and health aims to provide healthy and safe birth and development, as well as decent living conditions, as investment in human development is potentially a generator of equities. The first 1000 days of a child's life refer to a critical time window for healthy growth and development, but the reality of guaranteeing rights in this period is still little known in the scientific literature. This research aimed to analyze the rights of children in the first 1000 days of life from the perspective of users and professionals of the Family Health Strategy. This is a study with a qualitative, descriptive and analytical approach carried out in the Family Health Units (USF) of a rural and quilombola municipality in northeastern Brazil, with professionals from the ESF and with pregnant women and mothers of children up to two years old. Group interviews of the focus group type were used as a data collection instrument. The sample consisted of 110 participants, 67 professionals and 43 users. Eleven groups were carried out, four with professionals with higher, technical and secondary education, three with community health workers and four with pregnant users and mothers of children up to two years old. For analysis and interpretation of the interviews, we used content analysis in the thematic modality. The rights during pregnancy and during birth are the most mentioned by the participants, with breastfeeding being the most frequent in all groups. The logistical issues and deficiencies of the health service are highlighted as hindering access to rights. Information is identified as a strategy for the promotion of rights, emphasizing knowledge as a tool for claiming and cultural issues are negatively evaluated by health professionals. The relevance of the ESF for guaranteeing children's rights is identified, highlighting the role of these services in strengthening and defending healthy growth and development.

**Keywords:** Children's Rights. Family Health Strategy. Health Assistance.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	13
<b>2.1</b>	<b>Geral</b> .....	13
<b>2.2</b>	<b>Específicos</b> .....	13
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	14
<b>3.1</b>	<b>Direitos da criança: breve panorama histórico brasileiro</b> .....	14
3.1.1	Lei da Primeira Infância.....	17
<b>3.2</b>	<b>Primeiros 1000 dias de vida da criança</b> .....	17
<b>3.3</b>	<b>Estratégia Saúde da Família: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil no âmbito da Atenção Primária à Saúde</b> .....	20
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	27
<b>4.1</b>	<b>Delineamento do estudo</b> .....	27
<b>4.2</b>	<b>Local do estudo</b> .....	27
<b>4.3</b>	<b>Período da coleta de dados</b> .....	28
<b>4.4</b>	<b>População e amostra do estudo</b> .....	28
<b>4.5</b>	<b>Técnicas e instrumentos de coleta de dados</b> .....	30
<b>4.6</b>	<b>Coleta de dados</b> .....	31
4.6.1	Visitas exploratórias.....	31
4.6.2	Organização dos grupos focais.....	32
<b>4.7</b>	<b>Análise de dados</b> .....	33
<b>4.8</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	34
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	35
<b>5.1</b>	<b>Artigo</b> .....	35
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	56
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	57
	<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO –</b> <b>PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b> .....	65
	<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO –</b> <b>USUÁRIAS</b> .....	66
	<b>APÊNDICE C – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL – PROFISSIONAIS DE</b> <b>SAÚDE</b> .....	69

<b>APÊNDICE D – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL – USUÁRIAS .....</b>	<b>70</b>
<b>APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....</b>	<b>71</b>
<b>APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - USUÁRIAS .....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO – CEP .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO B - NORMAS DA REVISTA CADERNOS EM SAÚDE PÚBLICA.....</b>	<b>93</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A proteção da infância, enquanto fase dotada de especificidades, é produto de lutas sociais iniciadas no final do século XIX, especialmente após a Primeira Guerra Mundial (TEIXEIRA, 2015). Assim, os direitos da criança passam a ser reconhecidos no âmbito legal por meio de iniciativas que culminam em normativas sobre as especificidades da infância.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948 afirma que a criança, desde o período intrauterino, carece de cuidados e assistência especiais (DIDONET, 2016). A Convenção sobre Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1989, é o instrumento de direitos humanos mais aceito na história universal, ratificada por 196 países, fornecendo princípios norteadores para o reconhecimento da criança como sujeito de direito.

No contexto brasileiro, o artigo 227 da Constituição Federal do Brasil de 1988 e, posteriormente, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990 são os instrumentos norteadores dos direitos da criança, os quais orientam a tomada de decisão e construção de políticas de proteção à saúde desta população.

Dentre os direitos fundamentais reconhecidos pelo ECA, está o direito à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e seguro, promovendo condições dignas de existência (BRASIL, 2019). Assim, a saúde da criança é reconhecidamente pauta prioritária da agenda pública brasileira desde a concepção, reconhecendo-se as vulnerabilidades e necessidades de proteção e cuidados peculiares das primeiras etapas de vida.

É, especialmente, na primeira infância que se estruturam as bases fundamentais do desenvolvimento humano, tanto físicas como psicológicas, sociais e emocionais, consolidadas e aperfeiçoadas nas etapas seguintes (FUJIMOTO, 2016). Os investimentos no desenvolvimento das crianças geram benefícios significativos à curto, médio e longo prazo, sendo potenciais para a redução de lacuna entre alta e baixa renda familiar (DIDONET, 2016).

Intervenções nas fases do desenvolvimento humano, portanto, colaboram para a geração de equidades (YOUNG, 2016), na medida em que as desigualdades e condições socioeconômicas influenciam o crescimento e desenvolvimento saudáveis dos seres humanos (VICTORA, 2016). Diante disto, em 2008, uma série de artigos da revista britânica *The Lancet* sobre desnutrição materna e infantil demonstrou a relevância dos primeiros anos de vida para o desenvolvimento e saúde das crianças, compreendendo os primeiros 1000 dias, englobando a concepção até o segundo ano de vida da criança (BHUTTA *et al.*, 2008).

Os dados atestam os desafios ainda presentes para a concretização de direitos desde o período gestacional até a fase de lactação. A inclusão de períodos ainda mais primitivos de desenvolvimento, amplia a promoção de cuidado, já que as evidências demonstram que a saúde materna também é crucial para o desenvolvimento saudável da criança em fase gestacional e primeiros dias de vida (BHUTTA *et al.*, 2008). Este período tem sido denominado de janela de oportunidades por representar um momento de relevância para investimentos para a promoção de alimentação e desenvolvimento saudável (CUNHA; LEITE; ALMEIDA, 2015).

Apesar dos diversos marcos na defesa dos direitos da criança, o Brasil ainda tem muitos desafios para a garantia da plena efetivação do ECA, permitindo que todas as crianças e adolescentes tenham seus direitos respeitados, protegidos e assegurados (BRASIL, 2019). Segundo Ceccon (2016), mesmo com avanços significativos no reconhecimento dos direitos da infância, ainda há lacunas graves no que se refere à educação, aos serviços de saúde de qualidade e ao planejamento urbano adequado às necessidades básicas das crianças.

O investimento nos primeiros 1000 dias é uma estratégia de alta prioridade para as intervenções de políticas, serviços e programas de luta contra a pobreza e mudanças no desenvolvimento social. A atenção integral à primeira infância para reverter os efeitos de iniquidades sociais deve iniciar com intensidade desde o processo de gestação, ter continuidade no tempo, adaptar-se às crianças, famílias e comunidades, bem como ser avaliado (FUJIMOTO, 2016).

O direito à saúde é universal e constitucionalmente assegurado. Garantir direitos é promover dignidade para cidadãos em contextos diversos de forma equânime e indiscriminada, sendo assim, o debate sobre o cumprimento das normativas legais no âmbito do SUS é crucial como indicador da assistência destinada às crianças nos anos iniciais. Assim, compreender de que forma profissionais e usuárias vivem e entendem este fenômeno colabora para a promoção de infâncias saudáveis para todos os(as) brasileiros(as).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar os direitos de crianças nos primeiros 1000 dias de vida a partir da perspectiva de usuárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família.

### **2.2 Específicos**

- a) Caracterizar as usuárias e os profissionais da Estratégia Saúde da Família segundo os aspectos sociodemográficos;
- b) Compreender conhecimentos de usuárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre os direitos à saúde das crianças nos primeiros 1000 dias de vida;
- c) Compreender confluências e dissonâncias entre concepções de usuárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre direitos de crianças nos primeiros 1000 dias de vida

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Direitos da criança: breve panorama histórico brasileiro

As lutas sociais são parte importante da construção história dos direitos da criança, sendo as primeiras iniciativas datadas no final do século XIX (TEIXEIRA, 2010). Estas ações em prol do reconhecimento da infância enquanto fase dotada de especificidades, repercutem na consolidação atual do que são os direitos fundamentais de crianças e adolescentes, especialmente após a Primeira Guerra Mundial (TEIXEIRA, 2015).

Lyra Filho (1982) define direitos com uma positivação da liberdade conscientizada nas lutas sociais que formula os princípios supremos da justiça social que nelas se expressa. Para este autor, eles só adquirem existência social na medida em que são enunciados, configurando o espaço da cidadania formal. Direitos, bem como responsabilidades individuais e coletivas são categorias estruturantes das relações entre os indivíduos, entre estes e o Estado, e entre Nações (PITANGUY, 2011).

Os direitos fundamentais representam um conjunto de normas, princípios, prerrogativas, deveres e institutos, inerentes à soberania popular, garantem convivência pacífica, digna, livre e igualitária, independentemente do credo, raça, origem, cor, condição econômica ou status social (BOBBIO, 2004).

A Declaração de Genebra, em 1924, foi o primeiro tratado internacional sobre os direitos da criança. Esta declaração aborda direitos específicos desta fase e das responsabilidades dos adultos em garanti-los. Neste documento surge a noção de proteção integral da criança, na qual em situação de desgraça, calamidade, na guerra ou na paz, a criança deve ser a primeira a receber socorro (DIDONET, 2016).

Em 1947, *United Nations Children's Found* (UNICEF) é criada com o objetivo de promover cuidados às crianças órfãs e abandonadas que viviam em situação degradante na Europa após a II Guerra Mundial. Esta instituição tornou-se organismo permanente da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1953, ampliando suas ações em todo mundo, por meio de programas para sobrevivência, saúde, aleitamento materno, alimentação e educação. Posteriormente passou a ser o órgão específico, presente e ativo na defesa dos direitos da criança (DIDONET, 2016).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, insere o reconhecimento de que a infância, desde o período intrauterino, tem direito a cuidados e assistência especiais (DIDONET, 2016). Neste momento ocorrem iniciativas para a proteção dos direitos das

crianças nos primeiros anos de vida, incluindo o período gestacional e lactação.

Esta declaração é um marco relevante por iniciar a formação de um sistema universal, fixando parâmetros protetivos mínimos para a garantia da dignidade humana (BAPTISTA, 2012). É composta de: direitos civis e políticos (como a liberdade de expressão, o direito de ir e vir e o direito à vida) e direitos econômicos e sociais, os quais devem ser garantidos pelo Estado (educação, a cultura, a habitação, a saúde).

Com a criação da Declaração Universal dos Direitos Humanos a necessidade de proteção da criança ganha força e impacta na organização de movimentos sobre a necessidade de debates sobre esta fase da vida. Como parte deste processo, em 1959, é firmada a Declaração dos Direitos da Criança, a qual abre espaços para a criação de regulamentações voltadas para este público (DIDONET, 2016).

Em 1989, ocorreu a Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), entrando em vigor no dia 2 de setembro de 1990. É o instrumento de direitos humanos mais aceito na história universal, sendo ratificado por 196 países.

Estas influências internacionais repercutem no Brasil promovendo uma mudança no papel do Estado para a proteção da infância. Até meados do século XX, para a legislação brasileira, as crianças eram assunto doméstico, de responsabilidade unicamente familiar, não sendo amparadas pelas legislações da época (DIDONET, 2016).

A Constituição Federal do Brasil, de 1988, apresenta os direitos da criança, precisamente no art. 227. Este artigo passou a ser o grande fundamento para a construção do Estatuto da Criança e do Adolescente e de outras leis, políticas e programas para crianças e adolescentes em âmbito nacional (DIDONET, 2016). Segundo a Constituição:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

Este artigo constitui-se do maior fundamento para a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990. Este documento inovou ao trazer a proteção integral, na qual crianças e adolescentes são vistos como sujeitos de direitos, em condição peculiar de desenvolvimento e com prioridade absoluta (BRASIL, 2019).

O ECA foi criado como novo paradigma para as crianças e adolescentes à partir da Constituição brasileira de 1988. Esta legislação tornou-se a única totalmente adequada aos

princípios da Convenção das Nações Unidas sobre o Direito da Criança no contexto latino-americano (BRASIL, 2016a).

O ECA delimita os marcos entre a infância e adolescência, considerando criança a pessoa que possui até 12 anos incompletos e adolescente, quem possui entre 12 e 18 anos (BRASIL, 2019). Até a Convenção sobre Direitos da Criança (1989) não havia uma divisão clara entre infância e adolescência, sendo consideradas crianças todos os indivíduos menores que 18 anos. O Estatuto define que:

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 2019, p. 15).

O ECA possibilitou a criação de leis e embasou a construção de políticas públicas voltadas para a infância e adolescência, as quais contribuíram para diversos avanços, como ampliação do acesso à educação, reforço no combate ao trabalho infantil, mais cuidados com a primeira infância e criação de novos instrumentos para atender as vítimas de violência (BRASIL, 2019).

Ainda assim, são notórios os desafios de proteção da infância, considerando que a garantia de direitos ainda sofre variações, de acordo com fatores socioeconômicos, étnico-raciais e geográficos. O desafio é garantir acesso a ações e serviços de saúde às crianças de grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, como crianças com deficiência, indígenas, negras, quilombolas, residentes nas regiões ribeirinhas (UNICEF, 2019).

As iniquidades de raça também são perceptíveis atuando como importantes marcadores de acesso a direitos. Crianças e os adolescentes negros são os mais atingidos com taxas de privações múltiplas é de 58%, enquanto a dos brancos gira em torno de 38%. As desigualdades também se concentram em regiões mais pobres do país: no Norte e no Nordeste, mais de 60% das crianças e dos adolescentes têm ao menos um direito violado (UNICEF, 2018; 2019).

A proteção da infância ainda é um desafio para o Brasil e o mundo, especialmente nos anos iniciais em que as condições contextuais têm impacto marcante sobre o desenvolvimento à curto, médio e longo prazo, indicando a necessidade de fortalecimento desta temática nos setores políticos e sociais.

### 3.1.1 Lei da Primeira Infância

Desde a criação o ECA, em 1990, muitos foram os avanços em nível nacional e internacional para a compreensão das peculiaridades da infância. Ao longo do tempo, tornou-se evidente o reconhecimento da primeira infância enquanto fase dotada de características específicas, que exigem uma legislação própria e detalhada.

Diante disto, em 2016, foi criado o Marco Legal para a Primeira Infância, por meio da lei nº 13.257, de 8 de março, que estabelece princípios e diretrizes para a formulação e implementação de políticas públicas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil, em consonância com o ECA (BRASIL, 2016b). Esta iniciativa reafirma o compromisso brasileiro na proteção dos direitos das crianças em estágios cada vez mais precoces.

Nesta lei fica estabelecido como primeira infância o período que abrange os primeiros 6 (seis) anos completos ou 72 (setenta e dois) meses de vida da criança. É na primeira infância que se estruturam as bases fundamentais do desenvolvimento humano, tanto físicas como psicológicas, sociais e emocionais, as quais vão consolidando-se e aperfeiçoando-se nas etapas seguintes de desenvolvimento (FUJIMOTO, 2016).

O Marco Legal Pela Primeira Infância insere subsídios para o estabelecimento de um arcabouço legislativo de garantia dos direitos das gestantes e crianças muito pequenas, além de garantir que sejam destinados recursos financeiros necessários à efetivação do acesso a estes direitos (QUEIROZ, 2016).

### **3.2 Primeiros 1000 dias de vida da criança**

Em 2008, uma série de artigos da revista *The Lancet* sobre desnutrição materna e infantil demonstrou evidências importantes sobre o desenvolvimento da criança em estágios precoces, incluindo o período pré-natal (BLACK *et al.*, 2008; BHUTTA *et al.*, 2008; VICTORA *et al.*, 2008; BRYCE *et al.*, 2008; MORRIS; COGILL; UAUY, 2008). Nestes estudos, que englobaram investigações sobre déficits de crescimento e carências nutricionais, identificou-se que a nutrição é um aspecto ainda negligenciado na saúde materna, neonatal e infantil e que deve ser foco de agendas públicas visando impactos de curto, médio e longo prazo no desenvolvimento humano (HORTON, 2008).

O intervalo de tempo que engloba os 1000 dias de vida da criança, incluem o período da concepção até os dois anos de idade (24 meses), totalizando 270 dias da gestação, mais 365 dias do primeiro ano de vida somados aos 365 dias do segundo ano. Estes achados

demonstram a relevância de investimentos nos primeiros anos de vida como um período potencial para o crescimento e desenvolvimento (VICTORA, 2016).

Bhutta *et al.* (2008) revisaram as intervenções que afetam a desnutrição materna e infantil e os resultados relacionados à nutrição. Os achados demonstraram que promoção de amamentação, suplementação de vitamina A e fortificação de zinco apresentam maiores impactos. Quanto à saúde materna, a ingestão adequada de alimentação durante a gravidez, bem como a suplementação de ferro, ácido fólico e cálcio apresentam efeitos notáveis (BHUTTA *et al.*, 2008).

Estes dados reforçam os impactos do acompanhamento dos serviços de saúde nos primeiros 1000 dias de vida, na medida em que estes locais participam do monitoramento dos indicadores de saúde nesta fase. O fornecimento de suplementações e promoção do aleitamento são partes relevantes da atuação da ESF no acompanhamento pré-natal e primeiros anos.

Atualmente, o corpo de evidências sobre os primeiros 1000 dias de vida, centra-se em três concepções que impactam no desenvolvimento humano em estágios precoces (MOORE *et al.*, 2017). O primeiro diz respeito à origem do desenvolvimento de doenças e mostra que a exposição ambiental a fatores como: stress, subnutrição e toxinas durante os períodos críticos de desenvolvimento podem ter efeitos a longo prazo, na medida em que os sistemas, órgãos, funções, tecidos estão sendo formados neste período e podem aumentar o risco de doenças (MOORE *et al.*, 2017).

O segundo é sobre mudanças sociais e ambientais ocorridas ao longo do último século e os impactos na saúde e no bem-estar, especialmente de como as mudanças ocorridas no ambiente apresentaram impactos no microbioma humano. O terceiro aborda aos impactos dos determinantes sociais de saúde, sendo a pobreza um dos fatores mais relevantes (MOORE *et al.*, 2017).

Nota-se, a partir dos achados, que as interfaces entre o desenvolvimento neurobiológico e o contexto ambiental infantil colaboram cumulativamente para a promoção ou não da saúde nesta fase. Cada vez mais as pesquisas sobre desenvolvimento infantil ressaltam os impactos das desigualdades sociais e condições socioeconômicas sobre o desenvolvimento humano (VICTORA, 2016).

Os investimentos na primeira infância conduzem a benefícios significativos até a fase adulta, sendo potenciais para a redução de lacuna entre alta e baixa renda familiar. Investir em crianças novas em situação de desvantagem promove justiça e equidade social e, ao mesmo tempo, promove produtividade na economia e na sociedade como um todo,

conforme ressalta Young (2016).

Crianças que possuem um desenvolvimento integral saudável durante os primeiros anos de vida tendem a se adaptar com maior facilidade a diferentes ambientes e adquirir novos conhecimentos com maior agilidade (GIROTTO, 2017). Já as crianças que nascem em situação de pobreza, carência de saneamento, recebem pouco cuidado ou pouca estimulação cognitiva e uma nutrição empobrecida nos primeiros anos de vida têm maior probabilidade que seus contemporâneos ricos de crescerem com defasagem corporal e mental (CUNHA; LEITE; ALMEIDA, 2015; VICTORA 2016).

Nos últimos anos a proteção dos primeiros anos de vida tem sido foco da agenda brasileira de políticas públicas, garantindo o fortalecimento de direitos nestes momentos. Diversos avanços foram oriundos dos marcos regulatórios de defesa da infância, dentre eles, a criação do Sistema Único de Saúde com a marcante redução da mortalidade infantil e na infância (OPAS, 2018).

A Taxa de Mortalidade Infantil, em menores de 1 ano, passou de 47,1 para 14,0 óbitos por mil Nascidos Vivos (NV), entre 1990 e 2016, configurando uma redução de 70,0% no período. A média de redução nacional foi de 6% ao ano na década de 1990, diminuindo para 4,5% na década de 2000, e para 3,4% entre 2011 e 2015. Em 2016 houve aumento de 4,8%, comparado com o ano anterior (OPAS, 2018).

A Mortalidade Neonatal, de 0 a 27 dias, passou de 23,1 óbitos, por 1.000 nascidos vivos, em 1990 para 9,6 em 2016. Já a Mortalidade na Infância, em menores de 5 anos, passou de 53,7 óbitos por 1.000 NV em 1990 para 16,4 óbitos em 2016, uma redução de 69,6% no período (OPAS, 2018).

Nota-se, ao longo dos anos, que a ampliação do acesso à assistência pré-natal e à assistência hospitalar ao parto no Sistema único de Saúde (SUS) contribuiu para o decréscimo na ocorrência de desfechos negativos nos primeiros anos de vida, entretanto, persistem desafios para a melhora da qualidade da assistência e barreiras na integração entre os serviços em diferentes níveis de atenção (LEAL *et al.*, 2018; OPAS, 2018).

No Brasil, notou-se que o percentual de crianças amamentadas até os 12 meses, evoluiu de 26% em 1986 para 47% em 2006, permanecendo neste nível até 2013 (45%) e o aleitamento exclusivo entre menores de 6 meses, o qual era praticamente inexistente em 1986 (5%) e atingiu 37% em 2013. Ainda assim, os desafios persistem, considerando que dois terços das crianças menores de 6 meses não vivenciam das recomendações internacionais de aleitamento exclusivo (LEAL *et al.*, 2018).

Adicionalmente, acrescenta-se a melhora dos indicadores nutricionais infantis nos

últimos anos, como a redução do déficit de altura e peso para idade, apesar da manutenção dos indicadores de obesidade infantil manterem-se estabilizados até 2006-2007 (LEAL *et al.*, 2018). Os bons resultados brasileiros em relação à desnutrição, não são igualmente distribuídos em todas as crianças, por exemplo, 30% das crianças indígenas são afetadas por desnutrição crônica; entre os yanomamis, a taxa passa de 80% (OPAS, 2018).

Estes dados apontam ainda lacunas para a qualidade de vida ao longo dos 1000 dias de vida, considerando a oferta e qualidade de serviços de saúde no âmbito do SUS.

### **3.3 Estratégia Saúde da Família:** acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil no âmbito da Atenção Primária à Saúde

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil vivenciou inúmeras mudanças demográficas, socioeconômicas e de acesso à infraestrutura urbana que modificaram a qualidade de vida da população, especialmente pela mudança no modelo assistencial e nas políticas de saúde, a exemplo do fortalecimento da Atenção Primária por meio da Estratégia Saúde da Família (PAIM *et al.*, 2011).

A Atenção Primária é ponto central para a garantia dos direitos à saúde no âmbito do SUS. Enquanto primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constitui-se de equipe multidisciplinar com cobertura de toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2017). A Estratégia Saúde da Família (ESF), neste contexto, é o modelo de organização do cuidado na Atenção Primária e tem papel central para o acompanhamento do da saúde da criança nos primeiros dias de vida.

A Rede Cegonha, criada em 2011, é uma estratégia inovadora para a implementação de uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério e, às crianças, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis de 0 a 24 meses (BRASIL, 2011; 2017).

No ano de 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) foi criada como o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais, da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade. Esta política visa atuar na redução da morbimortalidade e promoção de ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2018).

Conforme aponta Ceccon (2016), mesmo com avanços significativos no reconhecimento dos direitos da criança, ainda existem problemas em relação à implementação, especialmente no que se refere à educação, aos serviços de saúde de qualidade e ao planejamento urbano adequado às necessidades desta fase da vida.

O fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e criação de políticas de prevenção de doenças e agravos, promoção da saúde, assistência e cuidados básicos no país apresentou progressos marcantes na redução da mortalidade infantil e na infância (OPAS, 2018). Dados apontam uma redução de 4,6% na mortalidade infantil para cada 10% de aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), um impacto mais significativo do que o de outras intervenções (OPAS, 2018).

A Rede Cegonha, criada em 2011, é uma estratégia inovadora para a implementação de uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis de 0 a 24 meses (BRASIL, 2011; 2017).

Alguns dos fatores relacionados à saúde da criança e materna no período de 0 a 24 meses que ainda são desafios para o Brasil são: acesso ao pré-natal, melhoria nas ações de educação em saúde levando em consideração as necessidades reprodutivas das mulheres; fortalecimento de redes de apoio diagnóstico para realização de exames recomendados durante a gravidez; disponibilidade de leitos no momento do parto e garantia da vinculação da gestante à maternidade; melhoria do seguimento da mulher e da criança no pós-parto e acompanhamento do desenvolvimento da criança para que ela alcance todo seu potencial intelectual, cognitivo e motor (BRASIL, 2011).

Diversos aspectos contribuem para esse diagnóstico, tais como: fragmentação das ações e dos serviços de saúde, a incipiente organização dos serviços de saúde para operar na lógica de rede de cuidados progressivos, os mecanismos de alocação dos recursos públicos com foco na produção de ações de saúde e as práticas de atenção e gestão da saúde conservadoras, pouco participativas e marcadas por intensa medicalização e por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas, sem respaldo em evidências científicas (BRASIL, 2011).

Diante das iniquidades ainda presentes na prestação de cuidados e proteção à infância, foi criada, no ano de 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Esta política busca promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos 9

(nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015).

O cuidado destinado aos primeiros 1000 dias da criança abrange a atenção integral à gestação, ao parto e ao nascimento e inicia-se com a visão abrangente de saúde integral da mulher e promoção da saúde sexual e reprodutiva, desde a adolescência (BRASIL, 2015). Enfoca a fisiologia, o protagonismo e autonomia da mulher neste processo, contrapondo-se à abordagem predominante de medicalização com intervenções excessivas e, muitas vezes, prejudiciais para a saúde da mulher e do bebê (BRASIL, 2015).

O reconhecimento das crianças como cidadãs é um requisito indispensável para que políticas públicas para a primeira infância sejam efetivadas (ALMEIDA, 2016). Silva e Fracolli (2016), avaliaram a assistência prestada à criança menor de dois anos na Estratégia Saúde da Família em um estudo avaliativo, quantitativo e transversal que aplicou o questionário *Primary Care Assessment Tool – Versão Criança* para verificar atributos de acesso, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária.

Os resultados indicaram que há distanciamento entre as reais necessidades de saúde das crianças e o que é ofertado pelos serviços, bem como barreiras organizacionais ao acesso, ausência de contrarreferência; predominância de práticas curativas e preventivas consagradas e individuais; verticalização na organização das ações; e falta de comunicação adequada entre profissionais e usuários (SILVA; FRACOLLI, 2016).

Pesquisas realizadas com gestantes e puérperas no contexto da Atenção Primária indicam que as usuárias reconhecem a importância do pré-natal para a saúde materna e infantil, mas ressaltam dificuldades de acesso a estes serviços (VALE *et al.*, 2017; ORTIGA, CARVALHO; PELLOSO, 2015; CAMPOS *et al.*, 2016). No entanto não sabemos se elas identificam o pré-natal como um direito.

Silva *et al.* (2014) ao analisarem a percepção de mães sobre a assistência à saúde da criança a partir do acompanhamento e desenvolvimento infantil, afirmam o papel positivo do envolvimento das mães no cuidado de criança na Atenção Primária e ressaltam a necessidade de maiores investimentos em ações que objetivem a melhora dos serviços, inclusive com o maior envolvimento do profissional agente comunitário de saúde.

Notam-se lacunas entre os direitos preconizados nas normativas legais e a implantação de mecanismos para a garantia dos direitos das crianças desde a tenra idade. As crianças que possuem um desenvolvimento integral saudável durante os primeiros anos de

vida tendem a se adaptar com maior facilidade a diferentes ambientes e adquirirem novos conhecimentos com maior agilidade (CECCON, 2016). Sendo assim, a Estratégia Saúde da Família tem papel central na promoção e garantia dos direitos das crianças nos primeiros 1000 dias, sendo urgente a superação de barreiras para a garantia da cidadania de todas as crianças.

Vale *et al.* (2017) em uma pesquisa realizada em uma Unidade Básica de Saúde de Teresina, através de entrevistas, com 15 gestantes identificou a importância do pré-natal para a mãe e a criança, apesar de muitas ressaltarem dificuldades de acesso aos serviços devido a barreiras, como tempo de espera e dificuldades de deslocamento.

As participantes apontaram a relevância de atividades educativas, porém a maioria informou a não ocorrência na unidade de saúde em que estavam vinculadas, este dado também corrobora os achados de Ortiga, Carvalho e Peloso (2015). Uma pesquisa similar, conduzida por Campos *et al.* (2016) também identificou queixas por parte das gestantes e puérperas entrevistada quanto às orientações dadas pelos profissionais.

Fogaça *et al.* (2017) entrevistou 49 profissionais de duas Unidades Básicas de Saúde, Londrina-PR, Brasil, sendo técnicos/auxiliares de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, enfermeiras, médicos ginecologistas e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para investigar a percepção de profissionais deste serviço sobre a operacionalização de grupos de pré-natal. Os achados demonstraram que uma das justificativas para a não realização destas atividades estão ligadas à: a falta de planejamento, valorização profissional, estrutura física adequada, materiais e capacitação da equipe, apesar de reconhecerem a importância deste processo.

A pesquisa conduzida por Silva e Fracoli (2016), avaliou a assistência prestada à criança menor de dois anos na Estratégia Saúde da Família. Tratou-se de um estudo avaliativo, quantitativo e transversal que aplicou o questionário *Primary Care Assessment Tool – Versão Criança* para verificar atributos de acesso, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária.

Os dados do estudo mostraram que há distanciamentos entre as reais necessidades de saúde das crianças e o que é ofertado pelo serviço, bem como barreiras organizacionais ao acesso, ausência de contrarreferência; predominância de práticas curativas e preventivas consagradas e individuais; verticalização na organização das ações; e falta de comunicação adequada entre profissionais e usuários (SILVA; FRACOLLI, 2016).

Molinari, Silva e Crepaldi (2005) ao falarem sobre saúde e desenvolvimento na infância, ressaltam o papel da família como sistema e contexto básico de desenvolvimento, deve ser foco dos programas de intervenção e principalmente de promoção à saúde. Quando

bem orientada e com o devido suporte, a família pode ser promotora do desenvolvimento saudável da criança, pois os cuidados familiares podem evitar os riscos e servir como fatores de proteção para o desenvolvimento e proteção da criança (MOLINARI; SILVA; CREPALDI, 2005).

Este dado aponta para a relevância do olhar dos principais cuidadores da criança como foco de intervenções. Para isso é fundamental conhecer de que modo estes atores vivenciam o acompanhamento da criança.

Pesquisa realizada por Silva *et al.* (2014) objetivou analisar a percepção de mães sobre a assistência à saúde da criança a partir do acompanhamento e desenvolvimento infantil. Para isso, utilizaram entrevistas semiestruturadas com 25 participantes. Os achados mostraram o papel positivo do envolvimento das mães no cuidado de criança na Atenção Básica e ressaltaram a necessidade de maiores investimentos em ações que objetivem melhorar os serviços, inclusive com maior envolvimento do profissional agente comunitário de saúde.

A Caderneta de Saúde da Criança é um instrumento importante para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da atenção integral à saúde desta população. Nos últimos dez anos, tem se tornado um instrumento de cidadania, com a inclusão de informações sobre direitos dos pais e da criança, fortalecendo o papel da família no cuidado nos primeiros anos de vida (BRASIL, 2016a).

O cuidado e o vínculo estabelecido entre profissionais e usuárias fortalecem os cuidados voltados para as crianças nos primeiros 1000 dias. Reichert *et al.* (2016) afirmam que orientar as mães e formar vínculo com estas, possibilita maior participação delas e da família no cuidado infantil, aumentando a adesão às consultas e em maior interesse em proporcionar bem-estar à criança. Este, portanto, é um caminho para a garantia de direitos, por meio da informação.

O trabalho desenvolvido por Grippo e Fraccoli (2008) buscou avaliar um instrumento de promoção do cuidado infantil Cartilha Toda Hora é Hora (cidadania, saúde e família). Participaram da pesquisa 89 cuidadores familiares de crianças de 0 a 59 meses no contexto da Estratégia Saúde da Família. Os dados qualitativos demonstraram ênfase nos assuntos: proteger, cuidar e direitos da criança como sendo aspectos importantes de serem abordados. Ao mesmo tempo os cuidadores apresentaram desconhecimento dos direitos da criança, exibindo conhecimento genérico do tema.

Já Santos *et al.* (2015) conduziram uma pesquisa visando analisar os cuidados à saúde da criança e a defesa de seus direitos na perspectiva de 20 mães adolescentes de

crianças entre seis meses e menor de dois anos, usuárias de uma Estratégia Saúde da Família. De maneira geral, elas não relacionaram o direito à saúde na infância às legislações e com o papel do Estado na garantia dos direitos, ressaltando as formas de garantia à práticas individuais. Um dado importante é que as mães apresentaram desconhecimento da saúde como direito fundamental.

A revisão de literatura sobre o tema demonstrou que ainda são escassas as publicações sobre os direitos da criança nos primeiros anos de vida e, não foram encontradas quando o enfoque é nos primeiros 1000 dias ou artigos que discutam esses direitos na perspectiva de profissionais da saúde e de usuárias da Estratégia Saúde da Família. De maneira geral, as produções científicas que mais se aproximaram do tema são teóricas e versam sobre direitos da criança na primeira infância ou pesquisas de campo relativas a uma das fases do ciclo gravídico-puerperal, com destaque para o pré-natal ou aleitamento materno.

Grippio e Fraccoli (2008) entrevistaram cuidadores familiares de crianças de 0 a 59 meses da Estratégia Saúde da Família para avaliarem temas para uma cartilha de direitos visando a promoção do cuidado infantil. Demonstraram ênfase nos assuntos: proteger, cuidar e direitos da criança como sendo aspectos importantes de serem abordados. Ao mesmo tempo os cuidadores apresentaram desconhecimento dos direitos da criança, exibindo falas genéricas sobre o tema.

Santos *et al.* (2015) analisaram os cuidados à saúde da criança e a defesa de seus direitos na perspectiva de mães adolescentes de crianças entre seis meses e menor de dois anos, usuárias de uma Estratégia Saúde da Família. De maneira geral, elas não relacionaram o direito à saúde na infância às legislações e com o papel do Estado na garantia dos direitos, ressaltando práticas individuais como meio para a efetivação. Um dado importante é que as mães apresentaram desconhecimento da saúde como direito fundamental.

Gomes, Caetano e Jorge (2010), investigaram a percepção de profissionais de saúde sobre os direitos de crianças internadas. Os achados demonstram que os profissionais apresentam conhecimento parcial dos direitos da criança, apresentando tendência a reconhecer os direitos relacionados às suas práticas profissionais específicas. Além disso, demonstram que a concepção de que a garantia dos direitos da criança deve ser realizada por meio de ações individuais.

Molinari, Silva e Crepaldi (2005) ressaltam o papel da família como sistema e contexto básico de desenvolvimento. Quando bem orientada e com o devido suporte, a família pode ser promotora do desenvolvimento saudável da criança, pois os cuidados familiares podem evitar os riscos e servir como fatores de proteção para o desenvolvimento e proteção

da criança (MOLINARI; SILVA; CREPALDI, 2005).

## 4 MÉTODO

A presente pesquisa é parte de um projeto de abordagem qualitativa e quantitativa intitulado “*Engaging users for quality enhancement and rights (Eu Quero): strengthening the maternal and child health care system over the first 1000 days in Brazil*”.

A equipe de pesquisa foi composta por membros da Universidade Federal do Maranhão, docentes doutores de instituições parceiras, estudantes de pós-graduação (mestrandas e doutorandas) e graduação (medicina e enfermagem), bem como uma pesquisadora da Universidade de Southampton, Inglaterra. Toda a equipe de pesquisa foi integrada por mulheres.

### 4.1 Delineamento do estudo

Estudo de abordagem qualitativa, descritiva e analítica. Segundo Minayo (2012) a pesquisa qualitativa é utilizada no estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões. A pesquisa qualitativa, de origem nas ciências sociais busca, portanto, a compreensão da subjetividade humana, contextualizada e envolvida pela cultura do grupo (MINAYO, 2012).

### 4.2 Local do estudo

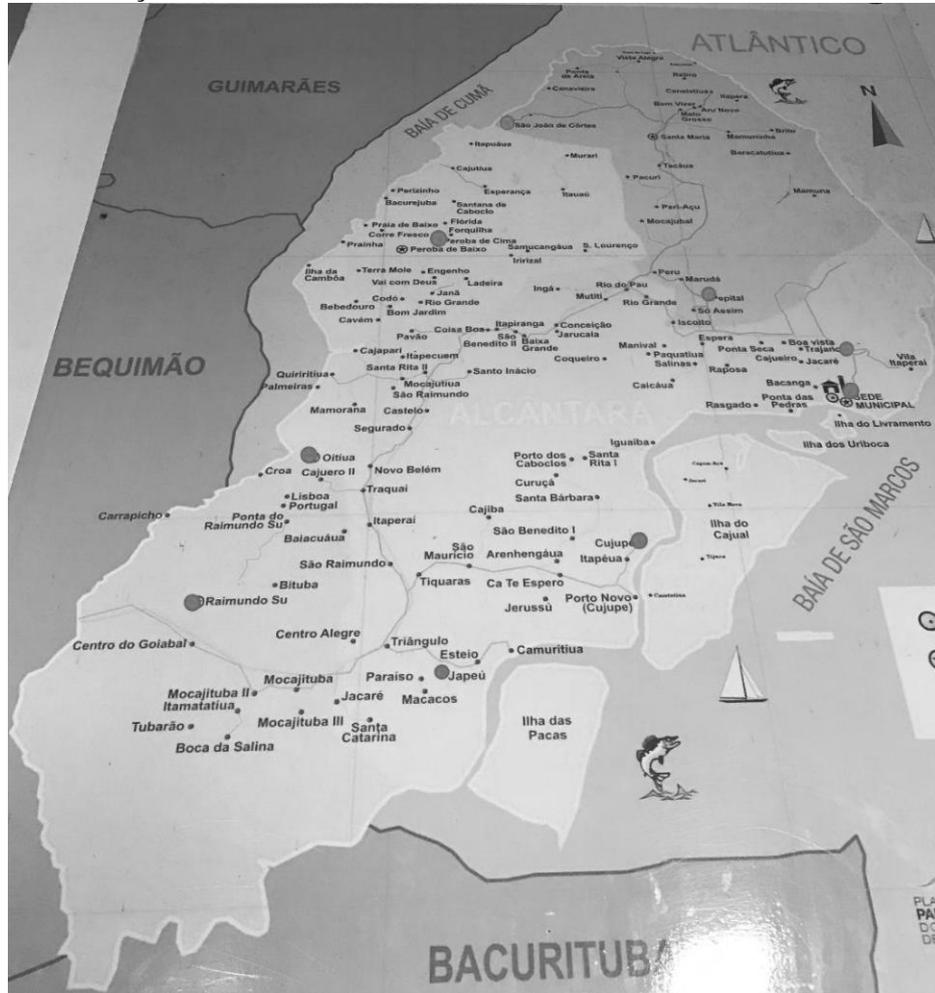
O estudo foi realizado em todas as Unidades Saúde da Família da cidade de Alcântara, localizada no estado do Maranhão. O município está situado na mesorregião norte maranhense com área territorial de 1.168,246 km<sup>2</sup>. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população é de 21.851 habitantes, sendo a densidade demográfica de 18,90 hab./km<sup>2</sup>.

O município apresenta Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,573, sendo classificado na faixa de desenvolvimento humano baixo, especialmente relacionado à educação, com índice de 0,475 (IBGE, 2010). A população é composta em 48,48% de mulheres e 51,52%, com diversas comunidades tradicionais e quilombolas,

A cidade possui cinco distritos, sendo eles: Alcântara, Raimundo-Su, São João de Côrtes, Jacioca e Santo Antônio e Almas. Para cobertura assistencial da população, existem nove Unidades de Saúde da Família (USF), com uma equipe de Estratégia Saúde da Família cada: Mangueiral, Caravelas, Oitiua, Cujupe, Japeú, Raimundo-Sú, Peroba de Cima, São João

de Côrtes e Peptal. Na imagem abaixo, apresenta-se a distribuição das unidades de saúde no território municipal.

Figura 1 – Distribuição das Unidades Saúde da Família no território de Alcântara/Maranhão.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Alcântara/Maranhão (2019).

### 4.3 Período da coleta de dados

Os dados foram coletados no período de janeiro a maio de 2019.

### 4.4 População e amostra do estudo

Fizeram parte deste estudo profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Alcântara e usuárias residentes em áreas adstritas das nove equipes de Saúde da Família. Os participantes foram informados da realização de uma pesquisa no município pela Secretaria Municipal de Saúde e, posteriormente, por seus gestores, que agendaram a

realização das entrevistas coletivas junto à equipe de pesquisa. Para a seleção dos profissionais de saúde, partiu-se da composição das equipes da Estratégia Saúde da Família descritas na tabela abaixo:

Tabela 1 – Composição das equipes de Estratégia Saúde da Família do Município de Alcântara/Maranhão no período do estudo.

	USF	Méd	Enf	Téc Enf	Dent	Aux SB	ACS	TOTAL
1	Caravelas	1	1	1	1	1	9	14
2	Cujupe	1	1	1	-	-	8	11
3	Japeú	1	1	1	-	-	7	10
4	Mangueiral	1	1	1	1	1	8	13
5	Oitua	1	1	1	1	1	10	15
6	Peptal	1	1	1	1	1	11	16
7	Peroba de Cima	1	1	1	-	-	9	12
8	Raimundo-Sú	1	1	1	1	1	10	15
9	São João de Côrtes	1	1	1	1	1	8	13
	<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>80</b>	<b>119</b>

Legenda: Med.: Médico; Enf.: Enfermeiro; Téc. Enf.: Técnico de Enfermagem; Dent.: Dentista; Aux.SB: Auxiliar de Saúde Bucal; ACS: Agente Comunitário de Saúde.

Foram incluídos profissionais de todas as categorias e USF, a partir dos seguintes critérios: fazer parte das equipes da ESF há mais de seis meses. Os critérios de exclusão foram: possuir deficiência auditiva ou de fala ou estar de férias ou licença do trabalho no período da coleta de dados.

Considerando o pequeno número de profissionais nas categorias de médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e auxiliares de saúde bucal, todos foram selecionados para participação na coleta de dados. Na tabela abaixo, identificam-se as perdas da amostra de profissionais de saúde:

Tabela 2 – Quantitativo selecionados e entrevistados – profissionais da ESF.

Categoria	Selecionados	Entrevistados
<b>Médicos</b>	9	6
<b>Enfermeiros</b>	9	9
<b>Técnicos de Enfermagem</b>	9	9
<b>Dentistas</b>	6	4
<b>Auxiliares de Saúde Bucal</b>	6	2
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>30</b>

Para a categoria de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), diante do maior número, utilizou-se informantes-chave (enfermeiras) para a escolha intencional da amostra buscando contemplar a diversidade do campo, a partir de aspectos como: sexo, idade e tempo

de atuação no serviço de saúde.

Tabela 3 – Quantitativo identificados e entrevistados – ACS.

USF	Selecionados	Entrevistados
1 Cujupe	8	4
2 Japeú	7	4
3 Oitiua	10	5
4 Peptal	11	5
5 Peroba de Cima	9	4
6 Raimundo-Sú	10	8
7 São João de Côrtes	8	5
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>42</b>

Para a amostra de usuárias, considerou-se como critérios de inclusão: ser moradora do município, utilizar os serviços do território adscrito das equipes da ESF, estar grávida ou ter filhos de até 24 meses de idade completos no momento da coleta de dados. Foi critério de exclusão, possuir deficiência auditiva ou de fala que impossibilitasse a audição ou verbalização durante a coleta de dados.

A seleção de usuárias foi organizada a partir do universo de mulheres identificadas no território de cada Unidade de Saúde da Família por meio de informantes-chave (enfermeiras e agentes comunitários de saúde) que comunicaram para gestantes e mães de crianças até 24 meses sobre a realização da pesquisa na localidade em questão. Foram identificadas 268 usuárias, sendo 103 gestantes e 165 mães de crianças de até dois anos de idade, conforme observa-se na tabela 4.

Cada informante das USF indicou um grupo de usuárias, buscando contemplar a maior diversidade quanto: à idade, raça/cor de pele, moradia (mais perto ou mais longe da USF), número de filhos, idade dos filhos, existência ou não de companheiro e não possuir plano de saúde.

Tabela 4 – Quantitativo de usuárias identificadas no território e entrevistadas.

Mulheres	Selecionadas	Entrevistadas
1 Mães	165	30
2 Gestantes	103	16
<b>TOTAL</b>	<b>268</b>	<b>46</b>

#### 4.5 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

A técnica utilizada foi a entrevista coletiva do tipo Grupo Focal (GF). O objetivo

desta ferramenta é estimular os participantes a falarem e a reagirem àquilo que outras pessoas no grupo dizem. Sendo assim, os sentidos ou representações que emergem são influenciados pela natureza social da interação do grupo em vez de se fundamentarem apenas na perspectiva individual (GASKELL, 2008).

Os grupos foram formados com 8 a 12 participantes e duração de uma a duas horas conforme indicado na literatura (GASKELL, 2008). Foram conduzidos por um moderador auxiliado por dois relatores. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

Os grupos focais foram coordenados por três docentes pesquisadoras com ampla experiência na condução de entrevistas qualitativas e a equipe auxiliar, treinadas para as funções de relatoria e observação durante a realização da coleta de dados.

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados, um questionário estruturado (APÊNDICES A e B) para caracterização dos dados de identificação e sociodemográficos e o roteiro do grupo focal com perguntas abertas abordando as questões do estudo (APÊNDICES C e D). O instrumento de roteiro de grupo focal foi validado com a realização de grupo focal piloto e contou com amostra de agentes comunitários de saúde e usuárias. Na ocasião, aplicou-se o instrumento para condução do grupo, a fim de identificar adequação e ajustes necessários.

Tabela 5 - Composição do grupo focal piloto: validação do roteiro de grupo focal.

	<b>Caravelas</b>	<b>Mangueiral</b>
<b>Usuárias</b>	1	3
<b>ACS</b>	2	5
	<b>3</b>	<b>8</b>
<b>Total geral</b>	<b>11 participantes</b>	

## **4.6 Coleta de dados**

### **4.6.1 Visitas exploratórias**

A primeira etapa de inserção no campo foi realizada por meio das visitas exploratórias que tiveram como objetivo conhecer os locais para a realização da coleta de dados. Para isso, realizou-se contato inicial com gestores das USF por intermédio da

Secretaria de Saúde do Município e, em seguida, procedeu-se com o agendamento de visitas presenciais.

Na ocasião, analisou-se a lista de profissionais fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde com informações sobre composição da equipe, férias, licença. O material foi analisado juntamente com o(a) diretor(a) para a pactuação dos convites para a coleta de dados.

Solicitou-se, também, os o registro das gestantes e mulheres acompanhadas pela equipe para identificação das participantes usuárias. Foram utilizadas como fontes documentais: caderno de gestante, as fichas da UBS e caderno de vacinas para consolidação do universo de estudo.

#### 4.6.2 Organização dos grupos focais

Para o agendamento dos GF foram solicitadas sugestões de datas em dias e horários convenientes para as usuárias, profissionais e as USF. Criou-se códigos para todos os grupos focais a serem realizados, sendo a nomenclatura estruturada da seguinte forma: iniciais do grupo de mulheres (M), ACS (ACS), profissionais (P) + número ordinal da realização + iniciais da USF. Por exemplo:

**P1CM = Profissionais+ 1(primeiro grupo realizado) + CaravelasMangueiral**

Para realização dos grupos de profissionais da saúde, as UBS foram agrupadas de acordo com a localização.

Tabela 6 – Grupos focais segundo a USF e participantes.

<b>CÓDIGO</b>	<b>Composição</b>	<b>Participantes</b>
P1	USF Caravelas	10
	USF Mangueiral	
P2	USF Peptal	9
	USF São João de Cortes	
P3	USF Raimundo Sú	6
	USF Japeú	
P4	USF Oitiua	8
	USF Cujupe	
	USF Raimundo Sú	
<b>TOTAL</b>		<b>33</b>

A organização de grupos dos agentes comunitários seguiu a mesma lógica, onde cada USF convidou, em média cinco participantes para composição da coleta, conforme organização abaixo:

Tabela 7 – Grupos focais de ACS segundo a USF e participantes.

<b>CÓDIGO</b>	<b>Composição</b>	<b>Participantes</b>
ACS1	USF São João de Cortes	14
	USF Peptal	
	USF Peroba de Cima	
ACS2	USF Japeú	12
	USF Raimundo Sú	
ACS3	USF Cujupe	9
	USF Oitiua	
<b>TOTAL</b>		<b>35</b>

Para o convite de usuárias, seguiu-se com a seguinte organização: grupos um, dois e três foram convidadas cinco mulheres de cada unidade, para o grupo quatro, foram convidadas quatro mulheres de cada unidade.

Tabela 8 – Grupos focais de usuárias segundo a USF e participantes.

<b>CÓDIGO</b>	<b>Composição</b>	<b>Participantes</b>
M1	USF São João de Cortes	9
	USF Peptal	
	USF Peroba de Cima	
M2	USF Peptal	12
	USF Caravelas	
M3	USF Raimundo Sú	10
	USF Japeú	
M4	USF Cujupe	11
	USF Oitiua	
<b>TOTAL</b>		<b>42</b>

No total foram entrevistados 110 profissionais e usuárias da Estratégia Saúde da Família no município de Alcântara.

#### **4.7 Análise de dados**

Foi realizada análise de conteúdo na modalidade temática com os seguintes passos: pré-análise (transcrição das entrevistas, leitura exaustiva, flutuante e interrogativa do material, apreensão das ideias centrais e determinação da unidade de registro e unidade de contexto); categorização e exploração (apreensão do núcleo de compreensão do texto, busca

de expressões ou palavras significativas, em torno das quais as falas se organizavam); e interpretação (BARDIN, 2011).

Os dados foram importados para o software Excel do pacote Office 2016 como recurso tecnológico para subsidiar a análise de dados. Conforme aponta Bardin (2011) dentre as consequências positivas com o uso do computador, especificamente sobre a ótica da análise de conteúdo, estão a rapidez, o rigor investigativo, a flexibilidade para que sejam introduzidas novas instruções de análise, o armazenamento que permite a reprodução e a troca de informações com quem se está trabalhando no projeto e existindo a possibilidade de manusear dados complexos. Sendo possível fazer uso da criatividade e da reflexão como peças fundamentais para que se alcance os resultados desejados.

Organizou-se uma planilha com a codificação das falas, considerando os objetivos da presente pesquisa. Após investigação imersiva dos materiais, cada fala selecionada foi classificada em categorias temáticas. Com esta primeira segmentação, procedeu-se com a identificação das unidades de significação dentro de cada categoria para organização dos achados com a composição dos núcleos temáticos.

Utilizou-se a triangulação de pesquisadores para validação dos achados da pesquisa em três fases: duas validações com grupos de pesquisadores experientes, uma validação com pesquisadora com expertise e experiência no tema. O processo de triangulação tem o objetivo de validação do processo de investigação, enriquecimento e complementariedade, qualificando as análises produzidas (SANTOS *et al.*, 2020). Os dados de diários de campo realizados na pesquisa serviram para nortear e contextualizar as interpretações conduzidas no processo de análise e interpretação dos achados.

#### **4.8 Aspectos éticos**

O projeto “*Engaging users for quality enhancement and rights (Eu Quero): strengthening the maternal and child health care system over the first 1000 days in Brazil*” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, CAEE nº 3.077.846 (ANEXO I). Os grupos focais foram realizados após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES E e F) por todos os participantes. Para garantir o sigilo, os nomes dos participantes foram codificados, nos quais utilizou-se a inicial das categorias e ordem numérica crescente para atribuição do código, por exemplo (P4, M3, A7).

## **5 RESULTADOS**

### **5.1 Artigo**

**DIREITOS À SAÚDE NOS PRIMEIROS 1000 DIAS DE VIDA  
DA CRIANÇA: olhares sobre a Estratégia Saúde da Família**  
(a ser submetida à Revista Cadernos de Saúde Pública. Fator de Impacto 0.57. Qualis A3)

**DIREITOS À SAÚDE NOS PRIMEIROS 1000 DIAS DE VIDA DA CRIANÇA:** olhares  
sobre a Estratégia Saúde da Família

*HEALTH'S RIGHTS IN THE FIRST 1000 DAYS OF THE CHILD'S LIFE: views on the  
Family Health Strategy*

**Stephanie Matos Silva<sup>1</sup>**

**Zeni Carvalho Lamy<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade Federal do Maranhão

Correspondência: Departamento de Saúde Pública – UFMA. Rua Barão de Itapari, 155 -  
Centro, São Luís – Maranhão.

Telefone: (98) 987668160

E-mail: stephanie.matos01@gmail.com

## **RESUMO**

Os primeiros 1000 dias de vida da criança referem-se a uma janela de tempo potencial e crítica para o crescimento e desenvolvimento saudáveis, sendo o conhecimento sobre direitos da criança nesta fase ainda pouco debatidos na literatura científica. Objetivou-se compreender conhecimentos de usuárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) quanto aos direitos à saúde das crianças nos primeiros 1.000 dias de vida. Estudo abordagem qualitativa, descritiva e analítica desenvolvido nas ESF de um município rural e quilombola do nordeste brasileiro, com profissionais, gestantes e mães de crianças de até dois anos. Foram realizados 11 grupos focais com uma amostra total de 110 participantes, sendo sete grupos com profissionais (n=68) e quatro com usuárias (n=42). Utilizou-se análise de conteúdo na modalidade temática. As categorias temáticas ancoram-se nos quatro principais campos de direitos reconhecidos ao longo dos primeiros 1000 dias de vida: fase gestacional, nascimento, aleitamento materno e acompanhamento da criança pela USF. Os direitos no período gestacional são os mais apontados, sendo o aleitamento materno mais frequente e o Bolsa Família um importante mecanismo para vinculação da criança aos serviços da USF. As questões logísticas e deficiências dos serviços de saúde são destacados como dificultadores de acesso aos direitos. Identifica-se a relevância da ESF para a garantia de direitos da criança, evidenciando o papel destes serviços para o fortalecimento e defesa do crescimento e desenvolvimentos saudáveis, ressaltando as barreiras de acesso aos serviços como entraves para a melhor qualidade da assistência nos territórios.

Palavras-chave: Direitos da Criança. Estratégia Saúde da Família. Assistência à Saúde.

## Introdução

Os primeiros 1000 dias de vida da criança englobam os 270 dias do período gestacional, 365 dias do primeiro e 365 dias do segundo ano<sup>1</sup>. O termo passou a ser utilizado em 2008, a partir de uma série de artigos da revista britânica *The Lancet* sobre desnutrição materna e infantil, que demonstrou a relevância dos primeiros anos de vida para o crescimento e desenvolvimento saudáveis na primeira infância<sup>2</sup>.

Investigações iniciais sobre déficits de crescimento e carências nutricionais demonstraram que a nutrição e investimentos biopsicossociais são aspectos ainda negligenciado na saúde materna, neonatal e infantil com impactos de curto, médio e longo prazo no desenvolvimento humano<sup>3</sup>. Assim, a garantia de direitos na infância assegura requisitos básicos para a promoção, proteção, prevenção e reabilitação da saúde desde os momentos mais precoces de vida.

A proteção da infância é produto de lutas sociais iniciadas no final do século XIX, especialmente após a Primeira Guerra Mundial<sup>4</sup>. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, insere o reconhecimento de que a criança, desde o período intrauterino, carece de cuidados e assistência especiais<sup>5</sup>.

A Convenção sobre Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas (ONU) é o instrumento de direitos humanos mais aceito na história universal, e forneceu princípios norteadores para o reconhecimento da criança como sujeito de direito no artigo 227 da Constituição Federal do Brasil de 1988 e, posteriormente, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990.

Dentre os direitos fundamentais reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e ECA, está o direito à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e seguro, promovendo condições dignas de existência<sup>6</sup>.

O Marco Legal para a Primeira Infância (Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016) estabelece princípios e diretrizes para a formulação e implementação de políticas públicas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil<sup>7</sup>.

Criada desde 2011, a Rede Cegonha foi criada como estratégia, que visa a implantação de uma rede de cuidados para fornecer o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério às mulheres e o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis nos primeiros 1000 dias de vida às

crianças<sup>8,9</sup>.

A Atenção Primária é ponto central para a garantia dos direitos à saúde no âmbito na Rede Cegonha, sendo o primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema de saúde<sup>9</sup>. A Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto modelo de organização do cuidado na Atenção Primária, e tem papel central para o acompanhamento da saúde da criança nos primeiros dias de vida, por meio do acompanhamento de famílias desde a gestação e cuidados nos anos iniciais.

Mesmo com avanços significativos no reconhecimento dos direitos da criança, ainda existem entraves, incluindo os serviços de saúde<sup>10</sup>. O investimento nos primeiros 1000 dias de vida das crianças é uma estratégia de alta prioridade, na medida em que, evidências científicas reforçam que desigualdades e condições socioeconômicas influenciam o crescimento e desenvolvimento saudáveis dos seres humanos desde momentos precoces de vida<sup>11</sup>.

A garantia dos direitos nesta fase deve ser uma das prioridades de agendas públicas para a primeira infância, tendo em vista os impactos nos indicadores de saúde do país, especialmente de mortalidade infantil<sup>12</sup>. Conforme nota-se nos indicadores de saúde, houve um decréscimo neste indicador, de 53,7 para 15,6 por 1.000 nascidos vivos entre 1990 a 2015, atingindo a meta 4 dos Objetivos do Milênio.

Os dados mostram que, em 2015, 70% dos óbitos infantis ocorreram no período neonatal, sendo 54% deles na primeira semana de vida<sup>13</sup>. A mortalidade materna ainda é um grande desafio, considerando que, em 2015, a taxa era de 59,7 por 10.000 nascidos vivos, valor ainda considerado alto em comparação com outros países em desenvolvimento<sup>13</sup>.

O cenário demonstra que os cuidados destinados à assistência aos primeiros anos de vida são cruciais para a maior qualidade dos indicadores de saúde. A defesa dos direitos à saúde é condição para a promoção de dignidade e qualidade de vida para crianças e suas famílias com repercussões a curto, médio e longo prazo.

Diante disso, o presente artigo tem por objetivo compreender conhecimentos de usuárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto aos direitos à saúde das crianças nos primeiros 1000 dias de vida.

## **Metodologia**

Estudo de abordagem qualitativa, descritiva e analítica. Segundo Minayo, a pesquisa qualitativa busca a compreensão da subjetividade humana, contextualizada e

envolvida pela cultura do grupo<sup>14</sup>.

A presente pesquisa foi realizada no período de janeiro a maio de 2019 nas Unidades Saúde da Família (USF) de um município do interior em um Estado do nordeste brasileiro, em território rural e quilombola, com profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), incluindo todos os membros das equipes de saúde: médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e usuárias de áreas adstritas das nove USF do município - gestantes e mães de crianças até 24 meses.

O primeiro contato com o campo foi realizado com a Secretaria Estadual de Saúde, que fez a articulação com a Secretaria de Saúde do Município do estudo. Em seguida, ocorreram visitas exploratórias ao campo pela equipe de pesquisa, composta por mulheres discentes de graduação e pós-graduação, bem como por docentes de instituições de ensino superior. Os gestores das USF e os ACS foram informantes chave para a identificação dos entrevistados e o agendamento dos grupos de coleta de dados.

Foi critério de inclusão, para profissionais, fazer parte das equipes da ESF há mais de seis meses. Os critérios de exclusão foram: possuir deficiência auditiva ou de fala que impossibilitasse a audição ou verbalização durante a coleta e/ou estar de férias ou licença do trabalho no período da coleta de dados.

Para as usuárias, considerou-se como critérios de inclusão: ser moradora do município, utilizar os serviços do território adscrito das equipes da ESF, estar grávida ou ter filhos de até 24 meses de idade completos no momento da coleta de dados. Foi critério de exclusão: possuir deficiência auditiva ou de fala que impossibilitasse a audição ou verbalização durante a coleta.

Para a definição da amostra do estudo, considerando o número de médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e auxiliares de saúde bucal, todos foram selecionados para participação. Para a categoria dos ACS e usuárias, diante do maior número, foi realizada escolha intencional buscando contemplar a diversidade do campo. Assim, o número final foi de 110 participantes, sendo 68 profissionais da ESF e 42 usuárias.

A técnica utilizada foi a entrevista coletiva do tipo Grupo Focal (GF). O objetivo desta ferramenta é estimular os participantes a falarem e a reagirem àquilo que outras pessoas no grupo dizem. Sendo assim, os sentidos ou representações que emergem são influenciados pela natureza social da interação do grupo, em vez de se fundamentarem apenas na perspectiva individual<sup>15</sup>. Os instrumentos foram questionário estruturado para caracterização sociodemográfica dos participantes e roteiro semiestruturado, validado em grupo focal piloto,

com as seguintes questões: noções gerais sobre direitos, direitos no período gestacional, direitos no nascimento, direitos até dois anos de vida (1000 dias).

Para a organização dos grupos focais, os participantes foram agrupados da seguinte forma: profissionais da ESF, sendo grupos separados apenas com agentes comunitários e grupos de usuárias. Foram realizados 11 GF com duração média de uma hora e meia, conduzidos por um facilitador, um relator e um observador e organizados de acordo com as informações contidas na Tabela 1.

Tabela 1 – Organização dos grupos focais realizados com quantitativo de membros.

	CÓDIGO	Quantidade	TOTAL
<b>Profissionais de saúde</b>	P1	10	<b>33</b>
	P2	9	
	P3	6	
	P4	8	
<b>Agentes comunitários de saúde</b>	ACS1	14	<b>35</b>
	ACS2	12	
	ACS3	9	
<b>Usuárias</b>	M1	9	<b>42</b>
	M2	12	
	M3	10	
	M4	11	
			<b>110</b>

As entrevistas foram transcritas e construídos os mapas de análise. Para organização dos dados, utilizou-se planilhas dinâmicas no software Excel do pacote Office 2016.

Para interpretação dos dados foi utilizada análise de conteúdo na modalidade temática com os seguintes passos: pré-análise (transcrição das entrevistas, leitura exaustiva, flutuante e interrogativa do material, apreensão das ideias centrais e determinação da unidade de registro e unidade de contexto); categorização e exploração (apreensão do núcleo de compreensão do texto, busca de expressões ou palavras significativas, em torno das quais as falas se organizavam); e interpretação<sup>16</sup>. A análise inicial foi realizada separadamente, buscando os temas identificados em cada grupo. Em etapa posterior, foram identificadas as correlações temáticas que perpassaram por todos os grupos e, a partir da análise do conteúdo foi possível identificar a categorização que sintetiza os achados.

Utilizou-se a triangulação de pesquisadores para validação dos achados da pesquisa em três fases: duas validações com grupos de pesquisadores experientes, uma validação com pesquisadora com expertise e experiência no tema. O processo de triangulação tem o objetivo de validação do processo de investigação, enriquecimento e

complementaridade, qualificando as análises produzidas<sup>17</sup>. Os dados de diários de campo realizados na pesquisa serviram para nortear e contextualizar as interpretações conduzidas no processo de análise e interpretação dos achados.

A presente pesquisa faz parte do projeto “*Engaging users for quality enhancement and rights (Eu Quero): strengthening the maternal and child health care system over the first 1000 days in Brazil*” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, CAEE nº 3.077.846. Os GF foram realizados após assinatura do TCLE por todos os participantes. Para garantir o sigilo, os nomes dos entrevistados foram codificados.

## Resultados e discussão

Foram realizados 11 grupos focais, sendo: sete com profissionais da ESF, quatro com participantes de nível superior, técnico e médio, três com agentes comunitários de saúde e quatro com usuárias das USF.

A maior parte da amostra de profissionais foi do sexo feminino, totalizando 48 participantes. A média de idades foi de 41 anos para profissionais e 24 anos para usuárias, a maioria da religião católica, seguida da religião evangélica. Quanto ao estado civil, dentre os grupos de profissionais, a maior parte estava solteiro. Dentre usuárias, a variação entre mulheres casadas, solteiras e em união consensual apresentou frequências similares.

A média de anos de atuação foi de dois anos e meio para profissionais de saúde de nível técnico, médio e superior e de aproximadamente nove anos para agentes comunitários de saúde. Nas categorias profissionais, nota-se maior expressividade de profissionais técnicos em enfermagem, seguidos de enfermeiros e médicos.

Tabela 2 – Quantitativo de categorias profissionais dos grupos focais realizados.

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Quantidade</b>
Assistente Social	1
Dentista	4
Enfermagem	9
Medicina	6
Téc. Enfermagem	10
Téc. Saúde Bucal	3

A maioria das entrevistadas foi de gestantes (n=24). Em segundo lugar, 18 mães de criança até dois anos de idade. Quanto à ocupação das usuárias, a maioria encontrava-se

desempregada no momento da pesquisa. Em segundo lugar, a classificação “do lar” para aquelas que se dedicavam integralmente aos cuidados da casa e dos filhos. Lavradora foi a terceira maior ocupação frequente, a qual é comum no município local de estudo.

Os dados sociodemográficos de usuárias corroboram com características gerais encontradas territórios quilombolas, geralmente em áreas rurais, com baixos níveis de escolaridade e renda, bem como atividades econômicas predominantemente em agricultura de subsistência, pecuária e artesanato<sup>18</sup>.

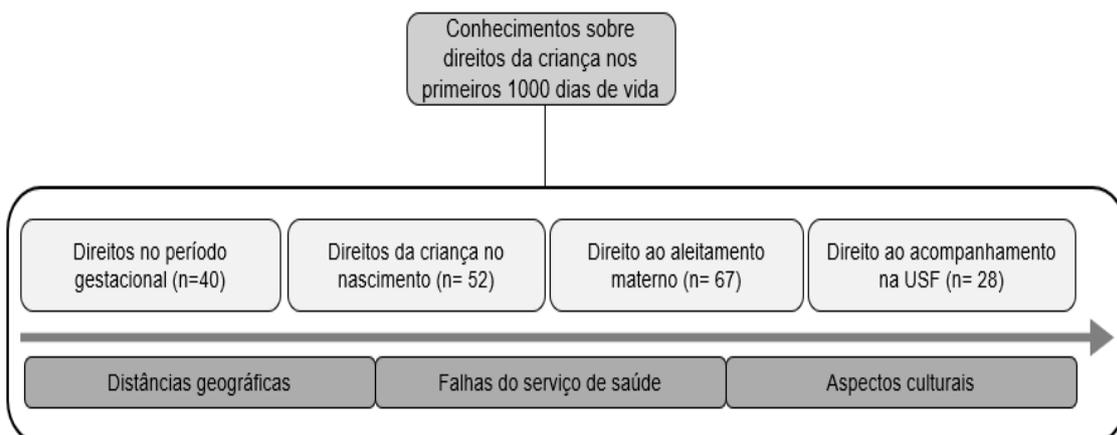
**Quadro 3 – Ocupação das usuárias participantes.**

<b>Ocupação</b>	<b>Quantidade</b>
Desempregada	15
Do lar	14
Empregada Doméstica	1
Estudante	1
Lavradora	8
Manicure	1
Operacional - Escola	1
Professora	1
<b>Total Geral</b>	<b>42</b>

O diálogo e articulação entre as falas de profissionais e usuárias se deu na discussão das categorias temáticas que se ancorou em quatro principais campos de direitos reconhecidos pelos participantes ao longo dos primeiros 1000 dias de vida: fase gestacional, nascimento, aleitamento materno e acompanhamento da criança pela USF.

As dissonâncias e confluências entre os participantes são parte da construção dos achados, representando as interfaces entre as concepções acerca de direitos e exibe o que conhecem sobre direitos, expresso em suas vivências. Distâncias geográficas, falhas do serviço de saúde e aspectos culturais transversalizaram as unidades de significação como fatores que influenciam a percepção dos direitos pelos participantes (Figura 1).

**Figura 1 - Diagrama estrutural dos achados com indicação de frequências.**



Os direitos no período gestacional são abordados, principalmente, pela garantia do pré-natal em tempo oportuno, ressaltando as consultas pré-natais. O reconhecimento das consultas no pré-natal pode indicar as repercussões da Rede Cegonha, desde sua criação, para o fortalecimento da saúde de materna e infantil desde o pré-natal.

A concepção de que o acompanhamento infantil inicia desde o período fetal, amplia a visão dos serviços de saúde para a promoção de cuidado, considerando que a saúde materna é crucial para o desenvolvimento saudável da criança<sup>2</sup>.

*A criança necessita [de acompanhamento], pra ter uma vida de qualidade, [...]principalmente nesse período da gravidez até esse período de dois anos.... é tudo aquilo que a criança tem. Nós temos pra oferecer para a criança pra tentar desenvolver melhor (ACS 10, ACSI).*

Nesta fase, os direitos da criança e da mulher parecem intercambiar-se, evidenciando a impossibilidade de separação entre a assistência destinada à gestante e à criança nesta etapa.

*O direito da mulher gestante começa a partir do momento que ela procura a unidade básica, informa que ela está grávida e começa o pré-natal (USUÁRIA 5, M4).*

A fala da usuária demarca a concepção de que reconhecimento da gestação pelo serviço de saúde como um mecanismo de garantia de direitos. Ao que parece indicar, para as usuárias, o direito é percebido quando localizado no âmbito institucional da ESF, mas não como intrínseco à existência humana. O direito de mulheres e crianças deve ser assegurado em todos os contextos, lugares e temporalidades.

A recomendação do Ministério da Saúde é de que, durante o pré-natal, haja realização de, no mínimo, seis consultas pré-natais<sup>8</sup>. O acompanhamento com profissional de saúde durante o pré-natal é um direito que deve ser assegurado para a promoção e manutenção da saúde de mulheres e crianças<sup>10</sup>.

O número de consultas oportuniza maior contato e avaliações, atuando na qualidade do acompanhamento de gestantes e suas crianças<sup>19, 20</sup>, bem como momentos para

fornecimento de orientações e informações importantes sobre este período.

*Atenção da equipe, em relação [...] à unidade básica. Nós temos que ter atenção redobrada, porque todo mundo sabe que uma gestante a atenção é diferente, né? Isso é o que nós queremos durante a gravidez, né? Nós procuramos por muita atenção (USUÁRIA 15, M4).*

Há evidência da relação entre o acompanhamento materno durante o pré-natal e o seguimento de puericultura de seus filhos<sup>21</sup>. Este fato insere a falta de contatos com a USF, desde o período gestacional, como indicador relevante da assistência ao longo dos 1000 dias de vida. Internações em menores de um ano, são causadas por condições relacionadas à baixa qualidade do pré-natal e, portanto, passíveis de serem prevenidas pelos serviços de APS<sup>22</sup>.

Benefícios sociais de transferência de renda, especialmente o Programa Bolsa Família, são ressaltados como ferramentas que viabilizam a melhora da vinculação das crianças à USF, desde a fase gestacional, assegurando acompanhamento e maior assiduidade no serviço de saúde.

*Se você chegar e falar que vai ser cortado o benefício, rapidinho vem vacinar. Uma fila que a gente não dá nem conta (PROF 3, P1).*

Dados demonstram os impactos positivos do Programa Bolsa Família para a redução da mortalidade infantil e da qualidade nutricional das famílias<sup>23, 24</sup>.

*“A preocupação maior delas também é por conta do Bolsa Família, porque elas sabem que se não tiver o acompanhamento, pode acarretar na suspensão do benefício. E a gente também tá sempre colocando isso pra tentar trazê-las pra nós!”*

*(ACS 8, ACS1)*

Em certos momentos, profissionais de saúde ressaltam o Bolsa Família como uma ferramenta de controle, considerando que a perda do benefício é temida pelas usuárias. Ao dinheiro, é atribuído um caráter negativo, na medida em que estes participantes parecem indicar que o incentivo é o único motivador para a adesão aos cuidados da criança no serviço de saúde.

Usuárias apontam a carência de consultas médicas, tanto no pré-natal quanto no acompanhamento de seus filhos pelo profissional da pediatria. Em muitos momentos, as falas de usuárias e profissionais ressaltam o foco no saber da medicina. Estes olhares reproduzem a

influência do modelo biomédico na concepção destas participantes e que se reforça na fala de profissionais de saúde em que, muitas vezes, os profissionais médicos são os que mais falam.

*É o acompanhamento. Tanto da enfermeira como do, do médico que é o que a gente não tá tendo, só da enfermeira (USUÁRIA 10, M1).*

As práticas em saúde, centradas no saber unicamente médico, ainda são uma marca do acompanhamento infantil na APS<sup>25, 26</sup>. Considerando a relevância do olhar integral para a saúde da criança nos primeiros anos de vida, ainda é necessária a promoção de olhares interdisciplinares nas práticas em saúde da criança neste nível de atenção, além disso, ressalta-se a relevância da consulta de enfermagem e seu potencial educativo nos cuidados destinados à infância<sup>27</sup>.

Outro resultado encontrado foi que os profissionais da ESF tenderam a reconhecer como direitos, questões ligadas às suas práticas assistenciais cotidianas, o que pode indicar uma visão fragmentada da assistência à saúde como garantia de direitos.

*Na minha época de acadêmico já se fazia assim [...] essa preconização aí? (contato pele a pele), só que não me disseram que era um direito do bebê, me disseram que era bom pro bebê (PROF 3, P3).*

Este aspecto ressalta o papel da Educação Permanente em Saúde para o fortalecimento dos direitos da criança. A assistência à saúde é um direito da criança reconhecido em normativas legais e inclui o atendimento adequado e integral e o dever do Estado em garanti-la<sup>25</sup>.

A falta de capacitação dos profissionais de saúde que atendem crianças na USF é um fator de grande influência para o déficit na avaliação do desenvolvimento ao longo dos primeiros 1000 dias de vida<sup>28</sup>. Como agravante do contexto apresentado, estão as marcantes entraves no atendimento de territórios quilombolas, com falhas da Atenção Primária na assistência à saúde, como centralidade do paradigma biomédico e atendimento fragmentado da população<sup>18</sup>.

Estes aspectos podem estar relacionados às dificuldades de disseminação de informações sobre direitos por meio da ação da equipe da ESF no território com necessidade de fortalecimento da ação conjunta para defesa dos direitos da criança nos primeiros anos de vida.

Em muitos momentos, nota-se que profissionais de saúde deslegitimam a

experiência das usuárias, atribuindo a elas um caráter negativo de falta de interesse pelos direitos de seus filhos. Para os profissionais de saúde, as usuárias “resistem” ao serviço de saúde não atribuindo importância a efetivação de seus direitos. Essa abordagem perpassa por todos os grupos de profissionais, atribuindo caráter negativo à postura em que, aparentemente, exibem no cuidado à saúde de seus filhos.

*Muitas delas não comparecem ao pré-natal, digamos, porque já existe uma cultura [...] enraizada de que infelizmente elas não precisam, né? Do pré-natal [...] eu já tive gestantes que eu tive que ir até onde elas muitas vezes porque elas não vão de jeito nenhum, né? Tem que fazer realmente a busca ativa dessas mulheres porque para elas não é importante o pré-natal, porque por mais que você fale, aquilo pra elas não tem uma importância significativa, entendeu? (PROF 2, P3).*

Profissionais de saúde apontam a falta de engajamento dos cuidadores, marcadamente as mães, no comparecimento à USF. De maneira geral, as mães são as que mais levam as crianças ao serviço de saúde, sendo as cuidadoras mais qualificadas para relatar os cuidados à saúde da criança<sup>29</sup>.

*Nós temos de dar o direito pra eles [para as crianças], de fazer nosso dever e dá o direito, inicialmente, no primeiro mês, até os dois anos e quanto também a gestante (ACS 20, ACS2).*

Pode-se inferir quebra na relação estabelecida entre profissionais e usuárias. Nota-se que, nos grupos de usuárias, as causas possíveis da menor busca deste público ao serviço de saúde são demarcadas pela falta de vínculo entre equipe de saúde e comunidade, bem como as barreiras geográficas e de serviço de saúde que se demarcam no território pesquisado.

A responsabilização do profissional, para com o estado de saúde de usuários, constitui um dos elementos essenciais de um efetivo acolhimento, sendo o vínculo relevante para maior integração aos serviços de saúde<sup>27</sup>. É papel de profissionais de saúde realizarem o acolhimento por meio de habilidades comunicativas, demonstrando compreensão do problema, interesse em ajudar e esclarecimentos para o fortalecimento do cuidado<sup>27</sup>.

É constantemente mencionada a questão logística do município como um fator que inviabiliza o deslocamento no território. Para as usuárias, as barreiras geográficas dificultam o acesso entre suas casas e o serviço de saúde. Já para profissionais, são entraves para a busca ativa no território e realização de visitas domiciliares.

*Tem que sair daqui de madrugada... é muito ruim, quem não tem um transporte, ainda mais quem está gestante, aí tem que enfrentar uma fila e, às vezes, quando enfrenta a fila ainda não recebe a senha. [...] (USUÁRIA 9, M1).*

*Aqui na nossa realidade [...] é mais é a distância, o acesso, das microáreas que ficam localizadas muito distante, um intervalo de tempo de acho que de 12km até a UBS. Nesse período, principalmente agora chuvoso, a estrada, a distância é o que prejudica mais (ACS 8, ACS3).*

*Existe essa dificuldade nessa mobilidade delas, por conta do financeiro... é... pra nós também, nós temos essa dificuldade muito grande em reuni-las, porque na área na qual eu trabalho, eu não tenho [...] três/quatro gestantes só num povoado [...] eu tenho uma gestante aqui, eu tenho uma gestante lá na ponta, eu tenho uma no meio, e aonde tudo fica muito longe (PROF 2, P2).*

Dificuldades relacionadas às distâncias entre o serviço de saúde e residências de usuárias são considerados fatores que impactam diretamente na assistência destinada no período pré-natal<sup>30</sup>, e de acesso das crianças no serviço de saúde<sup>26</sup>.

Cabe ressaltar, que a saúde de populações quilombolas encontra alguns fatores que dificultam o seu desenvolvimento, dentre eles: barreiras socioeconômicas e culturais associadas ao isolamento geográfico, as baixas condições de vida e moradia que são estão ligadas ao atraso na melhoria da qualidade de vida desse grupo populacional<sup>18</sup>.

Dificuldades no fornecimento de exames e medicamentos são identificados como direitos não garantidos pela rede assistencial do município.

*Até hoje ainda tá difícil por exemplo: fornecer um medicamento pra uma gestante. Eu estou há meses sem sulfato ferroso, o que que eu digo pra aquela gestante? “Olha meu bem, você vai ter que comprar, porque senão você não vai tomar o sulfato ferroso (PROF 2, P3).*

Destaca-se a suplementação de ferro no período pré-natal como uma das intervenções que afetam a desnutrição materna e infantil<sup>2</sup>. A deficiência de ferro na gestação tem consequências que podem culminar na anemia gestacional e consequentemente acarretar em prejuízos ao desenvolvimento e crescimento fetal<sup>31</sup>.

O contato pele a pele, teste do pezinho e registro civil foram os direitos da criança mais citados no nascimento. É importante observar que são mais reconhecidos pelos grupos de usuárias, porém menos citados pelos grupos de profissionais.

*Botar em cima da mãe, entendeu? Que é o primeiro contato que ele vai ter com a mãe (Usuária 11, M1).*

Há ênfase ao aleitamento materno em todos os grupos realizados, com destaque para orientações sobre amamentação no serviço de saúde ou nas vivências da amamentação pelas usuárias.

*A gente tem que orientar pra que a gente consiga segurar essa amamentação por no mínimo até seis meses. E que não introduza outros alimentos [...] até os 6 meses (PROF 7, PICM).*

O aleitamento é o tema que profissionais de saúde mais demonstram conhecer<sup>32,31</sup>. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o aleitamento materno exclusivo é recomendado até os seis meses de vida e até os dois anos de forma complementar, por livre demanda da criança<sup>8</sup>. A realização do pré-natal no serviço público é um fator positivo para o seguimento da amamentação, o que ressalta o papel do SUS e da Atenção Primária no fortalecimento deste direito à saúde<sup>33</sup>.

*Eu acho que é um direito o leite materno ser fornecido para a criança porque, né? Alimenta a criança e é como meus avós diziam, né? Evita a criança de pegar vários outros tipos de... coisas que não devem, então, a alimentação da criança, ela é muito importante [...] O recomendado é até os dois anos [...] eu não sei se o agente de saúde ou o médico já disse pra vocês, mas só que eles dizem, o direito da amamentação da criança é até os dois anos de idade (USUÁRIA 16, M4OC).*

O aleitamento materno contribui para o crescimento e desenvolvimento infantil, com o fortalecimento do sistema imunológico e redução de má oclusão dentária, proteção contra o excesso de peso e diabetes mellitus em idades mais avançadas<sup>33</sup>.

Apesar de ter sido apontado em todos os grupos, a abordagem do tema apresenta-se de maneira diferenciada nos grupos de profissionais. Para estes, crenças e questões culturais são dificultadores da efetivação deste direito, o que impede a realização da amamentação em tempo recomendado pelas normativas.

*O aleitamento seria exclusivamente dar o leite do peito, mas elas não obedecem a regra, todas entram com farinha de macaxeira, péssimo! Mas a gente não pode falar porque é um fator cultural [...] é difícil se erradicar costumes já ancestrais, que é uma alimentação paralela que é feita em casa (PROF 3, PICM).*

Nota-se, na fala do profissional, a atribuição negativa aos fatores culturais presentes no contexto da USF. É relevante salientar que o papel do vínculo entre profissionais e usuárias para o fortalecimento da amamentação.

O desconhecimento dos benefícios do aleitamento torna as mães mais vulneráveis à creditação de mitos sobre o valor nutricional deste alimento<sup>34</sup>. A prevalência de aleitamento materno exclusivo diminui à medida que aumenta a idade da criança, pois a probabilidade da introdução de outros líquidos e alimentos também aumenta<sup>20</sup>.

*E aí elas dizem também que o peito não sustenta, porque a criança chora muito e aí faz logo um mingau de [farinha e [...]] Eu não sei... é difícil, eu acho que não existe nenhuma por aqui que amamente 6 meses (ACS 4, ACS3OC).*

O fornecimento de orientações quanto a amamentação é um dos fatores de impacto na saúde ao longo dos primeiros 1000 dias de vida. O número de consultas pré-natais está relacionado ao maior seguimento longitudinal da amamentação<sup>20</sup>, na medida em que gera mais oportunidade de contatos com usuárias. Assim, profissionais de saúde devem lançar mão de habilidades e ferramentas para promoção e apoio ao aleitamento materno<sup>31</sup>.

A população quilombola ainda luta por igualdade de direitos, pela posse e regularização fundiária de suas terras, pela ampliação de uma cidadania plena e pela equidade na saúde pública no nosso país<sup>35</sup>. Estes fatores, atrelados às barreiras do serviço de saúde no município afetam a efetivação das ações da ESF na comunidade e se fazem presentes na proteção de direitos nos 1000 dias de vida.

### **Considerações finais**

O direito à saúde é uma conquista social marcante para o exercício da cidadania e é produto de lutas e movimentos que buscaram a garantia de uma vida mais digna para todos. No Brasil, o SUS é a expressão desse processo e concretiza os esforços para sistematização de normativas legais em ações de atenção, cuidado e assistência à população.

A infância e, especialmente os anos iniciais, tem se delineado como prioridade na agenda pública diante das evidências que demonstram as diversas vulnerabilidades presentes nessa fase, bem como os impactos das exposições nestes momentos ao longo da vida. Inúmeros esforços realizados no âmbito das políticas públicas para a saúde ainda não foram

suficientes para reduzir as barreiras ainda marcantes de acesso aos serviços de saúde.

Nota-se que os conhecimentos sobre direitos da criança nos primeiros 1000 dias de vida ainda são fragmentados e influenciados por inúmeros entraves que atuam para a vinculação de crianças e cuidadores aos serviços de saúde. Além disso, ainda foi possível notar que direitos sociais como creches, brincar, escolas e contexto familiar promotor de desenvolvimento saudável não foram citados.

Identifica-se a relevância da ESF para a garantia de direitos da criança, evidenciando o papel destes serviços para o fortalecimento e defesa do crescimento e desenvolvimentos saudáveis por meio da disseminação de conhecimentos sobre a temática nos territórios, bem como a necessidade de fortalecimento da Educação Permanente em Saúde para munir profissionais de saúde para a assistência à saúde de criança ao longo dos 1000 dias de vida.

Os dados sobre avaliação da qualidade da atenção prestada à assistência à saúde da criança nos primeiros 1000 dias indicam desafios para a implantação dos direitos como consequência de diversos desafios práticos da Estratégia Saúde da Família. As contribuições deste estudo, portanto, podem promover discussões sobre o reflexo dos marcos regulatórios no cotidiano das famílias e sobre como as equipes de saúde atuam na defesa dos direitos da criança.

## **Colaboradores**

S. M. Silva participou na concepção e projeto; coleta de dados, análise e interpretação dos dados; redação; aprovação final da versão a ser publicada. Z. C. Lamy participou na concepção e projeto; coleta de dados, análise e interpretação dos dados; revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada.

## **Informações adicionais**

ORCID: Stephanie Matos Silva (0000-0003-4249-7898); Zeni Carvalho Lamy (0000-0002-9332-0542).

## **Referências**

1. Cunha AJLA da, Leite ÁJM, Almeida IS de. Atuação do pediatra nos primeiros mil dias da criança: a busca pela nutrição e desenvolvimento saudáveis. *J Pediatr*. [Internet]. 2015 [Citado 2019 maio 24]; 91(6):S44–51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v91n6s1/0021-7557-jped-91-06-s1-0s44.pdf>.
2. Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, Cousens S, Dewey K, Giugliani E, et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet*. [Internet]. 2008 [Citado 2020 dez. 07]; 371(9610):417–40. Disponível em: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(07\)61693-6/abstract](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(07)61693-6/abstract).
3. Horton R. Maternal and child undernutrition: an urgent opportunity. *Lancet* [Internet]. 2008 [Citado 2020 jan. 08]; 371(9608):179. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18207569/>.
4. Teixeira GCA. Os direitos fundamentais da criança e do adolescente e os instrumentos internacionais de proteção da infância: em busca de sua complementaridade. *Rev Bras Direito Const*. [Internet]. 2015 [Citado 2020 dez. 07]; 22(1):13–28. Disponível em: <http://www.esdc.com.br/seer/index.php/rbdc/article/download/347/340>.
5. Didonet V. Trajetória dos direitos da criança no Brasil - de menor desvalido a criança cidadã, sujeito de direitos. In: Brasil. Senado Federal. Câmara dos Deputados. Primeira Infância: avanços do marco legal da primeira infância. Caderno de Trabalhos e Debates [Internet]. [Citado 2019 maio 24]; Brasília: Centro de Estudos e Debates Estratégicos; 2016. p. 60–76. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudios/pdf/obra-avancos-do-marco-legal-da-primeira-infancia>.
6. Brasil. ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. [Internet]. [Citado 2019 mar. 03]; Brasília; 2019. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/todas-as-noticias/2019/maio/governo-federal-lanca-nova-edicao-do-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-eca/ECA2019digital.pdf>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. [Internet]. [Citado 2019 mar. 03]; Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica\\_Nacional\\_de\\_Atencao\\_Integral\\_a\\_Saud\\_e\\_da\\_Crianca\\_PNAISC.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saud_e_da_Crianca_PNAISC.pdf).
8. Brasil. Ministério da Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. [Internet]. [Citado 2019 abr. 29]; Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. [Internet]. [Citado 2019 mar. 03]; Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html).
10. Ceccon C. As crianças são o Brasil de hoje: elas não podem esperar. In: Brasil. Senado Federal. Câmara dos Deputados. Primeira Infância: avanços do marco legal da primeira infância. Caderno de Trabalhos e Debates [Internet]. [Citado 2019 maio 24]; Brasília: Centro de Estudos e Debates Estratégicos; 2016. p. 76-81. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudios/pdf/obra-avancos-do->

marco-legal-da-primeira-infancia.

11. Victora C. Evidências científicas sobre a importância da primeira infância: a estratégia dos 1000 dias. In: Brasil. Senado Federal. Câmara dos Deputados. Primeira Infância: avanços do marco legal da primeira infância. Caderno de Trabalhos e Debates [Internet]. [Citado 2019 maio 24]; Brasília: Centro de Estudos e Debates Estratégicos; 2016. p. 103-107. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudios/pdf/obra-avancos-do-marco-legal-da-primeira-infancia>.
12. Fujimoto G. Cenário mundial das políticas de primeira infância. In: Brasil. Senado Federal. Câmara dos Deputados. Primeira Infância: avanços do marco legal da primeira infância. Caderno de Trabalhos e Debates [Internet]. [Citado 2019 maio 24]; Brasília: Centro de Estudos e Debates Estratégicos; 2016. p. 24-59. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudios/pdf/obra-avancos-do-marco-legal-da-primeira-infancia>.
13. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 jun. [Citado 2019 maio 24]; 23(6): 1915-1928. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601915&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601915&lng=en). Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>.
14. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Cien Saude Colet. [Internet]. 2012 [Citado 2019 maio 24]; 17:621-626. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>.
15. Gaskell G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer ME, Gaskell G (edi.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 7. ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. 1. ed. São Paulo: Almedina; 2011. 280 p.
17. Santos KS, Ribeiro MC, Queiroga D, Silva IAP, Ferreira SMS. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. Cien Saude Colet. [Internet]. 2020 fev. [Citado 2021 jan. 05]; 25:655–64. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000200655](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000200655).
18. Cardoso CS, Melo LO, Freitas DA. Condições de saúde nas Comunidades Quilombolas. Rev enferm UFPE [Internet]. 2018 abr. [Citado 2021 jan. 20]; 12(4):1037-45. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110258/28665>. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a110258p1037-1045-2018>.
19. Silveira LI, Andrade F, Di Dea B, Muller EV, Silva Junior MF. Fatores associados ao número de consultas no pré-natal: análise segundo a autopercepção de usuárias da atenção primária no Brasil. Arq Catarinenses Med. [Internet]. 2020 [Citado 2021 jan. 13]; 49(2):29–42. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/565>.
20. Alves JS, Oliveira MIC de, Rito RVVF. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. Cien Saude Colet. [Internet]. 2018 abr. [Citado 2020 dez. 07]; 23:1077–88. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000401077&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000401077&lng=en&nrm=iso).

21. Schmitt LR, Corrêa BP, Nunes IM, Mariot MDM, da Silva CH. A puericultura no primeiro ano de vida—uma avaliação na atenção primária em saúde. *Rev Rede Cuid em Saúde*. [Internet]. 2020 nov. [Citado 2021 jan. 22]; 14(2). Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/view/6383/3327>.
22. Couto C, Sanine P, Dias A, Mendonça C, Machado D, Carrapato J et al. Avaliação da saúde da criança em serviços de atenção primária e sua integração em rede no interior do estado de São Paulo/Brasil. *An Inst Hig Med Trop (Lisb)*. [internet]. 2019 [Citado 2020 jan. 08]; 71–80. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/322>.
23. Coelho PL, Melo ASS de A. Impacto do Programa “Bolsa Família” sobre a qualidade da dieta das famílias de Pernambuco no Brasil. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2017 [Citado 2021 fev. 20]; 22:393–402. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n2/393-402/>.
24. Silva ESA, Paes NA. Programa Bolsa Família e a redução da mortalidade infantil nos municípios do Semiárido brasileiro. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2019 [Citado 2020 set. 17]; 24:623–30. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2019.v24n2/623-630/>.
25. Damasceno SS, Nóbrega VM, Coutinho SED, Reichert APS, Toso BRGO, Collet N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2016 set. [Citado 2021 fev. 20]; 21:2961–73. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000902961&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902961&lng=en&nrm=iso).
26. Silva GS, Alves CRL. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. *Cad Saude Publica*. [Internet]. 2019 [Citado 2021 jan. 22]; 35:e00095418. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2019.v35n2/e00095418>.
27. Silva KD, Araújo KD, Sales LKO, Valença CN, Morais FRR, Morais IF. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na visão de mães da estratégia saúde da família. *Rev. Bras. Pesqui. Saúde*. [Internet]. 2014 abr./jun. [Citado 2019 maio 24]; 67–75. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/9288/6463>.
28. Araújo BC, Gerzson LR, Almeida CS. Aspectos avaliativos do desenvolvimento infantil na atenção básica: uma revisão integrativa. *Arq Ciências da Saúde*. [Internet]. 2020 nov. [Citado 2021 jan. 20]; 27(1):56–60. Disponível em: <https://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/1462>.
29. Morais JMO, Nogueira CMCS, Moaris FRR. Acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde para crianças de 0 a 9 anos First contact access in primary health care for children from 0 to 9 years old. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online*. [Internet]. 2017 [Citado 2019 out. 28]; 9(3):848–56. Disponível em: [http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5575/pdf\\_1](http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5575/pdf_1).

30. Tenorio LV, de Azevedo EB, Barbosa JCG, Lima MKS, Pereira MM de BS, Barbosa HCV. Fatores que dificultam o diagnóstico precoce da sífilis na gestação. *Res Soc Dev*. [Internet]. 2020 [Citado 2021 jan. 22]; 9(9):e377997225–e377997225. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/7225/6539/108100>.
31. Bomfim VVBS, Santos Aleluia E, Santana TS, Silva TRC, Oliveira LA, Brito AS et al. Repercussões da deficiência de ferro durante a gestação e puerpério para o binômio materno-fetal. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. [Internet]. 2020 [Citado 2021 jan. 20]; 12(12):e5154–e5154. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5154>.
32. Nunes BS, Gubert MB, Bortolini GA. As recomendações oficiais sobre amamentação e alimentação complementar são acessíveis e conhecidas pelos profissionais de saúde brasileiros? *Demetra aliment nutr saúde*. [Internet]. 2019 nov. [Citado 2020 jan. 08]; 14:43327. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/43327/31111>.
33. Jesus AS, Santos MYF, Jesus Santos JM, Freitas CKAC, Mendes RB, Leite AM et al. Amamentação na primeira hora de vida entre mulheres do Nordeste brasileiro: prevalência e fatores associados. *Rev Eletrônica Enferm*. [Internet]. 2020 [Citado 2020 set. 12]; 22. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/58772>.
34. Maranhão TA, Gomes KRO, Nunes LB, Moura LNB. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. *Cad. Saúde Coletiva*. [Internet]. 2015 [Citado 2020 jan. 08]; 23(2):132–9. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-132.pdf>.
35. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev. CEFAC* [Internet]. 2011 out. [Citado 2021 fev. 12]; 13(5):937-943. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462011000500019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462011000500019&lng=en).

## ABSTRACT

The first 1000 days of a child's life is a potential and critical window of time for healthy growth and development, and knowledge about children's rights at this stage is still little debated in the scientific literature. The objective was to understand the knowledge of users and professionals of the Family Health Strategy (FHS) regarding the rights to health of children in the first 1,000 days of life. Exploratory study with a qualitative, descriptive and analytical approach developed in the ESF of a rural and quilombola municipality in northeastern Brazil, with professionals, pregnant women and mothers of children up to two years old. Eleven focus groups were conducted with a total sample of 110 participants, seven groups with professionals (n = 68) and four with users (n = 42). Thematic content analysis was used. The thematic categories are anchored in the four main fields of rights recognized throughout the first 1000 days of life: gestational phase, birth, breastfeeding and monitoring of the child by the USF. The rights in the gestational period are the most pointed, being the most frequent breastfeeding and The Bolsa Familia Programme is an important mechanism for linking the child to the services of the FHU. Logistical issues and deficiencies in health

services are highlighted as hindering access to rights. The relevance of the FHS to guarantee the rights of the child is identified, highlighting the role of these services in strengthening and defending growth and healthy developments, highlighting the barriers to accessing services as barriers to the best quality of care in the territories.

Keywords: Children's Rights. Family Health Strategy. Health Care.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O investimento nos primeiros 1000 dias de vida das crianças é uma estratégia de alta prioridade para as intervenções de políticas, serviços e programas de luta contra a pobreza e mudanças no desenvolvimento social. A assistência à saúde da criança nos primeiros 1000 dias ainda é permeada por desafios que indicam desafios para a implantação dos direitos.

O diálogo entre as vivências e visões de profissionais de saúde e usuárias ressalta as distâncias entre as preconizações legais e o que é vivenciado no contexto das famílias nos territórios onde as barreiras de acesso exibem-se em diversas esferas: seja em acesso à insumos, recursos, estruturas físicas, sociais que barram a efetivação de uma vida digna e saudável para crianças nos primeiros 1000 dias de vida.

Para a efetivação de direitos é fundamental o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e Atenção Primária como coordenadoras do cuidado destinado a crianças e gestantes. As barreiras se transversalizam de diversas formas ao longo do desenvolvimento infantil, sendo notórias as dificuldades para o acompanhamento longitudinal durante o período estudado, especialmente pelo desconhecimento de muitas esferas dos direitos nesta fase, inclusive com o não reconhecimento dos primeiros 1000 dias de vida como uma fase marcante do desenvolvimento humano.

As contribuições deste estudo, portanto, promovem discussões sobre o reflexo dos marcos regulatórios no cotidiano das famílias e sobre como as equipes de saúde atuam na defesa dos direitos da criança, ressaltando os desafios práticos para o exercício cidadão em momentos precoces do desenvolvimento humano.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ordália Alves. O Marco Legal da Primeira Infância: quais infâncias, quais crianças? *In*: BRASIL. Senado Federal. Câmara dos Deputados. **Primeira Infância: avanços do marco legal da primeira infância**. Caderno de Trabalhos e Debates. Brasília: Centro de Estudos e Debates Estratégicos, 2016. p. 133-141. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudios/pdf/obra-avancos-do-marco-legal-da-primeira-infancia>. Acesso em: 13 abr. 2019.

ALVES, Jessica de Souza; OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; RITO, Rosane Valéria Viana Fonseca. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1077-1088, abr. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000401077&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000401077&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 07 dez. 2020.

ARAÚJO, Bruna Cândido; GERZSON, Laís Rodrigues; DE ALMEIDA, Carla Skilhan. Aspectos avaliativos do desenvolvimento infantil na atenção básica: uma revisão integrativa. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 27, n. 1, p. 56-60, nov. 2020. Disponível em: <https://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/1462>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BAPTISTA, Myrian Veras. Algumas reflexões sobre o sistema de garantia de direitos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 109, p. 179-199, mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ssoc/n109/a10n109.pdf>. Acesso em: 12 maio 2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BHUTTA, Zulfiqar A. *et al.* What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. **The Lancet**, v. 371, n. 9610, p. 417-40, fev. 2008. Disponível em: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(07\)61693-6/abstract](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(07)61693-6/abstract). Acesso em: 07 dez. 2020.

BLACK, Robert E. *et al.* Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. **The Lancet**, v. 371, issue 9608, jan. 2008. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(07\)61690-0.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(07)61690-0.pdf). Acesso em: 07 dez. 2020.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOMFIM, Vitoria Vilas Boas da Silva *et al.* Repercussões Da Deficiência de Ferro Durante a Gestação e Puerpério Para o Binômio Materno-Fetal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 12, p. e5154–e5154, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5154>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>. Acesso em: 29 abr. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2015. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html). Acesso em: 3 mar. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Relatório avaliativo: Eca 25 anos**. Brasília, 2016a. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/relatorio-avaliativo-eca-25-anos-direitos-reducao.pdf/view>. Acesso em: 3 mar. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Lei Nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2016b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm). Acesso em: 3 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html). Acesso em: 3 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica\\_Nacional\\_de\\_Atencao\\_Integral\\_a\\_Saude\\_d\\_a\\_Crianca\\_PNAISC.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_d_a_Crianca_PNAISC.pdf). Acesso em: 3 mar. 2019.

BRASIL. **ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/todas-as-noticias/2019/maio/governo-federal-lanca-nova-edicao-do-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-eca/ECA2019digital.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2019.

BRYCE, Jennifer *et al.* Maternal and child undernutrition: effective action at national level. **The Lancet**, v. 371, issue 9611, jan. 2008. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(07\)61694-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(07)61694-8.pdf). Acesso em: 07 dez. 2020.

CAMPOS, Mariana Lopes de *et al.* Percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na atenção básica. **J Nurs Health**, v. 6, n. 3, p. 379-90 380, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/7949>. Acesso em: 12 jul. 2020.

CARDOSO, Clarissiane Serafim; MELO, Leticia Oliveira; FREITAS, Daniel Antunes. Condições de saúde nas Comunidades Quilombolas. **Rev enferm UFPE**, v. 12, n. 4, p. 1037-45, abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110258/28665>. Acesso em: 20 jan. 2021.

CECCON, Claudius. As crianças são o Brasil de hoje: elas não podem esperar. *In*: BRASIL. Senado Federal. Câmara dos Deputados. **Primeira Infância: avanços do marco legal da primeira infância**. Caderno de Trabalhos e Debates. Brasília: Centro de Estudos e Debates Estratégicos, 2016. p. 76-81. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudios/pdf/obra-avancos-do-marco-legal-da-primeira-infancia>. Acesso em: 24 maio 2019.

COELHO, Pedro Lima; MELO, Andrea Sales Soares de Azevedo. Impacto Do Programa “Bolsa Família” Sobre a Qualidade Da Dieta Das Famílias de Pernambuco No Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 393–402, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n2/393-402/>. Acesso em: 20 fev. 2021.

COUTO, Caroline *et al.* Avaliação Da Saúde Da Criança Em Serviços de Atenção Primária e Sua Integração Em Rede No Interior Do Estado de São Paulo/Brasil. **Anais Do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, p. 71–80, 2019. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/322>. Acesso em: 8 jan. 2020.

CUNHA, Antonio Jose Ledo Alves da; LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; ALMEIDA, Isabela Saraiva de. Atuação do pediatra nos primeiros mil dias da criança: a busca pela nutrição e desenvolvimento saudáveis. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, 2015, v. 91, n. 6, suppl. 1, p. S44-S51, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v91n6s1/0021-7557-jped-91-06-s1-0s44.pdf>. Acesso em: 24 maio 2019.

DAMASCENO, Simone Soares *et al.* Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 2961–2973, set. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000902961&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902961&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 fev. 2021.

DIDONET, Vital. Trajetória dos direitos da criança no Brasil - de menor desvalido a criança cidadã, sujeito de direitos. *In*: BRASIL. Senado Federal. Câmara dos Deputados. **Primeira Infância: avanços do marco legal da primeira infância**. Caderno de Trabalhos e Debates. Brasília: Centro de Estudos e Debates Estratégicos, 2016. p. 60-75. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudios/pdf/obra-avancos-do-marco-legal-da-primeira-infancia>. Acesso em: 24 maio 2019.

FOGAÇA, Najara Reigota *et al.* Operacionalização de grupos de pré-natal: percepção dos profissionais do serviço da atenção primária à saúde. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 128-142, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/75>. Acesso em: 12 set. 2020.

FREITAS, Daniel Antunes *et al.* Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC**, v. 13, n. 5, p. 937-943, out. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462011000500019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462011000500019&lng=en). Acesso em: 12 fev. 2021.

FUJIMOTO, Gaby. Cenário mundial das políticas de primeira infância. *In*: BRASIL. Senado Federal. Câmara dos Deputados. **Primeira Infância: avanços do marco legal da primeira infância**. Caderno de Trabalhos e Debates. Brasília: Centro de Estudos e Debates Estratégicos, 2016. p. 24-59. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudios/pdf/obra-avancos-do-marco-legal-da-primeira-infancia>. Acesso em: 24 maio 2019.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF. **Bem-estar e privações múltiplas: na infância e na adolescência no Brasil**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/2061/file/Bem-estar-e-privacoes-multiplas-na-infancia-e-na-adolescencia-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF. **30 anos da Convenção sobre os Direitos da Criança: avanços e desafios para meninas e meninos no Brasil**. São Paulo: UNICEF, 2019. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/6276/file/30-anos-da-convencao-sobre-os-direitos-da-crianca.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. *In*: BAUER, Martin E.; GASKELL, George (edi.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

GIROTTI, Nicole Berti. **Direitos da Primeira Infância: avaliação, qualidade e efetividade de políticas públicas**. Rede de Ação Política pela Sustentabilidade, 2017. Disponível em: <https://www.raps.org.br/biblioteca/direitos-da-primeira-infancia/?b=7950>. Acesso em: 12 set. 2020.

GOMES, Ilvana Lima Verde; CAETANO, Rosângela; JORGE, Maria Salette Bessa. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre os direitos da criança hospitalizada: um estudo exploratório. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 463-470, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a23.pdf>. Acesso em: 12 set. 2020.

GRIPPO, Monica Lilia Vigna Silva; FRACCOLI, Lislaine Aparecida. Avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção da família sobre temas de saúde e cidadania. **Revista Brasileira de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a02.pdf>. Acesso em: 28 out. 2019.

HORTON, Richard. Maternal and Child Undernutrition: An Urgent Opportunity. **The Lancet**, v. 371, n. 9608, p. 179, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18207569/>. Acesso em: 8 jan. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JESUS, Alyne Santana *et al.* Amamentação Na Primeira Hora de Vida Entre Mulheres Do Nordeste Brasileiro: Prevalência e Fatores Associados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 22, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/58772>. Acesso em: 12 set. 2020.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, p. 1915-1928, jun. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>. Acesso em: 24 maio 2019.

LYRA FILHO, Roberto. **O que é Direito**. São Paulo: Brasiliense, 1982. (Coleção Primeiros Passos).

MARANHÃO, Thatiana Araújo *et al.* Fatores Associados Ao Aleitamento Materno Exclusivo Entre Mães Adolescentes. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 132–139, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-132.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>. Acesso em: 24 maio 2019.

MOORE, Tim *et al.* **The First Thousand Days: An Evidence Paper**. Parkville, Victoria: Centre for Community Child Health, Murdoch Children’s Research Institute. 2017. Disponível em: <https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ccchdev/CCCH-The-First-Thousand-Days-An-Evidence-Paper-September-2017.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2020.

MORAIS, Jocosta Maria Oliveira; NOGUEIRA, Cintia Mikaelle C. de Santiago; MORAIS, Fátima Raquel Rosado. Acesso de Primeiro Contato Na Atenção Primária à Saúde Para Crianças de 0 a 9 Anos First Contact Access in Primary Health Care for Children from 0 to 9 Years Old. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 3, p. 848–856, 2017. Disponível em: [http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5575/pdf\\_1](http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5575/pdf_1). Acesso em: 28 out. 2019.

MORRIS, Saul S.; COGILL, Bruce; UAUY, Ricardo. Effective international action against undernutrition: why has it proven so difficult and what can be done to accelerate progress? **The Lancet**, v. 371, issue 9612, p. 608-621, jan. 2008. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(07\)61695-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(07)61695-X.pdf). Acesso em: 07 dez. 2020.

MOLINARI, Juliana S. de O.; SILVA, Maria de Fátima M. C.; CREPALDI, Maria Aparecida. Saúde e desenvolvimento da criança: a família, os fatores de risco e as ações na Atenção Básica. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 23, n. 43, p. 17-26, out./dez. 2005. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/download/19591/18935>. Acesso em: 24 maio 2019.

NUNES, Bruna dos Santos; GUBERT, Muriel Bauermann; BORTOLINI, Gisele Ane. As recomendações oficiais sobre amamentação e alimentação complementar são acessíveis e conhecidas pelos profissionais de saúde brasileiros? **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 43327, nov. 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/43327/31111>. Acesso em: 8 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Relatório 30 ano de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS; 2018. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/sites/default/files/Serie-30-ANOS-RELATORIO-GERAL.pdf>. Acesso em: 28 out. 2019.

ORTIGA, Elisangela Panoso de Freitas; CARVALHO, Maria Dalva de Barros; PELLOSO, Sandra Marisa. Percepção da assistência pré-natal de usuárias do serviço público de saúde. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 5, n. 4, p. 618-627, out./dez. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13230>. Acesso em: 12 jul. 2020.

PAIM, Jairnilson *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v. 377, issue 9779, p. 1778-1797, maio 2011. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext). Acesso em: 07 dez. 2020.

PITANGUY, Jacqueline. *Advocacy e direitos humanos*. In: BARSTED, Leila Linhares; PITANGUY, Jacqueline (Orgs). **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003–2010**. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011. Disponível em: [http://onumulheres.org.br/wp-content/themes/vibecom\\_onu/pdfs/progresso.pdf](http://onumulheres.org.br/wp-content/themes/vibecom_onu/pdfs/progresso.pdf). Acesso em: 12 jul. 2020.

QUEIROZ, Eduardo C. Marco legal pela primeira infância: uma grande oportunidade. In: BRASIL. Senado Federal. Câmara dos Deputados. **Primeira Infância: avanços do marco legal da primeira infância**. Caderno de Trabalhos e Debates. Brasília: Centro de Estudos e Debates Estratégicos, 2016. p. 82-85. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudios/pdf/obra-avancos-do-marco-legal-da-primeira-infancia>. Acesso em: 24 maio 2019.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva *et al.* Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2375-2382, ago. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2375.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2020.

SANTOS, Jaqueline Silva *et al.* O cuidado da criança e o direito à saúde: perspectivas de mães adolescentes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 733-740, out. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt\\_0080-6234-reeusp-49-05-0733.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0733.pdf). Acesso em: 12 jul. 2020.

SANTOS, Karine da Silva *et al.* O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 655–664, fev. 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000200655](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000200655). Acesso em: 5 jan. 2021.

SCHMITT, Leonardo Rauber *et al.* A puericultura no primeiro ano de vida - uma avaliação na atenção primária em saúde. **Revista Rede de Cuidados Em Saúde**, v. 14, n. 2, nov. 2020. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/view/6383/3327>. Acesso em: 22 jan. 2021.

SILVA, Everlane Suane de Aaúlo da; PAES, Neir Antunes. Programa Bolsa Família e a Redução Da Mortalidade Infantil Nos Municípios Do Semiárido Brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 623–630, fev. 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2019.v24n2/623-630/>. Acesso em: 17 set. 2020.

SILVA, George Sobrinho; ALVES, Claudia Regina Lindgren. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. *Cad. Saude Publica*, v. 35, n. 2, e00095418, 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2019.v35n2/e00095418>. Acesso em: 22 jan. 2021.

SILVA, Kaio Dakson *et al.* Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na visão de mães da estratégia saúde da família. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 16, n. 2, p. 67-75, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/9288/6463>. Acesso em: 24 maio 2019.

SILVA, Simone Albino da; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 54-61, fev. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0054.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2020.

SILVEIRA, Leonardo Ito *et al.* Fatores Associados Ao Número de Consultas No Pré-Natal: Análise Segundo a Autopercepção de Usuárias Da Atenção Primária No Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 49, n. 2, p. 29–42, 2020. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/565>. Acesso em: 13 jan. 2021.

TEIXEIRA, Edna Maria. Criança e adolescente e o sistema de garantia de direitos. **Revista Acadêmica da Escola Superior do Ministério Público do Ceará**, Fortaleza, ano 2, n. 1, jan./jun. 2010. Disponível em: <http://tmp.mpce.mp.br/esmp/publicacoes/ed12010/artigos/4CRIANDIREITOS.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2020.

TEIXEIRA, Gabriela Cruz Amato. Os direitos fundamentais da criança e do adolescente e os instrumentos internacionais de proteção da infância: em busca de sua complementaridade **Rev. Bras. Dir. Const.**, n. 22, p. 13-23, 2015. Disponível em: <http://www.esdc.com.br/seer/index.php/rbdc/article/download/347/340>. Acesso em: 07 dez. 2020.

TENORIO, Laine Vilarim *et al.* Fatores que dificultam o diagnóstico precoce da sífilis na gestação. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p. e377997225–e377997225, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/7225/6539/108100>. Acesso em: 22 jan. 2021.

VALE, Catharine Lorrany Quaresma *et al.* Percepção de gestantes sobre o pré-natal. **R. Interd.** v. 10, n. 4, p. 39-49, out. nov./dez. 2017. Disponível em: [https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1220/\\_97](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1220/_97). Acesso em: 24 maio 2019.

VICTORA, Cesar G. *et al.* Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. **The Lancet**, v. 371, p. 340-351, jan. 2008. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(07\)61692-4.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(07)61692-4.pdf). Acesso em: 22 jan. 2021.

VICTORA, Cesar G. Evidências científicas sobre a importância da primeira infância: a estratégia dos 1000 dias. *In*: BRASIL. Senado Federal. Câmara dos Deputados. **Primeira Infância**: avanços do marco legal da primeira infância. Caderno de Trabalhos e Debates. Brasília: Centro de Estudos e Debates Estratégicos, 2016. p. 103-117. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudios/pdf/obra-avancos-do-marco-legal-da-primeira-infancia>. Acesso em: 24 maio 2019.

YOUNG, Mary. Porque investir na primeira infância? *In*: BRASIL. Senado Federal. Câmara dos Deputados. **Primeira Infância**: avanços do marco legal da primeira infância. Caderno de Trabalhos e Debates. Brasília: Centro de Estudos e Debates Estratégicos, 2016. p. 21-23. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudios/pdf/obra-avancos-do-marco-legal-da-primeira-infancia>. Acesso em: 07 dez. 2020.

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO – PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

<p>UNIVERSITY OF SOUTHAMPTON UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO</p> <p><b>Envolvendo Usuários para Melhoria da Qualidade dos Serviços e Garantia de Direitos: fortalecendo o sistema de cuidados de saúde materno-infantil nos primeiros 1000 dias no Brasil (EU QUERO)</b></p> <p>Subprojeto: Conhecimentos de profissionais e usuárias da Estratégia Saúde da Família sobre os direitos de crianças nos primeiros 1000 dias</p>
---

**QUESTIONÁRIO DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**

Categoria: profissionais de saúde

<b>Nome da UBS:</b>	<b>CÓD:</b>
<b>Nome do profissional:</b>	
<b>Sexo:</b> (1) Masculino (2) Feminino	
<b>O(a) sr(a) mora onde?</b> ( ) Alcântara ( ) São Luís ( ) _____	
<b>1. Qual a sua idade?</b> (anos) _____	<b>2. Quanto tempo o(a) sr(a) trabalha nesta UBS:</b> _____ <b>3. Já trabalhou em outra UBS?</b> (1) sim (2) não. Onde _____
<b>4. Qual a sua profissão?</b> (1) Médico _____ (especialidade) (2) Enfermeiro _____ (especialidade) (3) Dentista (4) Técnico de Enfermagem (5) Técnico ou auxiliar de saúde bucal (6) Agente Comunitário de Saúde (7) Outro _____	
<b>5. Qual seu estado civil?</b> (1) Casada (2) Solteira (3) União consensual (4) Separada/desquitada/divorciada (5) Viúva (6) Outra: _____	<b>6. Qual sua religião?</b> (0) Nenhuma (1) Católica (2) Evangélica (Batista, Assembléia de Deus, Universal, Adventistas, Testemunha de Jeová) (3) Espírita/Kardecista (4) Outra: _____ (9) Não sabe
<b>7. Qual a cor da sua pele?</b> (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (6) Não Sabe	

**APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO – USUÁRIAS**

<p>UNIVERSITY OF SOUTHAMPTON UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO</p> <p><b>Envolvendo Usuários para Melhoria da Qualidade dos Serviços e Garantia de Direitos: fortalecendo o sistema de cuidados de saúde materno-infantil nos primeiros 1000 dias no Brasil (EU QUERO)</b></p> <p>Subprojeto: Conhecimentos de profissionais e usuárias da Estratégia Saúde da Família sobre os direitos de crianças nos primeiros 1000 dias</p>
---

**QUESTIONÁRIO DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**

Categoria: usuária

( ) Gestante ( ) Puérpera ( ) Mãe de criança até 2 anos

<b>Nome da UBS:</b>	<b>CÓD:</b>
<b>Nome da entrevistada:</b>	
<b>Endereço:</b>	
<b>Telefones:</b>	<b>1. A sra mora em zona?</b> (1) urbana (2) rural
<b>2. Qual a sua idade?</b> (anos) _____	<b>3. A sra mora próximo da UBS?</b> (1) sim (2) não
<b>4. Qual seu estado civil?</b> (1) Casada (2) Solteira (3) União consensual (4) Separada/desquitada/divorciada (5) Viúva (6) outra: _____	<b>5. Qual sua religião?</b> (0) Nenhuma (1) Católica (2) Evangélica (Batista, Assembléia de Deus, Universal, Adventistas, Testemunha de Jeová) (3) Espírita/Kardecista (4) Outra: _____ (9) Não sabe
<b>6. Qual a cor da sua pele?</b> (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (9) Não Sabe	<b>7. Até que série você estudou? Quantos anos de estudo a sra tem?</b> (1) Analfabeta (2) Ensino fundamental incompleto (3) Ensino fundamental completo (4) Ensino médio incompleto (5) Ensino médio completo (6) Ensino superior incompleto

	(7) Ensino superior completo
<b>8. Qual a sua situação profissional?</b> (1) Empregada (2) Desempregada (3) Autônoma (4) Do lar (5) Outro	<b>9. Se empregada, autônoma ou outro, qual sua ocupação atual:</b>  _____
<b>10. Quem é a pessoa da família com maior renda atualmente?</b> (considerar pessoa de maior renda) (1) Entrevistada      (2) Companheiro (3) Outro _____	<b>11. Qual a renda total da família no último mês?</b> (somar os valores de todos que possuem renda na família) (1) Até um salário mínimo (2) De 1 a 3 salários mínimos (R\$ 998,00 - R\$ 2994,00) (3) Mais de 3 salários mínimos (mais de R\$ 2994,01)
<b>12. Quantas pessoas moram com a sra?</b> _____(contar com a entrevistada)  <b>13. Atualmente a sra mora?</b> (1) sozinha      (2) com os filhos (3) com o marido/companheiro (4) com o marido/companheiro e filhos (6) vive com os pais (7) vive com amigas/colegas (8) outra _____	<b>14. Recebe algum benefício do governo (Bolsa família, bolsa da gestante etc.)?</b> (1) Bolsa Família (2) Bolsa gestante (3) Bolsa verde (4) Projovem adolescente (5) Bolsa escola (6) Auxílio reclusão (7) Outros _____ (8) Não
<b>15. A casa da sra é</b> (1) própria (2) alugada (3) cedida (4) outra _____	<b>16. Qual o tipo da sua casa?</b> (1) tijolo      (2) taipa      (3) mista - tijolo e taipa (4) madeira      (5) palha (6) outra _____
<b>17. Quantas vezes a sra ficou grávida?</b> ____	<b>20. Quantos filhos vivos a sra tem?</b> ____

<p><b>18. Quantos abortos a sra teve?</b> _____</p> <p><b>19. Quantos filhos mortos?</b> _____</p>	<p><b>21. Quantos filhos de parto Cesário?</b> _____</p> <p><b>22. Quantos filhos de parto normal?</b> _____</p>
<p><b>23. Sua gravidez (esta ou a última) foi:</b></p> <p>(1) Planejada</p> <p>(2) Não planejada, mas desejada</p> <p>(3) Não desejada</p>	<p><b>24. A sra tem algum plano de saúde?</b></p> <p>(1) sim (2) não</p>
<p><b>25. A sra fez/está fazendo pré-natal?</b></p> <p>(1) sim (2) não (3) não se aplica</p> <p><b>26. A sra iniciou o pré-natal com quantos meses de gravidez?</b> _____</p> <p><b>27. O pré-natal foi feito nessa UBS?</b></p> <p>(1) sim (2) não. Local: _____</p>	<p><b>28. Durante o pré-natal, a sra fez quantas consultas?</b></p> <p>Com o médico _____ (8) não se aplica</p> <p>Com enfermeiro? _____ (8) não se aplica</p> <p>Outro profissional _____ (8) não se aplica</p>
<p><b>29. Durante o pré-natal, a sra recebeu quantas visitas domiciliares?</b></p> <p>Do médico _____ (8) não se aplica</p> <p>Do enfermeiro? _____ (8) não se aplica</p> <p>Do agente de Saúde _____ (8) não se aplica</p> <p>De outro profissional _____ (8) não se aplica</p>	

## APÊNDICE C – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

UNIVERSITY OF SOUTHAMPTON  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
**Envolvendo Usuários para Melhoria da Qualidade dos Serviços e Garantia de Direitos: fortalecendo o sistema de cuidados de saúde materno-infantil nos primeiros 1000 dias no Brasil (EU QUERO)**  
 Subprojeto: Conhecimentos de profissionais e usuárias da Estratégia Saúde da Família sobre os direitos de crianças nos primeiros 1000 dias

**Apresentação:** Todos vocês que estão aqui hoje têm como características em comum trabalharem em UBS e atenderem mulheres grávidas e com filhos até 2 anos. É sobre essas experiências do cotidiano de vocês que queremos falar.

### ROTEIRO

#### 1. Noções gerais sobre direitos

- Para começar esta conversa gostaria que vocês falassem o que entendem por direitos.
- Como vocês vêm a questão dos direitos das mulheres e das crianças?
- Em sua rotina de trabalho quais são os direitos das mulheres e das crianças presentes na UBS em que atuam?

#### 2. Direitos durante o pré-natal

- E sobre os direitos das mulheres grávidas, o que podem falar sobre isso?
- Como acham que esses direitos são garantidos?
- Que fatores facilitam ou dificultam a garantia desses direitos?

#### 3. Direitos da criança durante o nascimento

- Agora vamos falar sobre os direitos das crianças durante o parto e nascimento. O que podem falar sobre isso? Quais são esses direitos?
- Durante o pré-natal como as mulheres são orientadas sobre esses direitos?
- Como vocês percebem a garantia desses direitos?
- Que fatores facilitam ou dificultam a garantia desses direitos?

#### 4. Direitos da criança até os 2 anos (1000 dias)

- Na sua rotina de trabalho, quais são os direitos das crianças até os 2 anos de idade?
- Esses direitos são garantidos no dia a dia da UBS em que atuam?
- Que fatores facilitam ou dificultam a garantia desses direitos?

#### 5. Percepção sobre as reivindicações das mulheres acerca de seus direitos

- O que acham que as mulheres pensam sobre seus direitos?

## APÊNDICE D – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL – USUÁRIAS

UNIVERSITY OF SOUTHAMPTON  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
**Envolvendo Usuários para Melhoria da Qualidade dos Serviços e Garantia de Direitos: fortalecendo o sistema de cuidados de saúde materno-infantil nos primeiros 1000 dias no Brasil (EU QUERO)**  
 Subprojeto: Conhecimentos de profissionais e usuárias da Estratégia Saúde da Família sobre os direitos de crianças nos primeiros 1000 dias

**Apresentação:** Todas vocês que estão aqui hoje têm como características em comum serem usuárias desta Unidade Saúde da Família e estarem gestantes ou serem mães de crianças até 2 anos. Hoje, vamos falar sobre essas experiências do cotidiano de vocês.

### ROTEIRO

#### 1. Noções gerais sobre direitos

- Vocês já perceberam que nós estamos aqui para falar de direitos. O que são direitos? Quando a gente fala a palavra direito o que a gente pensa sobre isso?
- Como vocês vêem o papel dessa(s) UBS em relação às necessidades e experiências de gestantes, mães e crianças em relação aos direitos? Falem um pouco sobre isso.

#### 2. Direitos durante o pré-natal

- Como vocês entendem os direitos da mulher grávida no pré-natal?
- O que vocês consideram “necessidades” e “direito” da gestante durante o pré-natal?
- Esses direitos são garantidos?
- Que fatores facilitam ou dificultam a garantia desses direitos?

#### 3. Direitos da criança durante o nascimento

- O que vocês consideram “necessidades” e “direito” da criança durante o nascimento?
- Esses direitos são garantidos?
- Que fatores facilitam ou dificultam a garantia desses direitos?

#### 5. Direitos da criança até os 2 anos (1000 dias)

- O que vocês consideram “necessidades” e “direito” da criança até os 2 anos de idade?
- Esses direitos são garantidos?
- Que fatores facilitam ou dificultam a garantia desses direitos?

**APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO  
PARA TRABALHADOR DE SAÚDE**

**NOME DA PESQUISA:** "Empoderamento dos usuários através do aprimoramento da qualidade e dos direitos (EU QUERO): fortalecimento do sistema de saúde materno-infantil durante os primeiros 1000 dias através do envolvimento da comunidade e da responsabilidade social no Brasil"

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Profa. Dra. Rosângela Batista e Profa. Dra. Aridiane Ribeiro

**TELEFONES PARA CONTATO:** (98) 32729-681/3272-9675 (Rosângela) ou (16) 98122-5302 (Aridiane).

**FINANCEIRO DA PESQUISA:** FAPEMA (98 2109-1400) / FAPEG (62 3201-8081)

**OBJETIVOS DA PESQUISA:**

Somos um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e da Universidade Federal do Goiás e estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde materno-infantil disponíveis para mães e crianças nos primeiros 1000 dias de vida usando o envolvimento da comunidade e a responsabilidade social para fortalecer o sistema de saúde, especialmente a atenção à mulher durante o pré-natal e o parto, e a atenção à criança durante o pré-natal, no momento do nascimento e os cuidados até os dois anos de idade.

Este é um formulário de consentimento, que fornece informações sobre a pesquisa. Se concordar em participar, você precisará assinar este formulário.

Antes de conhecer a pesquisa, é importante saber o seguinte:

- . Você está participando voluntariamente. Não é obrigatório participar da pesquisa.
- . Você pode decidir não participar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Secretaria Municipal de Saúde. Também não acarretará prejuízos pessoais ou profissionais.
- . Ressaltamos que sua participação é muito importante para que as informações obtidas possam contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde materno-infantil.
- . Afirmamos ainda que esta pesquisa esta sendo iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão / Universidade Federal do Goiás. Comitês de Ética são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

. Este termo de consentimento livre e esclarecido será rubricado em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, por você, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou membro da equipe.

. Este termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o pesquisador responsável e outra com você.

#### O QUE DEVO FAZER PARA PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

Sua participação nesta pesquisa será por meio de entrevista com duração aproximada de 40 minutos e/ou em grupo focal com duração de cerca de 90 minutos. Você receberá informações sobre o serviço de saúde materno-infantil em que trabalha para que conversemos a respeito. A entrevista e grupo focal serão gravadas e transcritas para posterior análise.

#### QUAIS SÃO OS RISCOS DA PESQUISA?

Os riscos envolvidos neste estudo são mínimos. Você poderá vir a sentir cansaço, algum desconforto e/ou constrangimento. No entanto, caso isso aconteça e se você preferir, a entrevista será imediatamente suspensa. Por isso, caso haja algum desconforto durante a entrevista, você poderá ser encaminhado para atendimento médico na unidade de saúde de referência. Asseguramos também direito à indenização em caso de algum dano decorrente do estudo.

#### HÁ BENEFÍCIOS EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

Sim. Os benefícios deste estudo incluem o fornecimento de informações irão auxiliar no planejamento da atenção e políticas de saúde voltadas à saúde da criança e mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Além disso, ainda poderá contribuir para o surgimento de novas estratégias para o planejamento das políticas de saúde de gestantes e crianças. Você tem inteira liberdade para encerrar a entrevista ou retirar seu consentimento no momento que quiser sem ter nenhum problema.

#### E A CONFIDENCIALIDADE?

As informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais e asseguramos que você não será identificado. Caso você se sinta prejudicado, garantimos também que poderá buscar indenização de acordo com a lei vigente. No caso de publicação deste estudo, não serão utilizados nomes ou qualquer dado que identifique os participantes. As pessoas que podem examinar seus registros são: o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário e a equipe de pesquisadores envolvidos na pesquisa.

#### O QUE FAZER EM CASO DE DÚVIDAS OU PROBLEMAS?

Para sanar dúvidas você tem liberdade para entrar em contato com a pesquisadora Profa. Dra Rosângela Lucena Batista pelo telefone (98) 3272-9681, das 8:00 às 18 horas, em qualquer momento do estudo. Ou fale com a Profa. Dra. Aridiane Ribeiro pelo telefone (16) 98122-5302, das 8:00 às 18 horas, no estado de Goiás.

Para obter mais informações sobre seus direitos como participante da pesquisa, entre em contato com: Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão pelo telefone (98) 2109- 1250, onde poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação. Endereço do CEP-HUUFMA: Comitê de Ética em

Pesquisa do Hospital Universitário. Telefone (98) 2109 1250, endereço Rua Barão de Itapary, 227, quarto andar, Centro, São Luís-MA. CEP- 65.020-070.

Se você entendeu a explicação e concorda voluntariamente em participar deste estudo, por favor, assine abaixo. Uma cópia ficará com você e a outra com o pesquisador responsável. A participação é voluntária e você pode deixar a pesquisa em qualquer momento, sem ter que dar qualquer justificativa ou ser penalizado.

Após esclarecimentos sobre a pesquisa e sobre sua participação e todas suas dúvidas forem sanadas, você receberá cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Mediante seu consentimento, você assinará duas vias deste termo. Uma cópia ficará com você e outra ficará com a pesquisadora responsável.

- Eu, \_\_\_\_\_ fui informado/a dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e/ou poderei retirar meu consentimento. A pesquisadora responsável me certificou de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Nome do voluntário: \_\_\_\_\_

Assinatura do voluntário: \_\_\_\_\_

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

Nome do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

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

Os resultados deste estudo e o presente termo serão armazenados pela pesquisadora responsável por um **período de 5 anos**, conforme previsto na Res. CNS/MS 466/2012.

**APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -  
USUÁRIAS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO  
PARA USUÁRIA DO SERVIÇO DE SAÚDE**

**NOME DA PESQUISA:** "Empoderamento dos usuários através do aprimoramento da qualidade e dos direitos (EU QUERO): fortalecimento do sistema de saúde materno-infantil durante os primeiros 1000 dias através do envolvimento da comunidade e da responsabilidade social no Brasil"

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Profa. Dra. Rosângela Batista e Profa. Dra. Aridiane Ribeiro

**TELEFONES PARA CONTATO:** (98) 3272-9681/3272-9675 (Rosângela) ou (16) 98122-5302 (Aridiane).

**FINANCEIRO DA PESQUISA:** FAPEMA (98 2109-1400) / FAPEG (62 3201-8081)

**OBJETIVOS DA PESQUISA:**

Somos um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e da Universidade Federal de Goiás (UFG) e estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde materno-infantil disponíveis para mães e crianças nos primeiros 1000 dias de vida usando o envolvimento da comunidade e a responsabilidade social para fortalecer o sistema de saúde, especialmente a atenção à mulher durante o pré-natal e o parto, e a atenção à criança durante o pré-natal, no momento do nascimento e os cuidados até os dois anos de idade.

Este é um formulário de consentimento, que fornece informações sobre a pesquisa. Se concordar em participar, você precisará assinar este formulário.

Antes de conhecer a pesquisa, é importante saber o seguinte:

- . Você está participando voluntariamente. Não é obrigatório participar da pesquisa.
- . Você pode decidir não participar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Se você não quiser participar dessa conversa, não terá nenhum problema no seu atendimento nesta unidade de saúde / maternidade ou com a pesquisadora.
- . Ressaltamos que sua participação é muito importante para que as informações obtidas possam contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde para a mulher e a criança.
- . Afirmamos ainda que esta pesquisa está sendo iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão / Universidade Federal de Goiás. Comitês de Ética são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

. Este termo de consentimento livre e esclarecido será rubricado em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, por você, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou membro da equipe.

. Este termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o pesquisador responsável e outra com você.

#### O QUE DEVO FAZER PARA PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

Se você concordar em participar desta pesquisa, vou pedir que me responda a algumas perguntas e que participe de uma conversa com outras mulheres sobre o atendimento durante a gravidez, pós-parto e os dois primeiros anos de vida da criança. Vamos ficar de 40 minutos a 2 horas conversando e quando você quiser parar você poderá. Se não quiser responder alguma coisa também não precisará responder. A sua fala vai me ajudar entender como é o cuidado de gestantes, mães e crianças no estado.

#### QUAIS SÃO OS RISCOS DA PESQUISA?

Os profissionais que realizarão as entrevistas são treinados para as tarefas. O estudo não apresenta nenhum risco físico, porém, em nossa conversa, você pode sentir algum desconforto ou cansaço. Não se preocupe, caso isso aconteça, podemos parar a conversa se você quiser. Por isso, caso você não se sinta bem por qualquer motivo durante a conversa, peço que fale. Se precisar e, se assim desejar, você será levado à unidade de saúde de referência para atendimento. Se você, em qualquer momento da pesquisa, se sentir desconfortável em participar, poderá interromper a participação, se assim desejar.

#### HÁ BENEFÍCIOS EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

Sim, há benefícios em participar deste estudo. Os benefícios deste estudo incluem o fornecimento de informações que irão auxiliar no planejamento da atenção e políticas de saúde voltadas à saúde da gestante e criança. Quando este estudo acabar, os resultados serão discutidos com outros pesquisadores e divulgados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento, mas sem identificar sua participação no estudo. Além disso, ainda poderá contribuir para o surgimento de novas estratégias para o planejamento das políticas de saúde de gestantes e crianças. Esse estudo também contribuirá para deixar as pessoas mais conscientes de seus direitos a ações e serviços de saúde de qualidade, e também de seus deveres como cidadão.

#### E A CONFIDENCIALIDADE?

Os registros referentes aos seus dados permanecerão confidenciais. Além disso, no caso de publicação deste estudo, não serão utilizados seus nomes ou qualquer dado que os identifiquem. Esta pesquisa só tem conversa e observação. As pessoas que podem examinar seus registros são: o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário e a equipe de pesquisadores envolvidos na pesquisa.

#### O QUE FAÇO EM CASO DE DÚVIDAS OU PROBLEMAS?

Se você quiser saber mais ou se não entendeu algo sobre esta pesquisa, pode falar com a

Profa. Dra Rosângela Lucena Batista pelo telefone (98) 3272-9681, das 8:00 às 18 horas, no Maranhão. Ou fale com a Profa. Dra. Aridiane Ribeiro pelo telefone (16) 98122-5302, das 8:00 às 18 horas, no estado de Goiás.

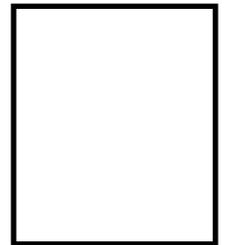
Para obter mais informações sobre seus direitos como participante da pesquisa, entre em contato com: Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão pelo telefone (98) 2109- 1250. Endereço do CEP-HUUFMA: Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário. Telefone (98) 2109 1250, endereço Rua Barão de Itapary, 227, quarto andar, Centro, São Luís-MA. CEP- 65.020-070.

Se você entendeu a explicação e concorda voluntariamente em participar deste estudo, por favor, assine abaixo. Uma cópia ficará com você e a outra com o pesquisador responsável. A participação é voluntária e você pode deixar a pesquisa em qualquer momento, sem ter que dar qualquer justificativa ou ser penalizado.

Nome do voluntário: \_\_\_\_\_

Assinatura do voluntário: \_\_\_\_\_

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



**Impressão do Dedo**

Nome do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

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

Os resultados deste estudo e o presente termo serão armazenados pela pesquisadora responsável por um **período de 5 anos**, conforme previsto.

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO – CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Envolvendo Usuários para Melhoria da Qualidade dos Serviços e Garantia de Direitos: fortalecendo o sistema de cuidados de saúde materno-infantil nos primeiros 1000 dias no Brasil (EU QUERO)

**Pesquisador:** Rosangela Fernandes Lucena Batista

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 92281818.9.1001.5086

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

**Patrocinador Principal:** FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DO MARANHÃO - FAPEMA  
FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE GOIÁS

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.077.846

#### Apresentação do Projeto:

##### RESUMO

O objetivo geral do EU QUERO é aumentar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde materno, neonatal e infantil (SMNI) disponíveis nos primeiros 1000 dias de vida, desde a concepção, em dois estados contrastantes no Brasil, Maranhão e Goiás, através do engajamento da comunidade e da responsabilidade social. O projeto alcançará seu objetivo, desenvolvendo e realizando uma viabilidade de uma intervenção complexa de responsabilidade social para monitorar a qualidade da entrega de programas de saúde em quatro fases dos 1000 dias: (i) pré-natal, (ii) nascimento, (iii) pós-parto e recém-nascido, e (iv) cuidados infantis de até dois anos de idade. A intervenção promoverá educação baseada em direitos como parte do treinamento de intervenção. Ele será projetado para ser implementado em escala. EU QUERO aborda a seguinte questão de pesquisa: qual é a viabilidade de um julgamento completo de uma responsabilidade complexa baseada na comunidade e de educação baseada em direitos para fortalecer a qualidade dos serviços de SMNI e melhorar os resultados de saúde nos estados de Maranhão e Goiás? O EU QUERO criará métodos inovadores e interdisciplinares, interorganizacionais e baseados em evidências para melhorar e monitorar a qualidade dos cuidados prestados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

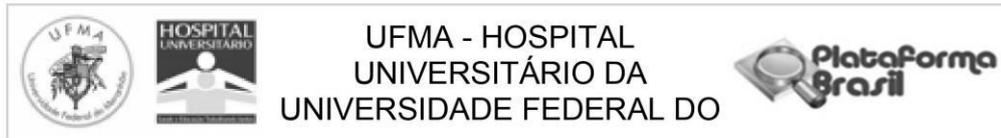
**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br



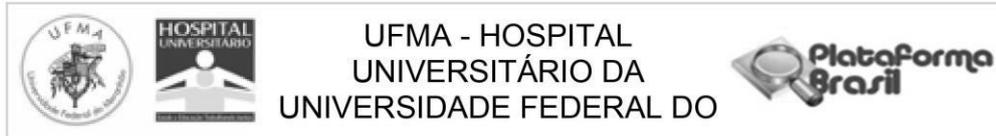
Continuação do Parecer: 3.077.846

maternidades no Maranhão e Goiás. Melhorar os resultados de saúde através de uma melhor qualidade e acesso aos serviços é imperativo em Goiás e no Maranhão, onde os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para a saúde materna não foram atendidos [1]. O projeto fornecerá conhecimentos importantes sobre como o sistema de saúde responde às necessidades e direitos das mulheres, em particular as mães adolescentes, e desenvolve quadros de avaliação para classificar o desempenho dos serviços de SMNI ao longo das fases específicas dos 1000 dias. Utilizando a orientação do Conselho de Pesquisa Médica (MRC) para desenvolver e avaliar intervenções complexas [2], o EU QUERO irá co-produzir e implementar treinamentos e scorecards baseados em direitos junto de outras comunidades, agentes de saúde e autoridades em Goiás e Maranhão.

#### INTRODUÇÃO

Registraram-se progressos significativos no Brasil para reduzir a mortalidade materna, neonatal e infantil. No entanto, os esforços em todos os estados, em particular no Maranhão e Goiás, foram desiguais [3]. O Maranhão tem a maior mortalidade materna no Brasil, enquanto Goiás tem o maior número das mortes maternas na região Centro-Oeste [4], com mulheres e crianças pobres, rurais e afrodescendentes com carga desproporcional devido à pobreza, negligência, violência de gênero e falta de informação [5]. Uma grande proporção de nascimentos em cada estado é das adolescentes (menores de 20 anos), 18,5% em Goiás e 25,6% no Maranhão em 2014 [6]. Em todo o Brasil, apenas 15% das mães recebem atendimento pré-natal adequado, que varia de acordo com o histórico demográfico, a região e a residência urbana / rural [7]. Além disso, há pouca desagregação de dados para avaliar se e como as mulheres e adolescentes se envolvem com os sistemas de saúde diferentemente durante os 1000 dias e com que efeito. O Brasil implementou uma série de iniciativas para fortalecer a saúde materna e infantil, incluindo a Rede Cegonha e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que fornece às famílias um Agente de Saúde Comunitário (ACS) específico para mulheres grávidas e crianças menores de dois anos. Além disso, o Programa Bolsa Família apoia a SMNI para os mais pobres [8]. Embora existam benefícios conhecidos desses programas [9], são necessárias mais evidências sobre a qualidade dos cuidados prestados e o acesso ao longo dos primeiros 1000 dias [7], especialmente a nível local. Em resposta, o EU QUERO fornecerá dados importantes, usando uma mistura de métodos de pesquisa, sobre como as mulheres percebem necessidades e direitos e se envolvem com o sistema de saúde, bem como conhecimentos baseados em evidências sobre como a responsabilidade social aumenta a

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.077.846

salvaguarda dos direitos e necessidades das mulheres e crianças. Isso contribuirá para a avaliação do estudo de viabilidade para verificar se os aspectos específicos da intervenção são mais propensos a melhorar a qualidade dos cuidados prestados às mulheres pelos serviços de saúde. O EU QUERO aborda os principais objetivos do sistema de saúde das multinacionais no Brasil, bem como metas-chave relevantes para os compromissos internacionais, incluindo os ODM sobre pobreza e saúde (e, em particular, ODM 3.1 e 3.2), igualdade de gênero e discriminação (ODM 5); e parceria (ODM 17). As atividades de pesquisa e engajamento entregues pelo EU QUERO serão de benefício direto para os governos e as pessoas e serão um veículo transformador para o fortalecimento dos sistemas de saúde, conforme indicado pela OMS em seu relatório de 2015 Every Woman, Every Child, Every Adolescent [10]. A intervenção de viabilidade responde diretamente às áreas prioritárias da SMNI, conforme indicado pela OMS [11]. Pesquisas anteriores demonstraram os benefícios do envolvimento da comunidade e da responsabilidade social como meio de melhorar a qualidade dos cuidados, a adequação da prestação de serviços de saúde aos usuários e a satisfação e a utilização do paciente [12]. Na África subsaariana e na intervenção do Sul da Ásia. A abordagem das atitudes em busca de saúde e os quadros de responsabilidade baseados na comunidade reduziram a mortalidade materna e neonatal [13-16]. Um estudo-chave em Uganda indicou que o monitoramento comunitário de prestadores de cuidados de saúde primários públicos levou a esforços mais efetivos dos profissionais de saúde para atender a comunidade, um aumento na utilização e resultados de saúde melhorados [14]. No entanto, pouco se sabe se e como esses programas podem fortalecer o sistema de saúde para melhorar a SMNI, especialmente em áreas pobres e rurais da América Latina. No Brasil, há uma escassez de intervenções baseadas na comunidade para melhorar a saúde e a conscientização sobre o direito à saúde. Uma campanha do Ministério da Saúde no direito de acesso aos cuidados de saúde foi implementada através da disseminação de folhetos, mas isso não foi totalmente avaliado. À luz disso, o EU QUERO: (i) co-produzirá novos conhecimentos e literatura sobre a eficácia das intervenções de capacitação e responsabilização da comunidade na qualidade dos serviços de saúde no Brasil; e (ii) co-desenvolverá e testará a viabilidade de uma intervenção, com partes interessadas do Ministério da Saúde e ACS, para avaliar o acesso e a qualidade da SMNI durante os primeiros 1000 dias de vida críticos através de scorecards e treinamento de principais partes interessadas na comunidade e no sistema de saúde local. O impacto é esperado através do aumento da conscientização sobre os novos dados do sistema de saúde sobre a qualidade do serviço, bem como tornando as mulheres e as famílias conscientes dos seus direitos de saúde, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos, permitindo melhores oportunidades para a demanda

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.077.846

e monitoramento do serviço de saúde para melhor cuidados e alcance de qualidade.

#### HIPÓTESE

Esta intervenção baseia-se em sinergias positivas reconhecidas entre sistemas baseados na comunidade de monitoramento da provisão pública de saúde e resultados [13, 14, 17, 18]. Desenvolvemos um modelo teórico (Figura 1) baseada na noção de que envolver a comunidade local, agentes de saúde e as autoridades criam participações inclusivas para a capacidade de resposta e melhor qualidade dos serviços de saúde, particularmente para mulheres e crianças que enfrentam desafios de saúde durante os 1000 dias críticos da concepção. Estendemos o conceito de responsabilidade comunitária pela qualidade da saúde materna e neonatal, como articulado por Batonon [19] e a OMS [20] de novas maneiras de permitir pesquisas que avaliem criticamente a qualidade e a capacidade de resposta dos sistemas de saúde ao longo dos estágios específicos dos 1000 dias. No contexto do quadro de qualidade de atendimento da OMS, incorporamos o envolvimento e os direitos da comunidade, que influenciam tanto a provisão como a experiência de cuidados, levando a melhorias nos serviços. A intervenção está diretamente relacionada aos elementos de qualidade e disponibilidade de comunicação efetiva, respeito e preservação da dignidade e recursos humanos competentes e motivados. O modelo teórico ajuda a testar o valor de (i) maior acesso dos usuários as informações sobre o desempenho do serviço, os seus direitos; (ii) aumentar suas oportunidades de atuar sobre esta informação através de provedores de serviços; (iii) envolvimento de atores públicos capacitados que procuram influenciar decisões e exigir políticas de saúde efetivas e prestação de serviços; e (iv) responsabilidade social pela qualidade do serviço de saúde. Os serviços de saúde e os trabalhadores (prestação de cuidados) e os usuários (experiência de cuidados), especialmente as mulheres, são atores centrais neste modelo. Também nos concentraremos em testar a influência da intervenção para adolescentes. Nossa abordagem não só servirá esse projeto e testará a viabilidade de realizar essa intervenção, mas também proporcionará uma abordagem valiosa para os estudiosos dos sistemas de saúde e do bem-estar social em geral.

#### METODOLOGIA PROPOSTA

O projeto EU QUERO concentra-se em mães e prestadores de cuidados de saúde, ao mesmo tempo que envolve interessados de toda a comunidade e autoridade de saúde. Isso fortalecerá a

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.077.846

responsabilidade e a qualidade do sistema de saúde fornecido às mães e às crianças, apresentando os seguintes elementos:

1. Avaliação da qualidade atual dos serviços de saúde materno-infantil com base nos dados existentes para desenvolver scorecards para atendimento de serviços de saúde materno, neonatal e infantil (SMNI). Um mapa da qualidade dos serviços disponíveis será desenvolvido, relacionado e os resultados da saúde materna e infantil em diferentes estágios dos 1000 dias. Os resultados fornecerão os dados da linha de base para a intervenção de viabilidade, bem como a política relevante. (WP1)
2. A seleção dos locais de intervenção e a identificação de uma força-tarefa para monitoramento comunitário de serviços de saúde pública para as necessidades específicas dos primeiros 1000 dias. (WP2)
3. Treinamento de profissionais de saúde dentro de centros de saúde comunitários e maternidades para assegurar uma compreensão consistente das responsabilidades dos provedores e usuários e dos direitos e direitos das mulheres e crianças durante os 1000 dias. (WP3)
4. Formação das mães e da comunidade em geral através de campanhas de informação para aumentar a sua escolha e voz para exigir o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde de acordo com as necessidades e os direitos (a serem conduzidos por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para apoiar e facilitar o diálogo entre usuários e provedores). (WP3)
5. Envolvendo-se com as partes interessadas, incluindo mães, grupos comunitários, prestadores e formuladores de políticas da SMNI, a fim de: a) aumentar o conhecimento do usuário e supervisionar a prestação de serviços, b) melhorar a responsabilização do lado da oferta; c) desenvolver e apoiar uma cultura de parceria. (WP 2-6)
6. Garantir a sustentabilidade da intervenção através de reuniões de intercâmbio de conhecimentos multi-partes interessadas para desenvolver um plano de ação para integrar a responsabilidade social através do scorecard em formas de acreditação e supervisão existentes ou potenciais. (WP 2- 6)

Essas etapas visam melhorar a saúde das mulheres e das crianças em algumas áreas críticas do Brasil, fazendo com que os trabalhadores e os gerentes do sistema de saúde e a comunidade (usuários do sistema de saúde) sejam envolvidos e co-responsáveis ao longo do processo.

O projeto desenvolverá capacidades e habilidades em atores-chave que poderão continuar a melhorar o sistema de saúde. Este estudo foi concebido para testar a viabilidade de uma intervenção comunitária complexa para fortalecer o sistema de saúde e melhorar a SMNI em dois estados: Maranhão e Goiás.

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.077.846

Trata-se de um estudo com metodologia qualitativa e quantitativa, no qual será empregada uma abordagem experimental em um estudo de viabilidade com os seguintes objetivos principais:

- determinar a aceitabilidade, viabilidade, fidelidade e escalabilidade da intervenção;
- testar, validar e medir as principais medidas de resultado (ver abaixo);
- estimar vários parâmetros estatísticos: taxas de resposta, coeficiente de correlação intracluster (CCI) e desvios-padrão para os scorecards.

A intervenção é focada em duas atividades separadas e complementares:

- Produção e divulgação de scorecards dos serviços de saúde que indicam a qualidade dos serviços disponíveis para mulheres e crianças dentro da comunidade.
- Educação baseada em direitos, para capacitar as mulheres com o conhecimento dos direitos que podem exigir do sistema de saúde. Este tipo de intervenção para a saúde materna e infantil é novidade no Brasil (e na América Latina como um todo) e, portanto, a viabilidade desse projeto precisa ser determinada para se preparar para um ensaio clínico randomizado (Randomized Clinical Trial – RCT) piloto ou em grande escala.

#### METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Será feita a junção (linkage) de dados de diferentes bases, incluindo dados do: i) Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), disponível para download no site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php); ii) projeto de avaliação da implantação das Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento nas maternidades com recurso da Rede Cegonha (coordenado pela professora Erika Thomaz); iii) Censo do IBGE; iv) Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do departamento de informática do SUS (DATASUS); v) Sistema de Informação de Internação Hospitalar (SIH); dentre outros. Os códigos do IBGE do município e do setor censitário serão utilizados para a junção dos dados. Serão realizadas análises descritivas dos dados: estimativa de médias  $\pm$  desvios-padrão, medianas  $\pm$  desvios interquartílicos, proporções, intervalos de confiança a 95%. Serão confeccionados gráficos box-plots e histogramas e o padrão de normalidade na distribuição dos dados será analisado, verificando-se ainda os valores de curtose e assimetria, e os testes Shapiro-Wilk e/ou Kolmogorov-Smirnov. Cada estabelecimento de saúde (UBSs e hospital de referência) serão classificados, construindo-se um scorecard de qualidade inicial, dividida em "Bom" (Diamante e Ouro) e "Abaixo das Expectativas" (Prata e Bronze). Esses resultados serão plotados em mapas por meio de análises geoespaciais, confeccionando-se mapas

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.077.846

cloropléticos. Os diferentes estabelecimentos de saúde serão ainda comparados entre si, por meio de Análise Envoltória de Dados (Data Envelopment Analysis, DEA) para encontrar a fronteira eficiente das UBS, dando aos formuladores de políticas uma indicação dos padrões mais altos que são possíveis. Os resultados do mapeamento de SIG e análise

situacional irão informar os formuladores de políticas sobre lacunas e pontos críticos de cuidados de qualidade. As prioridades com a definição de DEA e GIS identificam áreas de serviço diferencial. Após essa primeira etapa analítica, será realizada a intervenção nas 12 UBS selecionadas. Testes estatísticos serão utilizados para comparar os resultados (indicadores de processo de trabalho e de resultados em saúde, listados adiante) antes e após a intervenção, comparados aos controles,

sem intervenção. Serão utilizadas análises de regressão condicionais (pareadas) para comparar os indicadores, a fim de ajustar para potenciais confundidores sociodemográficos e para características dos serviços. As taxas de resposta, coeficiente de correlação intracluster (CCI) e desvios padrão para os scorecards serão monitorados. Técnicas qualitativas, especialmente grupos focais, também serão utilizadas para avaliar a efetividade da intervenção e para investigar os caminhos

/ arcabouços teóricos que supostamente estiverem envolvidos na melhoria dos serviços, a partir da ótica de todos os atores envolvidos: gestores, trabalhadores de saúde, usuários e pesquisadores. A amostra de cada grupo focal buscará contemplar a diversidade do grupo [24,25], de modo a valorizar a interação e estimular a conversa entre os participantes, além de subsidiar o entendimento de comportamentos num determinado contexto cultural [26]. Os grupos focais serão realizados a partir de um roteiro previamente elaborado contendo questões norteadoras e disparadoras. Serão coordenados por um moderador e terão a participação de relatores que registrarão em diário de campo as impressões e a interação do grupo. As falas serão gravadas e

posteriormente transcritas, em duplicata, por duas pessoas diferentes, de forma cega. A análise de conteúdo será utilizada na modalidade temática. Das falas, transformadas em texto e lidas exaustivamente, emergirão as unidades temáticas [27].

#### DESFECHO PRIMÁRIO

Pontuação de scorecard de qualidade para cuidados de saúde da mulher, neonatal e infantil (SMNI) dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e hospitais de referência.

#### DESFECHO SECUNDÁRIO

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.077.846

Resultados de indicadores de saúde materna, neonatal e infantil (SMNI) ao nível da região de saúde, incluindo áreas de abrangência das UBS e maternidades de referência. Esses indicadores incluem:

i) Na maternidade

Contracepção (fornecimento de métodos contraceptivos pela maternidade às puérperas);

Classificação de risco na admissão para entrega;

Boas práticas para o atendimento de parto, parto e parto de acordo com a OMS, como:

- a. "Direito de acompanhar a livre escolha durante o parto, parto e puerpério"
- b. "Oferta de métodos não farmacológicos para o controle da dor"
- c. "Livre deambulação"
- d. "Oferecendo líquidos e alimentos durante o parto"
- e. "Parto em posição vertical"
- f. "Contato pele a pele na primeira hora de vida"
- g. "Amamentação ainda no local de nascimento"
- h. "Clampamento tardio do cordão umbilical"

ii) Na UBS

Atenção ao pré-natal e ao puerpério

Proporção de equipes que realizam visita pré-natal;

Proporção de UBS com disponibilidade de exame VDRL em tempo hábil;

Proporção de equipes que usam protocolos para estratificação de risco de gestantes;

Proporção de equipes que registram e acompanham gestantes de alto risco no território;

Proporção de equipes que realizam atendimento às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco na UBS;

Proporção de equipes que monitoram:

- a. consultas de pré-natal,
- b. consulta odontológica da gestante,
- c. vacinação no dia da gestante,
- d. coleta de exame citopatológico realizado na gestante,

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.077.846

- e. consulta puerperal até uma semana após o parto pelo médico e / ou equipe de enfermagem
- Proporção de equipes que realiza aplicação de penicilina G benzatina na UBS.
- Atenção à saúde da criança (do nascimento aos dois anos de vida)
- Proporção de equipes que APS realiza uma consulta de puericultura para crianças de até dois anos de idade (crescimento / desenvolvimento)
- Proporção de equipes que usa protocolos voltados para crianças menores de dois anos de idade
- Proporção de equipes que atualizou cadastro de crianças de até dois anos de idade
- Proporção de equipes que faz vigilância dos filhos do território, registrando:
- Vacinação em andamento
  - Crescimento e desenvolvimento
  - Estado nutricional
  - Teste do pezinho

Proporção de equipes que realiza busca ativa das crianças:

- Prematuro
- Com baixo peso
- Com consulta de assistência à infância atrasada
- Com calendário de vacinas atrasadas

Proporção de equipes que desenvolvem ações para promover o aleitamento materno exclusivo para crianças de até seis meses

Proporção de equipes que desenvolvem ações para incentivar a introdução de alimentos saudáveis e a continuidade da amamentação a partir dos seis meses da criança

iii) Nos sistemas de informação do SUS:

- Proporção de tratamento de complicações relacionadas ao puerpério;
- Proporção de tratamento de edema, proteinúria e distúrbios hipertensivos durante a gravidez, parto e puerpério;
- Proporção de curetagem pós-aborto / puerperal;
- Proporção de tratamento de distúrbios relacionados à duração da gestação e crescimento fetal;

Tamanho da Amostra no Brasil: 2.400

<b>Endereço:</b> Rua Barão de Itapary nº 227	<b>CEP:</b> 65.020-070
<b>Bairro:</b> CENTRO	
<b>UF:</b> MA	<b>Município:</b> SAO LUIS
<b>Telefone:</b> (98)2109-1250	<b>E-mail:</b> cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.077.846

Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?

Sim

Detalhamento:

Serão utilizados dados provenientes de diferentes bases de dados de acesso livre, como sistemas de informações do SUS (Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação de Internação Hospitalar – SIH, Sistema de Informação da Atenção Básica – SISAB, etc), além de dados dos censos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS (PMAQ-AB) e dados do monitoramento/avaliação dos estabelecimentos com recurso da Rede Cegonha que atendem a partos e nascimentos. Todos esses dados são de domínio público, exceto o monitoramento da Rede Cegonha, mas a equipe de pesquisadores da UFMA já tem autorização do CEP para a utilização desses dados (CAAE: 56389713.5.3001.5240, de 14 de Dezembro de 2016).

**Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVO PRIMÁRIO**

- O objetivo geral da EU QUERO é aumentar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde materna, neonatal e infantil (SMNI) disponíveis nos primeiros 1000 dias de vida, desde a concepção, em dois estados contrastantes no Brasil, Maranhão e Goiás, através do engajamento da comunidade e da responsabilidade social.
- O objetivo principal é desenvolver e conduzir a viabilidade de uma intervenção complexa de responsabilidade social para monitorar a qualidade da entrega de programas de saúde ao longo de quatro fases dos 1000 dias: (i) pré-natal, (ii) nascimento, (iii) pós-parto e saúde do recém-nascido e (iv) cuidados de saúde infantil. Ele será projetado para ser implementado em escala e para ser sensível às necessidades de saúde das mães adolescentes durante a implementação e avaliação.

**OBJETIVO SECUNDÁRIO**

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.077.846

- Um segundo objetivo é fortalecer o sistema de saúde nas áreas de intervenção para oferecer maior qualidade e acesso aos cuidados de saúde materna, neonatal e infantil. O projeto busca beneficiar as mulheres dentro das áreas de intervenção, envolvendo-as com o sistema de saúde, para exigir e receber serviços de melhor qualidade. Os profissionais de saúde nesta área também estarão mais conscientes dos serviços que precisam de melhorias e desenvolverão planos de ação e estratégias para melhorar os serviços. O projeto promoverá a cidadania dos grupos vulneráveis através da conscientização levantada das intervenções educacionais sobre a saúde como um direito. Isso ajudará na consecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para o Brasil através do fortalecimento da advocacia e da responsabilização.
- O EU QUERO também tem como terceiro objetivo desenvolver comunidades de ação e momentos de integração / discussão dentro de cada área de intervenção, consistindo de mães, comunidades e grupos comunitários, profissionais de saúde e gerentes de saúde, bem como as partes interessadas e formuladores de políticas a nível municipal e estadual. O diálogo entre esses atores continuará a auxiliar na prestação de cuidados de boa qualidade a todas as mães e crianças. O projeto fortalecerá a responsabilidade social, um dos principais princípios do sistema público de saúde brasileiro (SUS). Isso o torna uma pesquisa inovadora, interdisciplinar e interorganizacional sobre responsabilidade comunitária e educação baseada em direitos e o vínculo com o fortalecimento dos sistemas de saúde para esse grupo populacional. Como limitação da pesquisa, indica-se que há grandes benefícios para a qualidade de acordo com o uso de scorecards e educação baseada em direitos, mas os caminhos reais através dos quais isso ocorre são desconhecidos. Este projeto tem um plano de trabalho (Work Package – WP) explícito que se envolverá com esse processo.
- O quarto objetivo é estimar os scorecards de qualidade de cuidados para diferentes fases dos primeiros 1000 dias e mapear esses serviços para identificar hotspots de cuidados de boa ou de baixa qualidade. Isso estimará a área de captação de cada instalação e informações sobre a população em áreas de Goiás e do Maranhão para fornecer informações aos formuladores de políticas.
- O objetivo final é desenvolver a capacidade de pesquisadores júnior nas três universidades para realizar pesquisas interdisciplinares, líderes mundiais em sistemas de saúde, especialmente saúde materna e infantil. Vamos desenvolver uma rede de pesquisa focada nos sistemas e direitos de saúde entre as universidades de Goiás, Maranhão e Southampton, que se prevê expandir para incluir outras universidades no Brasil e no mundo

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.077.846

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O pesquisador informa que quanto a riscos há importantes questões éticas a considerar, incluindo a importância do respeito a todos os participantes, proteção dos direitos, responsabilidade, acesso aos dados e garantia de anonimato quando apropriado. Reconhecemos que estes são mais complexos em relação às comunidades pobres e especialmente às mulheres rurais e afrodescendentes no Brasil. Um código de conduta completo e escrito será elaborado e acordado entre todos os membros da equipe antes do trabalho de campo, cobrindo o acesso aos dados, garantindo minimização de riscos aos participantes, usuários e provedores de serviços de saúde, protegendo a autonomia, segurança e dignidade dos participantes, normalizando as práticas de disseminação e armazenamento de dados protegendo o anonimato. Todos os protocolos e ferramentas de pesquisa receberão aprovação ética de um Comitê de Ética em Pesquisa apropriado, de modo que sejam compatíveis com os quadros legislativos apropriados e sejam compatíveis com diretrizes que informem as melhores práticas de pesquisa. É o papel do Escritório de Governança de Pesquisa da Universidade em Southampton para garantir que todas as pesquisas conduzidas por e para o pessoal da universidade atendam a esses requisitos para patrocínios e seguros. EU QUERO, portanto, não implicará em maiores riscos aos participantes da pesquisa. Riscos habituais – relacionados à não confidencialidade e não anonimato dos dados e participantes, não garantia de acesso aos dados, não permissão para deixar de participar do estudo – serão tratados com rigor pela equipe do estudo de modo a preveni-los. Como a intervenção do estudo é de cunho educativo / informativo, não implicará em riscos adicionais.

Quanto aos benefícios o pesquisador informa que EU QUERO poderá melhorar o acesso e a utilização de serviços adequados e de alta qualidade para mães e crianças durante os primeiros 1000 dias de vida, com foco em mães adolescentes. Ele procurará diretamente fazê-lo, fortalecendo a prestação de contas e a qualidade do sistema de saúde fornecido às mães e crianças durante os 1000 dias, da concepção ao segundo aniversário. A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde poderá reduzir a mortalidade e a morbidade maternas e infantis, bem como ampliar a proporção de indivíduos que recebem os cuidados que precisam e merecem. O projeto pretende avaliar a viabilidade de uma intervenção para melhorar a qualidade dos cuidados prestados; se bem sucedido, um teste completo foi planejado, o que alcançará um número maior de beneficiários e maximizará seus impactos. Dentro deste estudo de viabilidade, há uma série de beneficiários diretos com base nas atividades planejadas nos dois estados brasileiros, Goiás e Maranhão.

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.077.846

1. As mães e as crianças nas áreas de intervenção se beneficiarão do aumento do conhecimento dos seus direitos de saúde e desenvolverão habilidades para exigir cuidados de saúde de melhor qualidade. Este grupo também terá informações sobre a qualidade dos serviços disponíveis para eles, tanto no início como no final da intervenção e pode usar isso para melhorar os níveis de cuidados disponíveis.
2. As mães adolescentes compõem uma proporção considerável de todas as mães nos dois estados. Este projeto irá destacar este grupo separadamente, quando possível, desenvolvendo diferentes scorecards de qualidade e mecanismos de coleta de dados. Isso irá destacar a importância de se concentrar nesse grupo e permitir que políticas específicas sejam direcionadas, melhorando ainda mais a qualidade dos serviços recebidos por eles.
3. Os formuladores de políticas, tanto a nível nacional como estadual e municipal, utilizarão o mapa de qualidade dentro de cada estado para identificar prioridades para suporte aprimorado ou faróis de excelência. Esta informação será desenvolvida no primeiro ano do projeto, permitindo que as estratégias sejam promulgadas de forma rápida e simples, aumentando a saúde de todos aqueles dentro dos dois estados.
4. Organizações internacionais envolvidas na melhoria da saúde materna e infantil (por exemplo, Organização Mundial de Saúde, Banco Mundial, Organização Pan-Americana da Saúde, Banco Interamericano de Desenvolvimento, o Fundo das Nações Unidas para a População e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) poderão usar os resultados do estudo para recomendar intervenções em outros países, o que beneficiará as mulheres em todo o mundo.
5. Pesquisadores pesquisados em uma ampla variedade de disciplinas se beneficiarão com a publicação de artigos de revistas acadêmicas e apresentações de conferências. A parceria entre universidades do Brasil e do Reino Unido tem benefícios mútuos através do aprimoramento da capacidade. Isso será sustentável através do co-trabalho, treinamento formal, workshops e mobilidade entre instituições. Isso produzirá benefícios duradouros para instituições parceiras e pesquisadores individuais. A capacidade aprimorada pode ser usada para iniciar e avaliar novas intervenções que melhorem a saúde da população brasileira. O projeto abordará a saúde materna e infantil no Brasil. A saúde pobre neste grupo de população é vista em muitos países de baixa e média renda na lista do Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD), com muitas estratégias destinadas a melhorar os cuidados de saúde. A qualidade dos cuidados de saúde materna é conhecida como uma das principais causas de alta mortalidade e morbidade em todo o mundo, pois simplesmente receber um serviço de saúde não é um serviço de saúde de boa qualidade. Esta intervenção, portanto, aborda a próxima etapa do impulso para melhorar a saúde materna,

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

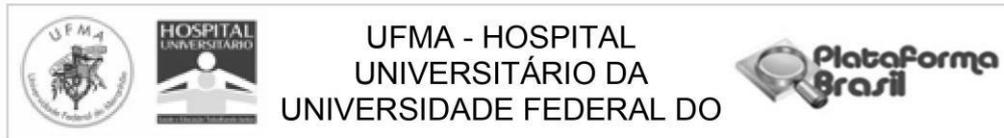
**UF:** MA

**Telefone:** (98)2109-1250

**Município:** SAO LUIS

**CEP:** 65.020-070

**E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.077.846

melhorando a qualidade dos serviços oferecidos, especialmente para os grupos marginalizados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa que apresenta relevância pois o impacto esperado será o aumento da conscientização sobre os novos dados do sistema de saúde sobre a qualidade do serviço, bem como tornando as mulheres e as famílias conscientes dos seus direitos de saúde, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos, permitindo melhores oportunidades para a demanda e monitoramento do serviço de saúde para melhor cuidados e alcance de qualidade.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Termo de Anuência, Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3.).

O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

**Recomendações:**

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Tradução do item 4.5 presente no orçamento que continua na língua inglesa.

O título do TCLE deve ser igual o da pesquisa. No TCLE consta "empoderamento" e no Projeto "Envolvimento"

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227  
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.077.846

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1125879.pdf	29/11/2018 22:43:29		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_assinada.pdf	29/11/2018 22:43:02	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_NOVA.pdf	08/10/2018 11:45:02	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	8_TCLE_usuarias_trabalhadores.pdf	08/10/2018 09:05:17	Rosangela Fernandes Lucena Batista	Aceito
Orçamento	7_Orçamento_portugues_NOVO.pdf	08/10/2018 09:04:59	Rosangela Fernandes Lucena Batista	Aceito
Declaração do Patrocinador	6_Financiamento_CONFAP_MRC_Resultado_Portugues_Ingles_NOVO.pdf	08/10/2018 09:04:44	Rosangela Fernandes Lucena Batista	Aceito
Declaração de Pesquisadores	5_Declaracao_pesquisadores_UFMA_a_nuencia_unica_NOVO.pdf	08/10/2018 09:03:53	Rosangela Fernandes Lucena Batista	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	4_Declaracao_Instituicoes_NOVO.pdf	08/10/2018 09:03:29	Rosangela Fernandes Lucena Batista	Aceito
Cronograma	3_Cronograma_NOVO.pdf	08/10/2018 09:03:14	Rosangela Fernandes Lucena Batista	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.077.846

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_Projeto_EU_QUERO_CEP_NOVO.pdf	08/10/2018 09:02:46	Rosangela Fernandes Lucena Batista	Aceito
Outros	Carta_anuencia_YC.pdf	08/05/2018 18:57:33	Rosangela Fernandes Lucena Batista	Aceito
Outros	Carta_anuencia_Juliete.pdf	08/05/2018 18:57:17	Rosangela Fernandes Lucena Batista	Aceito
Outros	Carta_anuencia_DD.pdf	08/05/2018 18:56:57	Rosangela Fernandes Lucena Batista	Aceito
Outros	Carta_anuencia_AAV.pdf	08/05/2018 18:56:41	Rosangela Fernandes Lucena Batista	Aceito
Outros	Carta_anuencia_AAR.pdf	08/05/2018 18:56:16	Rosangela Fernandes Lucena Batista	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO LUIS, 12 de Dezembro de 2018

Assinado por:

Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227  
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
UF: MA Município: SAO LUIS  
Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br

## ANEXO B - NORMAS DA REVISTA CADERNOS EM SAÚDE PÚBLICA

### Instrução para Autores

Cadernos de Saúde Pública (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da Saúde Coletiva/Saúde Pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista é publicada por meio eletrônico. CSP utiliza o modelo de publicação continuada, publicando fascículos mensais. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

#### 1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras).

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva. Sua publicação é acompanhada por comentários críticos assinados por renomados pesquisadores, convidados a critérios das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras.

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações). São priorizadas as revisões sistemáticas, que devem ser submetidas em inglês. São aceitos, entretanto, outros tipos de revisões, como narrativas e integrativas. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o PROSPERO. O Editorial 32(9) discute sobre as revisões sistemáticas (Leia mais).

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada (máximo 8.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais). O Editorial 29(6) aborda a qualidade das informações dos ensaios clínicos.

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados, métodos qualitativos ou instrumentos de aferição epidemiológicos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais).

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa. Para informações adicionais sobre diagramas causais, ler o Editorial 32(8).

1.8 – Comunicação Breve: relato de resultados de pesquisa que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações).

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

1.10 – Resenhas: crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As Resenhas devem conter título e referências bibliográficas. As informações sobre o livro resenhado devem ser apresentadas no arquivo de texto.

## **2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS**

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 6 (Passo a passo).

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

## **3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS**

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados com base em orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- Clinical Trials
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

## **4. FONTES DE FINANCIAMENTO**

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

## **5. CONFLITO DE INTERESSES**

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

## **6. COLABORADORES E ORCID**

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública o direito de primeira publicação.

## **7. AGRADECIMENTOS**

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

## **8. REFERÊNCIAS**

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva<sup>1</sup>). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## **9. NOMENCLATURA**

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## **10. ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA**

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos

está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

10.4 – CSP é filiado ao COPE (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia o Editorial 34(1).

## **Passo-a-passo**

### **1. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE**

1.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/>.

1.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo *e-mail*: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

1.3 – Inicialmente, o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha?”.

1.4 – Para os novos usuários, após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

### **2. ENVIO DO ARTIGO**

2.1 – A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a seção “Submeta seu texto”.

2.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas essas normas.

2.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

2.4 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es), respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um e o respectivo número de registro no ORCID (<https://orcid.org/>). Não serão aceitos autores sem registro. O autor que cadastrar o artigo, automaticamente será

incluído como autor do artigo e designado autor de correspondência. A ordem dos nomes dos autores deverá ser estabelecida no momento da submissão.

- 2.5 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.
- 2.6 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.
- 2.7 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
- 2.8 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 2.9 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.
- 2.10 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
- 2.11 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.
- 2.12 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP no endereço: [cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br) ou [cadernos@fiocruz.br](mailto:cadernos@fiocruz.br).

### **3. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO**

- 3.1 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.
- 3.2 – O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito pelo sistema SAGAS.

### **4. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO**

- 4.1 – Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* “Submeter nova versão”.

### **5. PROVA DE PRELO**

- 5.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site*: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.
- 5.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo
- 5.2.1 – Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e

Condições).

5.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica).

5.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica), o autor de correspondência também deverá assinar o documento de Aprovação da Prova de Prelo e indicar eventuais correções a serem feitas na prova.

5.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito selecionando o autor e a declaração correspondente.

5.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

5.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções.

5.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF.

5.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

5.3 – Após inserir a documentação assinada e as correções, deve-se clicar em “Finalizar” e assim concluir a etapa.

5.4 – As declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>) no prazo de 72 horas.

## **6. PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO**

Para a preparação do manuscrito, os autores deverão atentar para as seguintes orientações:

6.1 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

6.2 – O título corrido poderá ter o máximo de 70 caracteres com espaços.

6.3 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

6.4 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenhas, Cartas, Comentários ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaços. Visando a ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho oferecemos gratuitamente a tradução do Resumo para os idiomas a serem publicados. Não são aceitos equações e caracteres especiais (por exemplo: letras gregas, símbolos) no Resumo.

6.4.1 – Como o Resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração (Leia mais).

6.5 – Equações e Fórmulas: as equações e fórmulas matemáticas devem ser desenvolvidas diretamente nos editores (Math, Equation, Mathtype ou outros que sejam equivalentes). Não serão aceitas equações e fórmulas em forma de imagem.

6.6 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaços.

6.7 – Quadros. Destina-se a apresentar as informações de conteúdo qualitativo, textual do artigo, dispostas em linhas e/ou colunas. Os quadros podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidos em arquivo text: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document TEXT). Cada dado do quadro deve ser inserido em uma célula separadamente, ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

6.8 – Tabelas. Destina-se a apresentar as informações quantitativas do artigo. As tabelas podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas. Ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

6.9 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: mapas, gráficos, imagens de satélite, fotografias, organogramas, e fluxogramas. As Figuras podem ter até 17cm de largura. O arquivo de cada figura deve ter o tamanho máximo de 10Mb para ser submetido, devem ser desenvolvidas e salvas/exportadas em formato vetorial/editável. As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

6.9.1 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

6.9.2 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

6.9.3 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

6.9.4 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

6.9.5 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado com base em descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

6.10 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

6.11 – CSP permite a publicação de até cinco ilustrações (Figuras e/ou Quadros e/ou Tabelas) por artigo. Ultrapassando esse limite os autores deverão arcar com os custos extras. Figuras compostas são contabilizadas separadamente; cada ilustração é considerada uma figura.