



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

ROBSMEIRE CALVO MELO ZURITA

**QUALIDADE DO REGISTRO DAS INFORMAÇÕES DOS
NASCIDOS VIVOS DE RISCO NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-
PARANÁ, NO ANO DE 2007**

**MARINGÁ
2009**

ROBSMEIRE CALVO MELO ZURITA

**QUALIDADE DO REGISTRO DAS INFORMAÇÕES DOS
NASCIDOS VIVOS DE RISCO NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-
PARANÁ, NO ANO DE 2007.**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Enfermagem da Universidade
Estadual de Maringá, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Linha de Pesquisa: Gestão do Cuidado em Saúde

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Taqueco Teruya Uchimura

Maringá

2009

ROBSMEIRE CALVO MELO ZURITA

**QUALIDADE DO REGISTRO DAS INFORMAÇÕES DOS
NASCIDOS VIVOS DE RISCO NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-
PARANÁ, NO ANO DE 2007.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em
Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá,
como requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão do Cuidado em Saúde

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Carmen Gracinda Silvan Scochi
Universidade São Paulo- Ribeirão Preto

Prof^ª.Dr^ª. Rosângela Getirana Santana
Universidade Estadual de Maringá

Prof^ª.Dr^ª. Taqueco Teruya Uchimura (Orientadora)
Universidade Estadual de Maringá

EPÍGRAFE

“Deus quer, o homem sonha, a obra nasce.”

Fernando Pessoa

DEDICATÓRIA

**Aos amados
Miguel, Rebeca e Matheus.**

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Izabel e Francisco pelo amor incondicional;

A “Tia Alice” pela tranquilidade em todos os momentos e por ter me dado o meu bem mais precioso: Miguel;

Aos meus familiares (irmão; cunhadas; cunhado; sobrinhos e sobrinhas) pela força suave e pela compreensão da ausência;

À minha orientadora pela capacidade de transformar todas as situações em puro aprendizado e por acolher-me de maneira calma, tranqüila como os verdadeiros sábios, você é e sempre será minha mestra;

À querida professora Rosangela Getirana Santana pelos ensinamentos e a disponibilidade em todos os momentos solicitados;

À minha amiga Maria da Penha, pela amizade e seus desdobramentos: escuta, apoio, força;

À minha amiga Eliane, pelo seu incentivo, certamente, sem ele eu não estaria nesse lugar, nesse momento;

À Adriana e Willian que durante toda a coleta de dados pelas UBS, mantivemos o cronograma e o senso de humor sem jamais desanimar diante de tantos obstáculos;

À todos os 20 colegas do Mestrado de Enfermagem 2008 que passaram à 20 amigos conquistados;

Aos membros da banca examinadora pela disponibilidade de estarem presentes;

À Secretaria Municipal da Saúde e seus funcionários pelo apoio e viabilidade do estudo;

Aos professores do Mestrado de Enfermagem pela competência e dedicação em todas as disciplinas realizadas;

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem e da secretária do Mestrado (Cristiane) pela presteza e dedicação para com as minhas solicitações.

RESUMO

ZURITA, R.C.M. **Qualidade do registro das informações dos nascidos vivos de risco no município de Maringá - Paraná no ano de 2007**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá.

Os registros produzidos de forma rotineira nas inúmeras atividades da área da saúde são dados que possibilitam a transformação destes em informação. Os bancos de dados originados na rotina dos serviços de saúde são utilizados como ferramenta para a elaboração de políticas de saúde, para o planejamento e gestão de serviços de saúde. Atualmente, o registro é considerado critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço onde a qualidade dos registros efetuados são reflexos da qualidade da assistência prestada. O objetivo deste estudo consistiu em analisar a qualidade das informações dos recém nascidos cadastrados no Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco do município de Maringá-Paraná nos diferentes sistemas de informação no ano de 2007. Trata-se de um estudo transversal com enfoque quantitativo e analítico. Utilizou-se como fontes de dados o SINASC, Ficha de Acompanhamento do Recém Nascido de Risco (Ficha Laranja), Ficha A e C do Sistema de Informação da Atenção Básica e prontuários das 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Das 4175 crianças nascidas, residentes no município de Maringá em 2007, 710 (17%) crianças foram incluídas no Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco. Destas, foi selecionada uma amostra aleatória de 505 (71,12%) crianças, sendo 254 (50,29%) com baixo peso ao nascer, 244 (48,31%) com prematuridade, 142 (28,11%) filhos de mães adolescentes (< 18 anos), 50 (9,90%) com Apgar ≤ 7 e 21 (4,15%) classificadas com anomalia congênita. Observou-se que muitas destas crianças apresentaram mais de um critério de risco. Do total das Fichas A foram encontradas 131 (25,9%) crianças, foram localizadas 128 (25,3%) crianças com Fichas C e com relação aos prontuários, foram localizados 359 (71,0%). Os dados foram analisados pela Análise por Correspondência Binária e a Classificação Hierárquica Ascendente onde as Unidades Básicas de Saúde foram agrupadas por *clusters*. A análise de correspondência permitiu concluir que na Ficha Laranja, as variáveis que apresentaram contribuições significativas foram consulta médica (3,6) nas UBS Universo, Cidade Alta e Guaiapó-Requião, consulta de enfermagem (2,2) nas UBS Cidade Alta, Guaiapó-Requião, Iguatemi, Internorte, Quebec e Alvorada III, visita domiciliar (2,3) nas UBS Mandacaru, Pinheiros e Zona Sul e inclusão na alta em outros programas (2,3) nas UBS Iguatemi, Internorte, Quebec, Alvorada III; para a Ficha A, as contribuições relevantes indicam que a variável com maior significância é o encaminhamento para odontologia (4,0) na UBS Iguatemi e (1,5) nas UBS Pinheiros, Universo e Vila Esperança; na Ficha C, as contribuições relevantes indicam que as variáveis com maior significância foram registro do gráfico preenchido (7,0) na UBS Iguatemi e a outra variável, acompanhamento \leq a 6 vezes registrado (3,2) na UBS Mandacaru; para os prontuários, as contribuições agrupadas com maior significância foram prontuário localizado (4,6) na UBS Aclimação; prontuário identificado como RN de risco (2,7) nas UBS Parigot de Souza, São Silvestre, Vila Esperança e Guaiapó-Requião; Ficha Laranja localizada no prontuário (7,8) nas UBS Parigot de Souza, São Silvestre, Vila Esperança, Guaiapó-Requião e Aclimação; encaminhamento registrado (1,8); internamento registrado (2,8) e imunização registrada (4,9) nas UBS Iguatemi, Iguaçú, Industrial, Morangueira, Ney Braga e Universo. A qualidade de informações de registros em saúde tem um potencial evidente como componente necessário para adequada atenção à saúde e uma melhor

organização dos serviços de saúde, resgatando os princípios básicos do SUS como a integralidade do cuidado, com equidade e a universalidade do acesso.

Palavras-chave: Enfermagem. Recém-nascido. Análise multivariada. Sistemas de informação. Avaliação de programas e projetos de saúde.

ABSTRACT

ZURITA, R.C.M. **Quality of recording information of the newborns at risk in Maringá - Paraná in 2007.** 2009. Thesis (MA) - Post-Graduate Nursing, State University of Maringá.

The records produced routinely in numerous activities in the area of health are given that enable the transformation into information. The banks of data from the routine health services are used as a tool for the development of health policies, for planning and managing health services. Currently, the record is a criterion for evaluating the quality of the service where the quality of records are a reflection of the quality of care. The objective of this study was to assess the quality of information of the infants enrolled in the program for monitoring the high-risk newborns in Maringá-Paraná in the various information systems in 2007. This is a cross-sectional study with quantitative and analytical approach. Used as data sources SINASC, sheet Monitoring the Newborn Risk (Orange Card), Form A and C of the Information System of Primary Care and medical records of 23 Basic Health Units (UBS). Of the 4175 children born in the city of Maringá in 2007, 710 (17%) children were included in the monitoring program to high-risk newborns. Of these, we selected a random sample of 505 (71.12%) children, and 254 (50.29%) with low birth weight, 244 (48.31%) with prematurity, 142 (28.11%) children teenage mothers (<18 years), 50 (9.90%) with score ≤ 7 and 21 (4.15%) classified as congenital anomaly. It was observed that many of these children have more of a risk criterion. Of the total of the sheets were found 131 (25.9%) children, were located 128 (25.3%) children with Chips and C with respect to records, were located 359 (71.0%). The data were analyzed by Correspondence Analysis and Binary Ascending Hierarchical Classification where the basic health units were grouped into clusters. Correspondence analysis showed that the Orange Card, the variables with significant contributions were medical (3.6) in the UBS universe, City High and Guaiapó-Requião, nursing (2.2) in the UBS High City, Guaiapó -Requiao Mall, Internorte, Quebec and Alvorada III, home visits (2.3) in UBS Mandacaru, pine, South Zone and at high inclusion in other programs (2.3) in UBS Mall, Internorte, Quebec, Alvorada III; The specs for the outstanding contributions indicate that the variable with the greatest significance is the referral to dentistry (4.0) Mall and the UBS (1.5) in UBS Pinheiros and Vila Esperança Universe; in Sheet C, the relevant contributions indicate that the variables with greatest significance was the chart registration form (7.0) in UBS Mall and other variables, monitoring ≤ 6 times the recorded (3.2) Mandacaru at UBS, for the records, the contributions combined with greater significance records were located (4.6) in UBS Acclimatization; records identified as high-risk NB (2.7) in UBS Parigot de Souza, S. Silvestre, Hope Town and Guaiapó-Requião; sheet located in Orange record (7.8) in UBS Parigot de Souza, Sao Silvestre, Vila Esperança, Guaiapó-Requião and Acclimatization; routing registered (1.8); hospital recorded (2.8) and immunization records (4.9) in UBS Mall, Falls, Industrial, strawberry, Ney Braga and universe. The quality of information in health records have a clear potential as a need for adequate health care and better organization of health services, to reclaim the basic principles of the SUS as a comprehensive care, with equity and universal access.

Keywords: Nursing. Newborn. Multivariate analysis. Information systems. Program evolution.

RESUMEN

ZURITA, R.C.M. **Calidad de la grabación de información de los recién nacidos en riesgo en Maringá - Paraná en 2007.** 2009. Thesis (MA) - Post-Grado en Enfermería, Universidad Estadual de Maringá.

Los registros se producen habitualmente en numerosas actividades en el ámbito de la salud, dado que permitirá la transformación en información. Los bancos de datos de los servicios de salud de rutina se utilizan como una herramienta para el desarrollo de políticas de salud, para la planificación y gestión de los servicios de salud. Actualmente, el registro es un criterio para evaluar la calidad del servicio donde la calidad de los registros son un reflejo de la calidad de la atención. El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de la información de los niños inscritos en el programa de control de la recién nacidos de alto riesgo en Maringá, Paraná, en los sistemas de información diferentes en el 2007. Este es un estudio transversal con enfoque cuantitativo y analítico. Utilizados como fuentes de datos SINASC, hoja de seguimiento del riesgo del recién nacido (Tarjeta Naranja), modelo A y C del Sistema de Información de Atención Primaria y los registros médicos de 23 unidades básicas de salud (UBS). De los 4.175 niños nacidos en la ciudad de Maringá, en 2007, 710 (17%) niños fueron incluidos en el programa de monitoreo a los recién nacidos de alto riesgo. De estos, se seleccionó una muestra aleatoria de 505 (71,12%) niños, y 254 (50,29%) con bajo peso al nacer, 244 (48,31%) con la prematuridad, 142 (28,11%) niños, madres adolescentes (<18 años), 50 (9,90%) con una puntuación ≤ 7 y 21 (4,15%) clasificados como anomalía congénita. Se observó que muchos de estos niños tienen más de un criterio de riesgo. Del total de las hojas se encontraron 131 (25,9%) niños, se localizaron 128 (25,3%) niños con Chips y C con respecto a los registros, se localizaron 359 (71,0%). Los datos fueron analizados por Análisis de Correspondencias y Binario Ascendente clasificación jerárquica, donde las unidades de salud de base se agrupan en racimos. El análisis de correspondencias mostró que la tarjeta naranja, las variables con contribuciones significativas médicos (3,6) en el universo de UBS, Ciudad Alta y Guaiapó-Requião, de enfermería (2,2) en la Ciudad Alta UBS, Guaiapó-Requião Mall, Internorte, Quebec y Alvorada III, visitas a los hogares (2,3) en UBS Mandacaru, pino, Zona Sur y en la inclusión en otros programas de alto (2,3) en UBS Mall, Internorte, Quebec, Alborada III, las especificaciones de las cuotas pendientes de indicar que la variable de mayor importancia es la remisión a la Odontología (4,0) Mall y la UBS (1,5) en UBS, Pinheiros y Vila Esperança Universo, en la hoja C, las contribuciones pertinentes indican que las variables con mayor significación fue la forma de registro gráfico (7,0) en UBS Mall y otros variables, el seguimiento ≤ 6 veces la registrada (3,2) Mandacaru de UBS, para los registros, las contribuciones combinadas con los registros de mayor importancia se encuentra (4,6) en UBS de aclimatación, los registros identificados como de alto riesgo NB (2,7) en UBS Parigot de Souza, S. Silvestre, Hope Town y Guaiapó-Requião, hoja de registro situada en Orange (7,8) en UBS Parigot de Souza, de São Silvestre, Vila Esperança, Guaiapó-Requião y aclimatación, enrutamiento registrados (1,8); hospital registró (2,8) y registros de vacunación (4,9) en UBS Mall, Falls, Industrial, fresa, Ney Braga y el universo. La calidad de La información en los registros de salud tienen un claro potencial como una necesidad de atención de salud adecuada y una mejor organización de los servicios de salud, para recuperar los principios básicos del SUS como una atención integral con equidad y acceso universal.

Palabras clave: Enfermería. Recién nacido. Análisis multivariante. Sistemas de información. Evaluación de programas y proyectos de salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Mapa com a localização das Unidades Básicas de Saúde de Maringá-PR, 2009.....	38
Figura 2:	Representação gráfica das variáveis estudadas no primeiro e segundo eixo da análise de correspondência da Ficha Laranja, Maringá-PR, 2007.....	57
Figura 3:	Representação gráfica das variáveis estudadas no primeiro e terceiro eixo da análise de correspondência da Ficha Laranja, Maringá-PR, 2007.....	58
Figura 4:	Representação gráfica das variáveis estudadas no segundo e terceiro eixo da análise de correspondência da Ficha Laranja, Maringá-PR, 2007.....	59
Figura 5:	Representação gráfica das variáveis estudadas no primeiro e segundo eixo da análise de correspondência da Ficha A, Maringá-PR, 2007.....	72
Figura 6:	Representação gráfica das variáveis estudadas no primeiro e segundo eixo da análise de correspondência da Ficha C, Maringá-PR, 2007.....	79
Figura 7:	Representação gráfica das variáveis estudadas no primeiro e segundo eixo da análise de correspondência dos prontuários, Maringá-PR, 2007.....	85
Figura 8:	Representação gráfica das variáveis estudadas no primeiro e terceiro eixo da análise de correspondência dos prontuários, Maringá-PR, 2007.....	86
Figura 9:	Representação gráfica das variáveis estudadas no segundo e terceiro eixo da análise de correspondência dos prontuários, Maringá-PR, 2007.....	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição do número e percentagem do total de crianças, população amostral, Ficha Laranja, Ficha A, Ficha C e prontuários segundo UBS. Maringá-PR, 2007.....	48
Tabela 2: Contribuição por UBSs agrupadas segundo variáveis da Ficha Laranja, Maringá-PR, 2007.....	56
Tabela 3: Contribuição por UBSs agrupadas segundo variáveis da Ficha A, Maringá-PR, 2007.....	71
Tabela 4: Contribuição por UBSs agrupadas segundo variáveis da Ficha C, Maringá-PR, 2007.....	78
Tabela 5: Contribuição por UBSs agrupadas segundo variáveis do prontuários, Maringá-PR, 2007.....	84

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC	Análise de Correspondência
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
CECAPS	Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do SUS
DN	Declaração de Nascido Vivo
ESB	Estratégia de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
RN	Recém Nascido
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIPACS	Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SIS	Sistemas de Informação de Saúde
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSs	Unidades Básicas de Saúde
UEM	Universidade Estadual de Maringá
VD	Visita Domiciliar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	16
1.1.	A SAÚDE NO BRASIL.....	16
1.2.	OS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE (SIS).....	17
1.3.	ASSISTÊNCIA À SAUDE INFANTIL NO BRASIL.....	21
1.4.	QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES.....	24
1.5.	O PROGRAMA DE VIGILÂNCIA AO RECÉM NASCIDO DE RISCO NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ.....	26
2.	OBJETIVOS.....	30
2.1.	GERAL.....	30
2.2.	ESPECÍFICOS.....	30
3.	MATERIAIS E MÉTODOS.....	31
3.1.	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	31
3.2.	FONTES DE DADOS.....	31
3.2.1.	SINASC.....	31
3.2.2.	Ficha de Acompanhamento do Recém Nascido de Risco - Ficha Laranja..	33
3.2.3.	Ficha A.....	34
3.2.4.	Ficha C.....	34
3.2.5.	Prontuário.....	35
3.3.	LOCAL DO ESTUDO.....	36
3.4.	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	39
3.4.1.	Entrevistas.....	39
3.5.	ANÁLISE DOS DADOS.....	40
3.6.	ASPECTOS ÉTICOS.....	44

4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
4.1.	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	46
4.2.	ANÁLISE MULTIDIMENSIONAL DE DADOS CATEGÓRICOS.....	49
4.2.1.	Análise da Ficha Laranja.....	49
4.2.2.	Análise da Ficha A.....	70
4.2.3.	Análise da Ficha C.....	76
4.2.4.	Análise dos Prontuários nas UBS.....	82
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
	REFERÊNCIAS.....	102
	ANEXOS	112
	APÊNDICE.....	121

1.INTRODUÇÃO

1.1. A SAÚDE NO BRASIL

A política de Saúde do Brasil é fundamentada na Constituição Federal de 1988, a qual fixa as diretrizes e princípios da atenção à saúde no País prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Este foi regulamentado em 1990, tendo como princípio básico o acesso universal e igualitário às ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, integradas em redes regionalizadas e hierarquizadas de prestação de serviços, sob a responsabilidade das três esferas de governo - a federal, a estadual e a municipal (BRASIL, 2002).

O Programa dos Agentes de Saúde, implantado, no Estado do Ceará, em 1988, tinha como objetivo deter um contexto de calamidade pública, e numa segunda fase, concentrou-se na viabilização de uma política de extensão de cobertura de ações de saúde, obtendo impacto importante na queda da mortalidade infantil. A partir de 1991 o Ministério da Saúde (MS), assumindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como prioritário para a redução da mortalidade infantil, incentivou a sua implantação em municípios desprovidos de profissionais de saúde. O PACS comprovou a importância da estruturação da Atenção Básica para a adoção, a nível nacional, da Estratégia Saúde da Família (ESF) (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

Em 1994 o MS implantou a ESF, tendo como principal objetivo a organização da prática de atenção à saúde sobre novas bases, substituindo o modelo assistencial tradicional. Essa estratégia incorporou e reafirmou os princípios do SUS com a proposta de organizar as ações sob a égide da integralidade e hierarquização, territorialização e cadastramento da clientela a partir de equipes multiprofissionais, constituídas de

médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários. Cada equipe de Saúde da Família tem a seu encargo cerca de 1.000 famílias (BRASIL, 2002).

A ESF é o eixo norteador para a organização da Atenção Básica nas unidades de saúde. Deve ser entendida como o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, desempenhadas para a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, como também para as ações de assistência aos problemas de saúde. Destarte, a porta de entrada do sistema é, preferencialmente, a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou a ESF, para promover ações resolutivas, que contemplem integralmente e de forma mais abrangente as necessidades colocadas, para além da assistência à saúde (BRASIL, 2005).

1.2. OS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE (SIS)

Roncalli (2006) afirma que o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes da ESF. O SIAB foi desenvolvido como instrumento gerencial dos sistemas locais de Saúde, incorporando em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, e se encontra totalmente inserido no contexto de reorganização do SUS no País, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes. Tais características significaram avanços concretos no campo da informação em saúde, compreendendo:

- conhecimento dos problemas de saúde através da microespacialização e de avaliação de intervenções, em que o conceito de território ultrapassa as delimitações meramente

geográficas, contemplando também as dinâmicas de organização da população e dos fenômenos sociais, fundamentais para a compreensão do processo saúde-doença;

- utilização mais ágil e oportuna da informação, para assegurar a compatibilização entre os sistemas de informação em Saúde, o que constitui a essencialidade da informação e a redução dos formulários e dos aplicativos;

- produção de indicadores capazes de cobrir todo o ciclo de organização das ações de saúde a partir da identificação de problemas mediante a condensação dos dados e informações gerados no nível local;

- consolidação progressiva da informação, partindo de níveis menos agregados para mais agregados.

Por meio do SIAB obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde. Principal instrumento de monitoramento das ações da ESF, cuja missão é monitorar e avaliar a Atenção Básica, instrumentalizando a gestão, e fomentar/consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS.

Pelas informações provenientes dos dados do SIAB coletadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) nas visitas domiciliares, as informações são recolhidas em fichas de cadastramento e de acompanhamento e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados e procedimentos realizados por todos os profissionais da ESF (BRASIL, 2003).

Os instrumentos de coleta de dados são: cadastramento das famílias (Ficha A); acompanhamento de gestantes (Ficha B-GES); acompanhamento de hipertensos (Ficha B-HA); acompanhamento de diabéticos (Ficha B-DIA); acompanhamento de pacientes com tuberculose (Ficha B-TB); acompanhamento de pacientes com hanseníase (Ficha B-HAN); acompanhamento de crianças menores de 5 anos (Ficha C); registro de

atividades, procedimentos e notificações (Ficha D) (BRASIL, 1998; BRASIL, 2003).

Os registros produzidos de forma rotineira nas inúmeras atividades da área da saúde são dados que podem ser transformados em informações. Ao se consolidarem em conjunto integrado de componentes articulados dentro de normas e regras determinadas e com referencial explicativo sistemático, produzem e analisam indicadores que são incorporados nos SISs (PEDROSA, 2005).

Segundo Ferreira (2004), informação é definida como dados acerca de alguém ou de algo; comunicação trazida ao conhecimento de uma pessoa ou do público; conhecimento amplo e bem-fundamentado, resultante da análise e combinação de vários informes, sendo ferramenta essencial à tomada de decisões em todos os âmbitos da vida humana, não sendo diferente na área da saúde.

Desta forma, há um crescente interesse em utilizar os bancos de dados originados na rotina dos serviços de saúde como ferramenta para a elaboração de políticas de saúde, para o planejamento e gestão de serviços de saúde. Segundo Bittencourt (2006), algumas condições contribuem para isso, como, por exemplo, a implementação da descentralização das ações no setor saúde e a municipalização efetiva, fatores que definem as prioridades no nível de atuação estabelecidas pelas Normas Operacionais (NO) de 1993 e 1996 e promovem a democratização do uso da informática, gerando fácil acesso ao uso. Os dados administrativos de saúde se disponibilizam em grande quantidade de informações com reduzido tempo entre o evento ocorrido e seu efetivo registro, a que se acrescenta o baixo custo.

O SUS tem ainda como fator integrante os SISs, que, por sua vez, tem a proposta de organizar a produção de informações, respaldar atividades diárias, conhecer

e monitorar o estado de saúde da população. Acrescente-se ainda que esse sistema atua como facilitador nas ações e serviços de planejar, apoiar, supervisionar e controlar tomadas de decisões, com o objetivo de avaliar as intervenções, resultados e impactos, subsidiar a educação, promover a saúde, pesquisar e produzir o conhecimento (FERREIRA, 2001).

O monitoramento das informações sobre óbitos e nascimentos, associado à facilidade de acesso aos dados, tem resultado no aumento substancial da cobertura e da qualidade das informações de ambos os sistemas (SZWARCOWALD et al., 2002). Segundo Romero (2007), informações precisas, completas e oportunas de natureza epidemiológicas representam insumos essenciais para o planejamento, monitoramento, execução e avaliação das ações de saúde, especialmente em países e regiões de ampla desigualdade socioeconômica.

A necessidade de se utilizarem dados originados de diferentes sistemas de informação para construir análises que considerem a complexidade e diversidade dos contextos humanos gera pesquisas sobre as várias metodologias de relacionamento probabilístico de base de dados (MACHADO, 2008).

Acrescente-se que a avaliação da adequação das informações de óbitos e nascimentos no nível municipal é fundamental, pois dados de qualidade precária não permitem alcançar os objetivos de sua coleta e provocam perda de recursos financeiros, interpretações errôneas da realidade e limitação do aprimoramento de políticas e estratégias de intervenção. Tanto para o planejamento global quanto para as ações no nível local, é preciso dispor de dados adequados, confiáveis e oportunos para produzir indicadores fidedignos, que possibilitem a avaliação e intervenção nos processos (WINKLER, 2004).

Segundo Mello Jorge et al. (1993), para assegurar a uma comunidade um bom

nível de saúde é necessário conhecer seu nível socioeconômico e sanitário. Neste processo, os indicadores demográficos, epidemiológicos, político-sociais e econômicos são utilizados a fim de descrever sua situação da maneira mais próxima possível da realidade. Alguns indicadores são construídos baseados em estatísticas relativas a eventos vitais, estrutura populacional, morbidade, serviços e ações de saúde. O número de nascidos vivos de uma área adscrita em um período de tempo compõe vários índices e coeficientes.

Diante da importância das informações sobre os nascidos vivos para a estatística de saúde, demografia e epidemiologia, em 1990 o MS implantou o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), com a prioridade de conhecer o perfil epidemiológico dos nascimentos segundo as variáveis peso ao nascer, índice de Apgar, duração da gestação, tipo de parto, paridade e idade materna. Antes da implantação do SINASC, as informações epidemiológicas eram obtidas por meio de pesquisas amostrais (THEME FILHA et al., 2004).

A Declaração de Nascido Vivo (DN), no Brasil, foi instituída como o instrumento utilizado para a coleta de dados que alimentam o SINASC e tem como característica a universalidade, padronização e baixo custo. Os dados fornecem importantes informações para estudos epidemiológicos e bases para o planejamento de ações preventivas e de promoção da saúde e, ainda, para a elaboração de políticas na área de saúde materno-infantil (UCHIMURA, 2007; GUERRA et al., 2008).

1.3. ASSISTÊNCIA À SAÚDE INFANTIL NO BRASIL

De acordo com Almeida Filho e Rouquayrol (2006), o termo risco tem sido utilizado operacionalmente como a probabilidade de ocorrência de uma doença, agravo,

óbito ou condição relacionada à saúde, incluindo-se nesta definição também a cura, recuperação ou melhora, em uma determinada população ou grupo, durante um período de tempo. Risco é o correspondente epidemiológico do conceito matemático de probabilidade, e se refere a modelos de distribuição populacional às chances de um indivíduo diante de um diagnóstico ou prognóstico.

A apropriação do conceito de risco e dos conhecimentos sobre determinantes de risco obtidos em estudos epidemiológicos e sua incorporação no planejamento e programação dos serviços de saúde originou a estratégia denominada “enfoque de risco”. Essa proposta encontrou na área materno-infantil ambiente propício para o desenvolvimento de diversos estudos realizados sobre os fatores de risco, por priorizar o atendimento sistemático dos serviços de saúde prestados a essa população, com vista à extensão da cobertura e à racionalização dos recursos financeiros da saúde (LUHM, 2001).

O “enfoque de risco” orienta uma ampla possibilidade operacional a partir da previsão do aparecimento de danos à saúde, do possível controle ou eliminação de fatores de risco e da identificação dos indivíduos ou parcelas da população que necessitam de atenção prioritária dos serviços de saúde para compensar os riscos a que estão expostos (LUHM, 2001).

Para a implementação das atividades assistenciais de normatização à criança de risco, já se dispõe de instrumentos que permitem identificá-la e mapear os riscos a que está exposta. O conceito de risco está associado a probabilidades, e o encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre está explicado ou é conhecido. A realidade epidemiológica local é considerada relevante em relação aos fatores de risco (BRASIL, 2000).

As políticas de assistência à saúde integral da criança no Brasil não seguem um padrão único, como o Programa Nacional de Imunização (PNI), mas procuram estabelecer princípios técnico-científicos para a elaboração de normas de atenção integral, priorizando o nível de atenção primária e definindo as prioridades segundo critérios de risco. Alguns indicadores e parâmetros são definidos como importantes desde o início da década de 80, como baixo peso ao nascer, ausência de aleitamento materno, história de óbito infantil anterior, mãe menor de 17 anos, paridade maior que 4, espaço gestacional inferior a 2 anos, desestruturação familiar, falta de apoio social, mãe doente mental e drogadita, desemprego do chefe da família e baixa renda familiar (BRASIL, 1982).

Para estimular a utilização da estratégia de risco na atenção infantil no Brasil, a Secretaria de Assistência Materno Infantil do Ministério da Saúde divulgou em 1995 o documento “Diretrizes para a Implantação de Programas de Assistência à Saúde Infantil”, com orientações para sua implementação nos municípios (BRASIL, 1995).

Segundo o Manual Técnico do Ministério da Saúde denominado “Saúde da Criança: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil”:

O indicador que melhor retrata o que ocorre durante a fase fetal é o peso de nascimento da criança. Peso ao nascer menor que 2.500g podem ser decorrentes de prematuridade e/ou déficit de crescimento intra-uterino. Recém-nascidos com menos de 2.500g são classificados, genericamente, como de baixo peso ao nascer (BRASIL, 2002, p.19).

Os fatores de risco para baixo peso ao nascer que podem influenciar negativamente o crescimento intrauterino são: o fumo, o álcool e outras drogas, a hipertensão arterial, as doenças infecciosas crônicas, as doenças sexualmente transmissíveis, o estado nutricional da gestante, o curto intervalo interpartal (menor do

que dois anos), a elevada paridade, a gestação múltipla, anomalias congênitas e a idade materna (menor que 19 anos e maior que 35 anos) (BRASIL, 2002).

O acompanhamento sistemático e rotineiro do crescimento e desenvolvimento da criança de baixo peso ao nascer constitui o eixo central e norteador da assistência à saúde pelas UBS, configurando ações importantes para a redução do coeficiente de mortalidade infantil (SLOMP, 2007).

O conceito e as noções de vulnerabilidade são recentes e contribuem para a renovação das práticas de saúde em geral e, particularmente, daquelas de prevenção e promoção da saúde, sendo necessário avançar para além da abordagem das estratégias de redução de risco (FIGUEIREDO, 2007).

As crianças de risco devem ser priorizadas para o desenvolvimento das ações de vigilância à saúde, captação precoce e busca ativa para a manutenção do calendário da atenção à saúde da criança. Segundo a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, constituem-se como fatores de risco ao nascer: residir em área de risco, ter baixo peso ao nascer (<2.500g), ser prematuro (<37 semanas de idade gestacional), sofrer asfixia grave (apgar < 7 no 5º minuto de vida), a criança ser internada ou haver intercorrências na maternidade ou em unidade de assistência ao recém-nascido, falta de orientações especiais quando da alta da maternidade/unidade de cuidados do recém-nascido, ser recém-nascido de mãe adolescente (< 18 anos) e com baixa instrução (< 8 anos de estudo) e haver história de morte de crianças < 5 anos na família (BRASIL, 1994; BRASIL, 2005).

1.4. QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES

Segundo Vuori (1991), o termo qualidade geralmente denota um grande espectro de características desejáveis de cuidados, que incluem efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científico. Avaliar a qualidade da assistência, portanto, é um procedimento complexo, que demanda muitas vezes conhecimentos ainda não disponíveis e que precisam ser desenvolvidos na prática cotidiana (RATTNER, 1996).

Atualmente o registro é considerado critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço, pois a qualidade dos registros efetuados são reflexos da qualidade da assistência prestada. É estratégico para a decisão clínica e gerencial, para o apoio à pesquisa e formação profissional (VASCONCELLOS, 2008).

Donabedian (1988) refere que para estimar a qualidade dos serviços de saúde é necessário identificar três abordagens: estrutura, processo e resultado. As medidas de estrutura que serão utilizadas nesse trabalho envolvem informações sobre recursos físicos, humanos e materiais, formas de organização e funcionamento (normas e procedimentos) e tipos de equipamento.

O campo da avaliação expandiu-se consideravelmente no final do século XX tanto na produção científica quanto no que diz respeito a sua institucionalização. Tem como principais características a diversidade conceitual e terminológica, a pluralidade metodológica e a multiplicidade de questões consideradas pertinentes. Persiste uma importante lacuna relacionada com a incorporação do conhecimento produzido no plano da investigação pelos profissionais de saúde e gestores (VIEIRA, 2004).

Contandriopoulos (2006) baseia-se na ideia de que avaliar é uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção mediante um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos

diferentes atores envolvidos - que podem ter campos de julgamento diferentes - posicionarem-se e construir um julgamento capaz de ser traduzido em ação. A avaliação pode ser normativa, quando nela se aplicam critérios e normas, ou ser elaborada a partir de um procedimento científico denominado de pesquisa avaliativa. Para fazer com que a avaliação esteja no centro das estratégias de transformação do sistema de saúde, sugere-se criar condições para um julgamento avaliativo crítico, com a implementação de estratégias que favoreçam a formação e o aprendizado, o debate, a reflexão e a abertura de novas frentes de intervenção. Institucionalizar a avaliação implica, antes de tudo, questionar a capacidade da avaliação de produzir as informações e julgamentos necessários para ajudar as instâncias decisórias a melhorar o desempenho do SUS.

Patton (1997) relata a diversidade existente no campo da avaliação e adverte que as tentativas de reduzir essa complexidade a algumas categorias correm o risco de excessiva simplificação. Para fins práticos, esse autor discute três objetivos primários para avaliação de programas: fazer julgamentos, facilitar seu desenvolvimento e contribuir com o conhecimento.

1.5. O PROGRAMA DE VIGILÂNCIA AO RECÉM-NASCIDO DE RISCO NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ

Em Maringá - Paraná, até 1999, o acompanhamento de crianças menores de um ano era realizado nas unidades básicas de saúde (UBSs) e não era sistematizado, porém havia protocolos estabelecidos de atendimento a esta população.

O Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco no município de Maringá, seguindo a política do Ministério da Saúde (MS), instituiu-se no ano de 2000

com a proposta de mudança do modelo assistencial e com o compromisso de cumprir as metas pactuadas com outras esferas governamentais para melhoria dos indicadores (MARINGÁ, 2001).

Segundo o Protocolo da Atenção Básica (MARINGÁ, 2004, pg. 26), o fluxo da informação e atendimento se divide em organização e controle das notificações e critérios da alta, descritos a seguir.

A organização e controle das notificações compreende:

- visitas às maternidades (diariamente) de 2^a a 6^a feira;
- entrega da pasta de todos os recém-nascidos de risco no município de Maringá;
- a ida do auxiliar de enfermagem à unidade neonatal para verificar as DNs e detectar RNs de risco;
- a ida do auxiliar de enfermagem até o quarto de todas as parturientes para entrega do “kit”, orientações e agendamento da consulta ao pediatra da Eede Básica para o recém-nascido que for incluído no Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco;
- a entrega, à mãe, do cartão de agendamento da consulta, com esta já agendada na unidade de saúde mais próxima de sua residência preferencialmente e consulta dentro de, no máximo, sete dias;
- responsabilidade da UBS pelo acompanhamento do bebê até completar o primeiro ano de vida, com garantia de uma consulta ao mês, visitas domiciliares quando se fizerem necessárias e busca ativa pelos faltosos;
- identificação, no livro de agendamento do pediatra, do RN de risco e anotação de seu comparecimento ou não à consulta;
- contato dos auxiliares de enfermagem do Programa (epidemiologia) com a UBS para o controle de comparecimento de consulta;

- participação de todos os RNs de risco no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN);

- inclusão de RNs de convênio e/ou particulares de áreas cobertas pelo ESF no Programa e sua avaliação pela equipe local, e em relação ao RN sem cobertura de área da ESF, a entrega, à sua mãe, da ficha de acompanhamento, anexada à pasta do RN, com orientação que esta seja levada nas consultas com o pediatra.

CrITÉRIOS de alta

Devem-se considerar na alta as situações habituais: saudável, não avaliado, abandono, mudança de endereço e óbito. As criança que atingirem 1 ano de idade em boas condições de saúde passam a ser atendidas dentro da rotina habitual da unidade e serão consideradas de alta saudável.

Os critérios de inclusão no Programa utilizados para os recém-nascidos residentes em Maringá são: idade materna menor que 18 anos, peso menor que 2500g, idade gestacional menor que 37 semanas, Apgar no 5º minuto menor igual a 7, presença de anomalia e outros critérios que necessitam de especificação. Os recém-nascidos inclusos podem ter um ou mais critérios associados.

No Programa de Vigilância ao Recém-nascido de Risco são utilizadas duas fichas de cores distintas: ficha de acompanhamento do recém-nascido de risco (ficha laranja) e ficha de avaliação de alta do recém-nascido de risco (ficha verde), as quais são preenchidas durante a internação hospitalar onde ocorreu o parto, por técnicos de nível médio em visitas às mães, em instituições públicas, privadas e filantrópicas. A ficha verde permanece arquivada no setor de Vigilância Epidemiológica, contendo dados da mãe, dados do nascimento, critérios de inclusão no programa, dados de alta aos 12 meses, sem registro do acompanhamento mensal do recém-nascido de risco no

verso. A ficha laranja, que é enviada à UBS da área de abrangência, difere no verso, onde há espaços para registro e identificação de consultas ou atendimentos durante o primeiro ano de vida da criança.

A alta do Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco se dá após o período de 12 meses. A ficha laranja é encaminhada ao setor de Vigilância Epidemiológica pela UBS, para completar dados na ficha verde, onde os dados da alta podem ser: saudável, mudança de endereço, óbito, inclusão em programas e outros; a ficha laranja retorna ao prontuário da criança na UBS de origem.

No caso de recém-nascidos inclusos no Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco que não utilizam a Rede Básica de Saúde, as mães são orientadas a solicitar o preenchimento mensal da ficha durante a consulta ou atendimento pelo profissional particular/convênio, a qual, após os doze meses, deverá retornar preenchida à UBS da área de abrangência.

Diante do exposto, o presente estudo tem como foco o sistema de dos registros das informações dos nascidos vivos de risco nas diferentes fontes de registro do Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco do município de Maringá, esperando-se trazer subsídios para ações de gestão no intuito de otimizar recursos físicos e humanos e a assistência a esse segmento populacional. Os profissionais de saúde têm papel decisório na implantação de ações e programas, principalmente o enfermeiro que é parte integrante e mobiliza a equipe na qual está inserido. Desde o primeiro programa de saúde materno infantil, a enfermagem foi caracterizada pela concepção de "execução" de tarefas e em conformidade com o local onde se realizam os cuidados, indicando-se o que deve ser feito e descrevendo-se procedimentos tradicionais na assistência à mãe e à criança.

2.OBJETIVOS

2.1. GERAL

O estudo tem como objetivo geral analisar a qualidade das informações dos recém-nascidos cadastrados no Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco do município de Maringá - Paraná nos diferentes sistemas de informação no ano de 2007.

2.2. ESPECÍFICOS

Constituem-se como seus objetivos específicos:

- caracterizar a população de nascidos vivos de risco residentes no município de Maringá - Paraná e cadastrados no Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco em 2007;
- relacionar os dados sobre a operacionalização e recursos disponíveis no Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco informados pelos profissionais de saúde com aqueles contidos nos sistemas de informação;
- analisar a qualidade das informações relativas ao recém-nascido de risco desde o nascimento até seu seguimento aos 12 meses nas UBSs, nos aspectos referente a localização, registro, legibilidade e assinatura de profissionais.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo faz parte da pesquisa “Condições de Vida e Saúde de Bebês de Risco e suas Mães em Maringá - Paraná”, projeto aprovado pelo Edital MCT/CNPq 15/2007 – Universal.

3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal com enfoque quantitativo-analítico. Segundo Almeida Filho e Rouquayrol (2006), estudos de corte transversal produzem investigações que, por sua vez, são “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros, produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado. São estudos com finalidade de obter o diagnóstico comunitário da situação local de saúde.

3.2. FONTES DE DADOS

3.2.1. SINASC

O Sistema de Informação de Nascidos Vivos propicia um aporte significativo de dados sobre nascidos vivos, com suas características mais importantes, como idade materna, sexo, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto, peso ao nascer, apgar, idade gestacional, má formação congênita e outras. A base de dados nacional é gerada pelo DATASUS. A operacionalização do sistema é composta pelo documento padrão, que é a DN, e pelo programa para operação em microcomputadores, que é composto por

sete blocos de preenchimento com 41 variáveis. A DN é impressa pelo MS - através do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) - em três vias previamente numeradas. É distribuída gratuitamente às secretarias estaduais de saúde, que as fornecem às secretarias municipais, que por sua vez a repassam aos estabelecimentos de saúde e cartórios (BRASIL, 2001).

O banco de dados do SINAS utilizado no estudo foi fornecido pela Vigilância Epidemiológica do município de Maringá, pois o ano de 2007 ainda não estava disponível no *site* do Ministério da Saúde.

3.2.2. Fichas de acompanhamento do recém-nascido de risco

A Ficha de Acompanhamento do Recém-Nascido de Risco (Ficha Laranja) é padronizada pelo setor de Vigilância Epidemiológica do município (anexo 1). No Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco são utilizadas duas fichas de cores distintas (verde e laranja), que são preenchidas durante a internação hospitalar por técnicos de nível médio em visitas às mães, em instituições hospitalares públicas, privadas e filantrópicas. A ficha de avaliação de alta do recém-nascido de risco, a ficha verde (Anexo 2), permanece no setor de Vigilância Epidemiológica, contendo dados da mãe, dados do nascimento, critérios de inclusão no Programa, dados de alta aos 12 meses, e não contém registros no verso. A ficha laranja, que é enviada à UBS da área de abrangência, difere no verso, onde há espaços para registro e identificação de consultas ou atendimentos durante o primeiro ano de vida da criança. Após o intervalo de 12 meses a ficha laranja é encaminhada ao setor de Vigilância Epidemiológica para completar dados na ficha verde, retornando depois ao prontuário da criança na UBS de origem. Mães de recém-nascidos inclusos no Programa de Vigilância ao Recém-

Nascido de Risco que não utilizam a Rede Básica de Saúde são orientadas a fazer preencher a mesma ficha pelo profissional particular/convênio e retorná-la após os doze meses à UBS da área de abrangência.

As variáveis estudadas relativas à ficha laranja foram: ficha laranja localizada; idade da mãe registrada; sexo do recém-nascido registrado; peso ao nascer registrado; altura ao nascer registrado; local do nascimento registrado; idade gestacional registrada; Apgar 1º minuto registrado; Apgar 5º minuto registrado; anomalia congênita registrada; tipo de parto registrado; idade materna menor de 18 anos registrada; peso menor a 2500g registrado; idade gestacional menor de 37 semanas registrada; Apgar no 5º minuto menor que 7 registrado; óbito registrado; visita domiciliar registrada; legibilidade do registro de visita domiciliar; registro de visita domiciliar assinado; atendimento médico registrado; legibilidade do registro de atendimento médico; registro de atendimento médico assinado; atendimento de enfermagem registrado; legibilidade do registro de atendimento de enfermagem; registro de atendimento de enfermagem assinado; registro dos meses preenchido; registro da legibilidade dos meses preenchido; registro dos meses preenchido e assinado; peso aos 6 meses registrado; altura aos 6 meses registrada; peso na alta do programa registrado; altura na alta registrada; imunização na alta registrada; tipo de alta registrado; registro na alta de inclusão em outros programas.

Além da ficha laranja do Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco padronizada, foram utilizadas nas UBS fichas do SIAB (ficha A- cadastro familiar e ficha C- criança menor de 5 anos) e prontuários.

3.2.3. Ficha A

É preenchida nas visitas que o agente comunitário de saúde (ACS) faz às famílias em sua área de abrangência, sendo uma ficha por família. As informações recolhidas como a identificação da família, cadastro de todos os seus membros, situação de moradias e outras informações adicionais permitem à ESF conhecer as condições de vida das pessoas e melhor planejar suas intervenções. Todos os dados da ficha A devem ser atualizados sempre que houver alteração. O ACS registra, todo mês, a ocorrência de mortes, mudanças de atividade profissional (ocupação) dos membros da família, as condições de moradia e saneamento e a ocorrência de nascimentos (anexo 3).

As variáveis buscadas nesta ficha foram: ficha A localizada; endereço registrado; número da ESF registrado; número da microárea registrado; condições de moradia e saneamento registradas; encaminhamento à odontologia registrado (apêndice)

3.2.4. Ficha C

Instrumento utilizado para o acompanhamento da criança menor de 5 anos, a ficha C é uma cópia do “Cartão da Criança” padronizado pelo MS, utilizado pelos diversos serviços de saúde nos municípios. O Cartão da Criança é produzido em dois modelos distintos: um para a criança de sexo masculino e um para a criança do sexo feminino. Toda família que tenha uma criança menor de cinco anos acompanhada em

uma UBS deve possuir o Cartão da Criança, o qual servirá como fonte básica dos dados que são coletados pelos ACSs.

As variáveis encontradas nesta ficha foram relacionadas a: ficha C localizada; avaliação preenchida de risco ao nascer; acompanhamento registrado de janeiro a dezembro; acompanhamento maior de 6 vezes registrado; acompanhamento menor ou igual a 6 vezes registrado; peso registrado; altura registrada; vacina registrada e gráfico peso-idade preenchido. A variável acompanhamento registrado de janeiro a dezembro foi dividida em duas outras variáveis: acompanhamento maior de 6 vezes registrado e acompanhamento menor ou igual a 6 vezes registrado, sendo o número de registro de peso e o número de registro de altura considerados para análise no período de 1 ano (anexo 4).

3.2.5. Prontuário

O prontuário foi tratado neste estudo como registro em saúde, definido como o documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Algumas UBSs atualmente estão informatizadas, porém durante a coleta de dados só foram utilizados as informações dos atendimentos contidos em formulários de papel. Os dados do primeiro atendimento do usuário são cadastrados no computador da UBS, gerando um número de prontuário que é interligado entre todas as UBSs, porém

os registros de atendimentos são realizados manualmente pelos profissionais, não havendo padronização (apêndice B).

Dos prontuários foram obtidas as variáveis com dados positivos como: prontuário localizado; prontuário identificado como bebê de risco; ficha laranja do Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco localizada no prontuário; atendimento médico registrado; legibilidade do registro de atendimento médico; registro de atendimento médico assinado; atendimento de enfermagem registrado; legibilidade do registro de atendimento de enfermagem; registro de atendimento de enfermagem assinado; encaminhamento registrado; internamento registrado; peso registrado; legibilidade do registro de peso; registro de peso assinado; altura registrada; legibilidade do registro de altura; imunização registrada; legibilidade do registro de imunização; registro de imunização assinado.

3.3. LOCAL DO ESTUDO

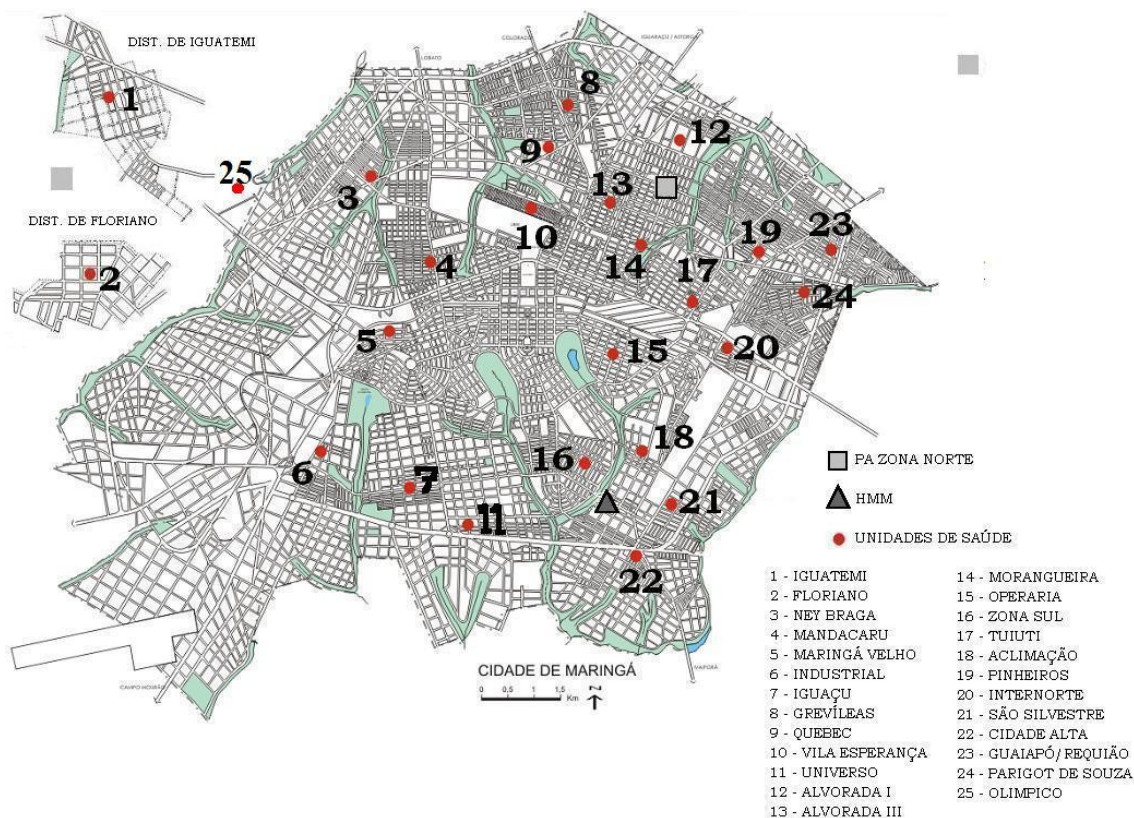
O estudo foi realizado em todas as 23 UBSs da Rede Básica de Saúde do ano de 2007 e no Setor de Vigilância Epidemiológica no município de Maringá - PR, que está inserido na 15ª Regional de Saúde, da qual é sede, sendo referência para outros municípios na assistência em média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar através da rede de serviços conveniada com o SUS.

Em 2007, a rede hospitalar do município de Maringá totalizava onze instituições hospitalares, sendo sete privadas, duas filantrópicas, uma pública municipal e uma pública estadual, com 1191 leitos hospitalares. Eram disponibilizados ao SUS 693 leitos (59,2%). Deste total, 240 eram leitos psiquiátricos de longa permanência destinados à população da 11ª, 13ª e 15ª Regionais (35,2%), 56 eram leitos de UTI (8,0

%) e 16 eram leitos para emergência psiquiátrica (2,3%). Os leitos destinados à obstetrícia no hospital filantrópico totalizavam 30 (4,3%) e atendiam a 17 UBSs, e os leitos obstétricos no hospital público estadual totalizavam 15 (2,1%), atendendo às demais UBSs.

A Rede Municipal de Saúde do município de Maringá contava em 2007 com o Hospital Municipal, três unidades de referência, o Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM), o Centro de Atenção Psicossocial - álcool e drogas (CAPS - ad) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II); Emergência Psiquiátrica; duas policlínicas especializadas (Zona Sul e Zona Norte); Ambulatório Municipal de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/Aids); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Setor de Imunização (Sala de Vacinação e Imunobiológicos Especiais); Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Residência Terapêutica.

A Rede Básica de Saúde do município de Maringá conta atualmente com 25 UBSs (Figura 1). Em 2007 a ESF contava com 66 equipes e atualmente apresenta implantação com índice de cobertura de 77,11% e população cadastrada de 258.726 habitantes residentes no município de Maringá, com 66 equipes da ESF (BRASIL, 2009b).



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Maringá (Planejamento), 2009.

Figura 1: Mapa com a localização das Unidades Básicas de Saúde de Maringá, 2009.

O distrito de Floriano foi retirado do estudo por apresentar população de 1340 habitantes e não apresentar amostra significativa. O distrito de Iguatemi, cuja população referenciada era de 7.884 habitantes e que contava com duas ESFs, foi mantido no estudo. A UBS Olímpico não entrou no estudo por ter sido inaugurada em 2008 e ter sido realizada coleta de dados na sua área referenciada pelas UBSs dos bairros Mandacaru e Ney Braga.

A justificativa de utilizar o ano de 2007 é de que o retorno das fichas de acompanhamento do recém-nascido de risco após os doze meses de duração do programa nem sempre é efetivo nas UBSs, podendo ocorrer atrasos. Daí a opção por utilizar dados de nascimentos no período de 01/01/2007 a 31/12/2007, cujo fechamento poderia estar dentro do prazo até 31/12/2008.

3.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

No ano de 2007 foram identificados 4175 nascimentos de crianças cujas mães eram residentes no município de Maringá. A população total estimada, no referido ano, era de 325. 800 habitantes, dos quais 4.833 eram menores de 1 ano (SESA, 2007).

Foram inclusas no Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco 710 (17%) crianças, por apresentarem pelo menos um dos critérios de risco. Para a definição do tamanho da amostra a ser estudada considerou-se o erro amostral de 1%, o que determinou uma amostra de pelo menos 483 crianças, independentemente do tipo e tamanho da população. Foram sorteados mais 5% desse total para possíveis perdas, perfazendo 505 crianças.

3.4.1. Entrevistas

Com o objetivo de subsidiar as informações colhidas nas fontes de dados, foram entrevistados os profissionais que atuavam nas UBSs, tendo-se constatado que os recursos humanos atuantes na área de assistência das UBSs em que está implantado o Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco se constituem de técnicos de enfermagem, técnicos de consultórios odontológicos, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório odontológicos, dentistas, médicos pediatras e enfermeiros. Na ESF constituem os recursos humanos: enfermeiros, médicos, dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares odontológicos, técnicos odontológicos e agentes comunitários de saúde (ACS). Para aprofundar as informações sobre os RNs de risco optou-se por entrevistar os profissionais que atuam diretamente na assistência, e para tanto foram

escolhidas quatro categorias profissionais: as de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS.

As entrevistas foram realizadas no ano de 2009, cumprindo lembrar que as UBSs Olímpico e Aclimação foram incluídas na amostra. Elas foram realizadas com questões fechadas e autoaplicáveis, sendo validadas com profissionais das UBSs que não tinham sido selecionados para a amostra (apêndice C).

No programa Statistica 7.1. (STATSOFT, 2006) realizou-se amostra aleatória proporcional, em que foram colocados todos os 705 profissionais das quatro categorias selecionadas. O cálculo da amostra com os profissionais da saúde teve como parâmetro a existência, do total de nascimentos, de 17% de recém-nascidos inclusos no Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco, resultando em 120 entrevistados, com acréscimo de 25% de perdas, perfazendo um total de 153 profissionais para a entrevista, sendo 16 médicos, 16 enfermeiros, 47 auxiliares de enfermagem e 74 ACSs.

As UBSs foram colocadas em planilhas, por número de profissionais, para escolha do local. O instrumento da entrevista foi testado por um profissional de cada categoria. Todas as entrevistas foram realizadas no local de trabalho do entrevistado-se buscando adequar o lugar e horário das entrevistas.

3.5. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram arquivados no Aplicativo Microsoft Office Excel 2003 e analisados pela Análise por Correspondências Binárias e a Classificação Hierárquica Ascendente. Para realizar os procedimentos estatísticos foram utilizados os programas computacional Statistica 7.1.(STATSOFT, 2006) e STATlab 30. 32 (*Logiciel d'Analyse Statistique de Données*).

Para alguns autores, a Análise de Correspondência (AC) faz parte de um conjunto de métodos utilizados para a análise descritivo-exploratória de grandes tabelas, permitindo a inclusão de variáveis qualitativas categóricas. A AC fornece uma representação multivariada de interdependência para dados não métricos, ou seja, é especialmente indicada e utilizada para descrever matrizes com grande volume de dados discretos e sem uma estrutura definida *a priori*. Este método permite a visualização das relações mais importantes de um grande conjunto de variáveis entre si. Os resultados são apresentados sob a forma de gráficos, nos quais estão representadas as categorias de cada variável e observadas as relações entre estas, através da distância entre os pontos desenhados (CARVALHO, 1992; HAIR, 2005).

A AC também é considerada um algoritmo de redução de dados que fornece imagens simplificadas da realidade multidimensional. Há dependência entre os dois conjuntos de categoria, compreendidos pelas linhas e colunas da tabela de contingência que são usadas para registrar e analisar o relacionamento entre as variáveis, indicando a melhor representação simultânea possível (ALVES, 2007).

A distância entre duas categorias dispostas em uma coluna da matriz é calculada a partir de seu perfil de coluna, levando-se em consideração as variáveis de cada linha, ou seja, o total desta linha no total de elementos da matriz. Esta operação é repetida para as linhas. As categorias têm localização no espaço que é função, simultaneamente, de seu perfil de linha e das variáveis de cada coluna no total da matriz, ou seja, há uma perfeita correspondência entre linhas e colunas, sendo a frequência relativa, ou perfil de linha, o peso das colunas, e vice-versa. Este aspecto permite a visualização de pontos de linhas e colunas em um mesmo espaço. Para cada categoria de cada variável é calculada sua distância para todas as demais, configurando uma nuvem de pontos em um espaço multidimensional (CARVALHO, 1992).

A representação gráfica obtida por meio da AC permite visualizar a distribuição das variáveis na sua relação com todas as outras. Cada categoria de cada variável é representada por um ponto e as distâncias entre os pontos representam as relações entre as variáveis analisadas. É essencial a compreensão do modelo para a determinação destas distâncias (GREENACRE, 1981; ARANHA, 2004).

A representação gráfica das variáveis exige o cálculo dos eixos fatoriais, das coordenadas dessas sobre os referidos eixos e do percentual da inércia explicada. Cada eixo é uma combinação linear de todas as variáveis estudadas. Para a apreciação do fenômeno utiliza-se uma dimensão perceptível de até três eixos, esperando-se que a inércia então justificada seja alta, em torno de 70%. A interpretação é baseada na localização dos pontos, e estão associados aqueles encontrados na mesma direção em relação à origem e na mesma região do espaço-quadrante (KHATTREE, 2000). A distância entre eles será avaliada relativamente. Variáveis mais afastadas dos eixos contribuem mais para a variação. Variáveis próximas, em um mesmo quadrante, usufruem das mesmas condições observadas, e variáveis em quadrantes opostos são antagônicas.

O procedimento estatístico da Classificação Hierárquica Ascendente objetiva a determinação de agrupamentos homogêneos (*clusters*) de variáveis de qualidade e UBS. A técnica tem como ideia principal a geração de subgrupos, de forma que os indivíduos que compõem cada subgrupo possuam a máxima semelhança e, ao mesmo tempo, que haja uma maior diferenciação entre indivíduos de subgrupos distintos.

Os agrupamentos/*cluster* resultantes têm a propriedade de serem bastante homogêneos internamente (intragrupo), com pequena variância, mas bastante heterogêneos em relação aos elementos dos outros grupos (intergrupo), maximizando a variância.

A classificação é representada por meio do dendrograma (diagrama em árvore) que organiza os indivíduos de modo hierárquico e ascendente, ou seja, a partir de subgrupos de menor quantidade de indivíduos para subgrupos de quantidade maior que a dos anteriores. Para estabelecer definitivamente os diferentes tipos, verificou-se se há coerência interna em cada *cluster* quando comparado com os restantes.

Para a interpretação dos gráficos, autores como Moscarola (1991), Hair et al.; (1994), Crivisqui (1995), Lagarde (1995) e Green, Shaffer e Patterson (1998) sugerem alguns passos, tais como:

- verificar a quantidade de informações restituídas pelos eixos e, quando necessário, interpretar os dados explorando os eixos subsequentes, que podem conter outras dimensões de análise; e

- identificar as categorias que mais se afastam do centro quando o interesse é buscar características específicas, pois estas são as representações mais originais e as que caracterizam as dependências existentes.

As categorias próximas do centro do gráfico demonstram estar associadas, se não a todas, pelo menos a um grande número de categorias de uma linha e de uma coluna, representando um comportamento médio das variáveis no que se refere às categorias. Quanto mais afastadas do centro se encontrem as categorias e quanto mais próximas estiverem entre si, mais características daquelas categorias-linha (UBSs) serão aquelas categorias-coluna (qualidade do registro). O fato de as categorias-coluna serem mais afastadas das categorias-linha significa que ambas não são correlacionadas entre si. Tais relações devem ser interpretadas em um número adicional de eixos/dimensões tanto maior quanto maior for a quantidade de informação restituída por tais eixos.

A AC é uma técnica de representação gráfica em projeção plana das relações multidimensionais das distâncias χ^2 entre as categorias das variáveis estudadas.

Utilizou-se a projeção simétrica, que permite examinar simultaneamente as relações entre linhas e colunas da tabela de contingência, ou seja, as relações entre todas as categorias de ambas as variáveis. Categorias com localização próxima na projeção plana têm relação mais forte do que categorias separadas por distâncias maiores. O gráfico deve ser interpretado como um mapa geográfico, em que distâncias menores entre as UBSs representam associações mais fortes, enquanto distâncias maiores representam dissociações.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

Foi solicitado ao Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores (CECAPS) da Secretaria Municipal de Saúde e a todos os gerentes das UBSs acesso à utilização do sistema de informações e prontuários de pacientes para realização do estudo, cuja liberação ocorreu por meio do Ofício n.º 795/2008 (anexo 5). O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, apreciou o estudo e o aprovou mediante o Parecer n.º 595/2008 (Anexo 6).

Considerando que se trata de um estudo em que se utilizam dados de domínio público de fontes secundárias, não havendo identificação física e nominal da criança e da mãe, não foi preciso utilizar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); mas para a coleta de dados primários com entrevistas aos profissionais lotados nas UBSs foi solicitada a assinatura desse documento (apêndice D) em duas vias. No Termo

se assegurou que os participantes teriam a liberdade de decidir se participariam ou não, e que sua desistência não lhes acarretaria nenhum prejuízo.

Os dados foram coletados por uma acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM) e pela pesquisadora. A acadêmica recebeu treinamento e supervisão direta da pesquisadora, não indo a campo sem a presença de supervisão.

Os instrumentos para coleta nas várias fontes de dados foram previamente testados em 2008 e, quando necessário, reformulados (apêndices A e B).

4.RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

Das 4.175 crianças nascidas e residentes no município de Maringá em 2007, 710 (17%) foram incluídas no Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco, sendo selecionada uma amostra aleatória de 505 (71,1%) crianças, das quais 254 (50,3%) apresentaram baixo peso ao nascer, 244 (48,3%) eram prematuras, 142 (28,1%) eram filhos de mães adolescentes (< 18 anos), 50 (9,9%) tinham Apgar ≤ 7 e 21 (4,1%) foram classificadas como portadoras de anomalia congênita. Observou-se que muitas destas crianças apresentaram mais de um critério de risco.

A Tabela 1 apresenta o total das crianças de risco (710) segundo as UBSs, a amostra proporcional delas derivada (505), o número de crianças cadastradas na ficha laranja pelo setor de Vigilância Epidemiológica (505), o total de crianças cadastradas na ficha A (131), o total de crianças cadastradas na ficha C (128) e o total de crianças com prontuários localizados nas UBSs (359), observando-se que os percentuais da ficha laranja estão na coluna e os da ficha A, ficha C e prontuários se encontram na linha.

Ao todo, nas fichas A foram encontradas 131 (25,9%) crianças, destacando-se a UBS Iguatemi como a de maior índice de Ficha A, com 81,0% (17 fichas), em contraste com as UBSs Vila Operária, com uma única Ficha A (6,3%) e do Jardim Quebec, com 4 fichas A localizadas (7,0%). Na UBS Parigot de Souza não foi encontrada nenhuma ficha A, fato que resultou da não inclusão desta UBS na análise de correspondência.

De maneira geral, observou-se em todas as UBSs dificuldade em localizar a ficha A e a ficha C, o que sugere que elas ficam restritas ao processo de digitação do

profissional ACS para alimentar o SIAB e não há organização para arquivamento das fichas nas UBSs, fato que foi evidenciado nas várias visitas.

Foram localizadas 128 (25,3%) crianças com ficha C nas amostras das UBSs estudadas. Nas UBS Iguatemi encontraram-se 17 (81,0%) crianças com ficha C e na do Parque das Grevíleas localizaram-se 16 (84,2%) com ficha C. Nas UBSs Maringá Velho e São Silvestre foi encontrada uma única ficha C em cada serviço, o que representa 3,6% e 6,3% respectivamente de fichas C localizadas. Não foram localizadas fichas C nas UBSs Aclimação, Zona Sul e Parigot de Souza, excluindo-as da análise de correspondência.

Com relação aos prontuários, foram localizados 359 (71,0%). Destaca-se que na UBS Universo foram encontrados todos os prontuários, na UBS Morangueira, 90,9% (10 prontuários), percentual utilizado tendo como referência o número de fichas laranja da amostra populacional. Em menor proporção, na UBS Zona Sul foram localizados apenas 23,1% (6) do total da amostra proporcional referenciada a essa UBS.

Tabela 1: Distribuição do número e percentagem do total de crianças, população amostral, ficha laranja, ficha A, ficha C e prontuários por UBS. Maringá-PR, 2007.

UBS	Total de crianças Nº	Amostra populacional Nº	Ficha Laranja		Ficha A		Ficha C		Prontuários	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Parigot	18	13	13	2,6	-	-	-	-	10	76,9
Pinheiros	81	57	57	11,3	12	21,1	4	7,0	45	78,9
Alvorada I	26	21	21	4,2	7	33,3	9	42,9	16	76,2
Cidade Alta	41	32	32	6,3	6	18,8	9	28,1	28	87,5
Grevíleas	22	19	19	3,8	7	36,8	16	84,2	13	68,4
Iguaçu	28	17	17	3,4	2	11,8	6	35,3	12	70,6
Iguatemi	27	21	21	4,2	17	81,0	17	81,0	17	81,0
Industrial	18	15	15	3,0	3	20,0	4	26,7	11	73,3
Internorte	19	10	10	2,0	4	40,0	3	30,0	4	40,0
Mandacaru	49	34	34	6,7	10	29,4	5	14,7	25	73,5
Maringá Velho	40	28	28	5,5	4	14,3	1	3,6	15	53,6
Morangueira	19	11	11	2,2	4	36,4	3	27,3	10	90,9
Ney Braga	38	25	25	5,0	8	32,0	8	32,0	21	84,0
Quebec	66	57	57	11,3	4	7,0	5	8,8	42	73,7
São Silvestre	19	16	16	3,2	4	25,0	1	6,3	13	81,3
Tuiuti	18	15	15	3,0	2	13,3	4	26,7	9	60,0
Universo	10	9	9	1,8	5	55,6	5	55,6	9	100,0
Vila Esperança	21	14	14	2,8	8	57,1	7	50,0	8	57,1
Vila Operária	30	16	16	3,2	1	6,3	2	12,5	4	25,0
Zona Sul	39	26	26	5,1	3	11,5	-	-	6	23,1
Guaiaipó- Requião	38	24	24	4,8	15	62,5	15	62,5	21	87,5
Alvorada III	31	23	23	4,6	4	17,4	4	17,4	19	82,6
Aclimação	7	2	2	0,4	1	50,0	-	-	1	50,0
*Outros	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	710	505	505	100	131	25,9	128	25,3	359	71,0

*UBS Floriano e UBS Olímpico não entraram na amostra

4.2. ANÁLISE MULTIDIMENSIONAL DE DADOS CATEGÓRICOS

Segundo Mota (2007), o procedimento de seleção das variáveis para construir o modelo da técnica exploratória multivariada não é definido como o são dos procedimentos de regressão múltipla. O pesquisador realiza a análise por meio da subjetividade, da observação de campo e do conhecimento teórico acerca do tema abordado.

No estudo, as linhas da matriz de dados foram as 23 UBSs que apresentaram um perfil definido por suas respostas em cada quesito dos instrumentos de coleta dos vários sistemas de informação utilizados para as colunas, as qualidades afirmativas das variáveis garantindo a inclusão de todas as variáveis relevantes para a pesquisa. Buscou-se identificar a combinação das variáveis que apresentaram maior estabilidade na representação gráfica e na tabela de dados cruzados que são similares no resultado. A análise dos dados foi realizada de forma individualizada de acordo com a fonte de dados.

4.2.1. Análise da ficha laranja

Na ficha de acompanhamento do recém-nascido de risco (ficha laranja) foram registradas 248 (49,1%) crianças do gênero masculino e 257 (50,9%) do gênero feminino. A variável peso ao nascer estava registrada em todas as 505 (100%) fichas e a variável altura ao nascer apresentou registro em 128 (23,7%) fichas. O tipo de parto foi

preenchido em 505 (100%), com o registro de 330 (65,3%) partos cesáreos e 175 (34,7%) de partos normais.

As taxas de cesárea, tanto no SUS como na Saúde Suplementar, vêm aumentando progressivamente desde 1999. Essas taxas estão muito acima do preconizado pela Organização Mundial da Saúde, que é de 15% de partos cesáreos (WHO, 1985). Há evidências de que quanto mais as taxas se distanciam dos 15%, mais fortemente estão associadas com a mortalidade materna e com a mortalidade neonatal (BELTRAN, 2007).

Em 2002, 38,6% (1.182.238) dos nascidos vivos nasceram de parto cesáreo no Brasil. Na Região Norte a proporção de parto cesáreo foi de 28,1%; no Nordeste, 26,9%; no Sudeste, 47,5%; no Sul, 44,1% e no Centro-Oeste, 44,2%. No ano de 2003, ocorreram no Brasil 1.213.842 nascimentos por parto cesáreo, ou seja, 40,0% de todos os nascimentos. De 2002 para 2003 observou-se um pequeno acréscimo no número de nascimentos por parto cesáreo em todas as regiões: na Região Sul subiu para 46,0%, na Região Norte, para 29,3%; na Nordeste, para 28,5%; na Sudeste, para 48,7%; e na Centro-Oeste, para 45,8%. As regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentaram maiores proporções de nascidos por parto cesáreo, e são as mesmas regiões que apresentaram os maiores percentuais de nascidos pré-termo e com baixo peso, o que leva a pensar que essa associação merece melhor investigação (BRASIL, 2005b).

O estudo realizado por José Villar et al. (2006) para a Organização Mundial de Saúde evidenciou uma associação entre os índices de cesárea e a morbidade e mortalidade materna severa, bem como com o aumento de mortalidade fetal e um maior número de bebês encaminhados para UTI neonatal por sete ou mais dias; também foi observado que havia um incremento progressivo de nascimentos prematuros e da mortalidade neonatal quando os índices de parto cesáreo atingiam valores acima de

10%. Os autores avaliaram que os altos índices de parto cesáreo não indicam melhor cuidado perinatal e podem ser associados com danos para a parturiente e para o recém-nascido.

As medidas adotadas até o presente pelo MS para coibir a prática abusiva surtiram efeito limitado, apontando a necessidade de incluir estratégias para redução das práticas abusivas de cesáreas também nos hospitais privados e de convênios, tendo-se em vista que a questão das altas taxas de cesárea no Brasil é determinada por múltiplos fatores históricos, estruturais, conjunturais, constituindo um problema de saúde pública a ser enfrentado pelos diferentes profissionais de saúde. A redução das taxas de cesáreas desnecessárias foi incorporada como ação estratégica do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e no Pacto de Gestão (BRASIL, 2008).

Neste sentido, a Portaria n.º 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 implantou o Pacto pela Saúde, que foi estruturado em três pilares: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. O Termo de Compromisso de Gestão assinado, renovado anualmente, substituiu os anteriores processos de habilitação e estabeleceu metas e compromissos para cada estado da federação. Todos os municípios passaram a ser gestores das ações de saúde, com atribuições definidas e metas a serem cumpridas (BRASIL, 2006).

O município de Maringá em 2006 apresentou índices elevados (75,46%) de partos cesáreos. No ano de 2008 a taxa foi de 54,43%, segundo dados contidos no Relatório Municipal de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde. Nos anos de 2007 e 2008 o município não estabeleceu metas para diminuição dos índices de cesárea por serem estas um indicador complementar, e não o principal, estando inseridas no indicador de redução da mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2009a).

As ações para diminuição das taxas de parto cesáreo no município estão voltadas para o hospital público estadual e um dos hospitais filantrópicos, que almejam a habilitação e credenciamento de gestação de alto risco pelo MS com a obrigatoriedade de abaixar os seus índices.

Com relação ao tipo de convênio, foram encontrados registros em 501 (99,2%) fichas laranja. Destes registros, 299 (59,7%) eram do SUS, 103 (20,6%) de algum tipo de convênio de saúde suplementar e 99 (19,7%) sem registro do tipo de convênio. A ESF do município de Maringá está atualmente com índice de cobertura de 77,11% e uma população cadastrada de 258.726 habitantes residentes no município de Maringá, contando com 66 equipes. Da população cadastrada, 69.450 (26,8%) pessoas declararam possuir plano de saúde como um índice de indicador social. A partir dos dados apresentados podemos inferir que a cobertura de saúde suplementar no município é maior do que a encontrada no Brasil como um todo, e em comparação com algumas regiões, essa diferença para mais equivale a 25% (BRASIL, 2009b).

A aplicabilidade da concepção dos eixos fundamentais da ESF, como a integralidade e o desenvolvimento de ações de educação em saúde, depende de índices crescentes de cobertura de população cadastrada, e no município de Maringá o número de equipes não sofreu ampliação desde 2007.

Para realizar a AC foram considerados todos os valores positivos das variáveis categóricas, ou seja, aquelas em que havia registro na ficha pesquisada, independentemente do conteúdo, sendo a maioria de variáveis qualitativas.

Foram categorizadas trinta e cinco variáveis (apêndice A), descritas como: ficha laranja localizada; idade da mãe registrada; sexo do recém-nascido registrado; peso ao nascer registrado; altura ao nascer registrada; local do nascimento registrado; idade gestacional registrada; Apgar 1º minuto registrado; Apgar 5º minuto registrado;

anomalia congênita registrada; tipo de parto registrado; idade materna menor de 18 anos registrada; peso menor que 2500g registrado; idade gestacional inferior a 37 semanas registrada; Apgar no 5º minuto menor que 7 registrado; óbito registrado; visita domiciliar registrada; legibilidade do registro de visita domiciliar; registro de visita domiciliar assinado; atendimento médico registrado; legibilidade do registro de atendimento médico; registro de atendimento médico assinado; atendimento de enfermagem registrado; legibilidade do registro de atendimento de enfermagem; registro de atendimento de enfermagem assinado; registro dos meses preenchidos; registro da legibilidade dos meses preenchidos; registro dos meses preenchidos assinados; peso aos 6 meses registrado; altura aos 6 meses registrada; peso na alta do programa registrado; altura na alta registrada; imunização na alta registrada; tipo de alta registrado e registro na alta de inclusão em outros programas.

A AC é uma técnica que visa à redução da quantidade de dados a partir de procedimentos estatísticos a fim de analisar um maior número de variáveis/categorias simultaneamente a partir de um espaço de dimensões reduzidas, com um mínimo de perda de informação.

Sugere-se que informações significativas sejam analisadas nos três eixos, ressaltando-se que normalmente a quantidade de informação do eixo 1 é sempre maior. Para os dados contidos na ficha laranja foram estudados, através da AC, três eixos, com 33,79%, 20,99% e 11,32%, respectivamente, totalizando 66,10%, que é a combinação linear de todas as variáveis estudadas, cumprindo lembrar que a inércia justificada deve ser alta, próxima de 70%, isto é, que contenha um percentual de informações relevante.

Com os resultados da AC foi realizada a Classificação Hierárquica Ascendente, com o objetivo de determinar os grupos homogêneos das variáveis das UBSs (os *clusters*). Na primeira análise os agrupamentos apresentavam uniformidade, assim foi

realizada apenas uma rodada de análise, suficiente para que os valores médios encontrados estivessem próximos aos valores de cada variável, não sendo necessário repetir o processo de simulação. Para esta análise foram obtidos seis grupos homogêneos.

Cluster 1: Alvorada I, Iguaçu, Morangueira, Vila esperança e Vila Operária;

Cluster 2: Pinheiros, Industrial, Maringá Velho, Ney Braga, São Silvestre, Tuiuti;

Cluster 3: Universo;

Cluster 4: Iguatemi, Internorte, Quebec, Alvorada III;

Cluster 5: Cidade Alta, Guaiapó e

Cluster 6: Parigot de Souza, Grevíleas, Mandacaru, Zona Sul, Aclimação.

As associações entre variáveis e UBSs podem ser facilmente identificadas observando-se as contribuições mais elevadas (em negrito), apresentadas na tabela 2. Cabe ressaltar que as variáveis ficha laranja localizada; idade da mãe registrada; sexo do recém-nascido registrado; peso ao nascer registrado; altura ao nascer registrada; local do nascimento registrado; idade gestacional registrada; Apgar 1º minuto registrado; Apgar 5º minuto registrado; anomalia congênita registrada; tipo de parto registrado; idade materna < 18 anos registrada; peso < 2500g registrado; idade gestacional < 37 semanas registrada; Apgar no 5º minuto menor que 7 registrado foram preenchidas pelos profissionais de nível médio da Secretaria Municipal da Saúde do Setor da Vigilância Epidemiológica, sugerindo que houve padronização dos registros, portanto não houve variação significativa de contribuições. Para as demais variáveis os registros foram realizados pelos profissionais das UBSs, encontrando-se variabilidade nas contribuições.

Um aspecto importante na configuração de um mapa na AC é a apresentação simultânea de todas as associações, observando-se que na ficha laranja as variáveis com

resíduos positivos maiores encontraram-se mais próximas umas das outras, demonstrando a correspondência existente. Em contrapartida, as células com resíduos menores se repetiram no gráfico e foram excluídas para melhor visualização (figuras 2, 3 e 4). A tabela de contribuições por agrupamento homogêneo revela e indica os mesmos dados, observando-se que há confirmações entre as tabelas de contribuições e os gráficos aqui apresentados nas análises realizadas.

Para as variáveis analisadas estabeleceu-se o ponto de corte de 1,5, o que permite concluir que valores abaixo dessa linha de corte e próximos de 1,0 terão contribuições menores e indicam que as contribuições apresentam a mesma qualidade em todas as informações (tabela 2).

Tabela 2: Contribuição por UBSs agrupadas segundo variáveis da ficha laranja, Maringá-PR, 2007.

Variáveis	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5	Cluster 6
Ficha laranja						
Localizada	1,1	1	0,9	1	0,8	1
Idade mãe reg	1,1	1	0,9	1	0,8	1
Sexo RN reg	1,1	1	0,9	1	0,8	1
Peso ao nascer reg	1,1	1	0,9	1	0,8	1
Altura ao nascer reg	1,4	1,2	0,8	0,5	1	1
Local nascimento reg	1,1	1	0,9	1	0,8	1
Idade gestacional reg	1,1	1	0,9	1	0,8	1
Apgar 1 reg	1,1	1	0,9	1	0,8	1
Apgar 5 reg	1,1	1	0,9	1	0,8	1
Anomalia reg	1,1	1	0,9	1	0,8	1
Tipo de parto reg	1,1	1	0,9	1	0,8	1
Idade mãe <17 reg	1,1	0,9	1,4	1,1	1,4	0,7
Peso < 2500g reg	1,1	1,1	0,6	1	0,8	1
Idade gest<37 reg	1,2	1	0,8	1	0,6	1,1
Apgar5 <7reg	1,4	1,2	-	0,7	0,9	0,9
Óbito	0,7	2	-	0,5	0,8	0,5
VD reg	0,4	0,6	1,2	0,7	1,4	2,3
VD legível reg	0,4	0,6	1,2	0,7	1,4	2,3
VD assinada reg	0,2	0,6	1,6	0,7	1,4	2,3
CM reg	0,4	1,3	2,3	0,7	1,9	0,5
CM legível reg	0,4	1,2	2,5	0,8	2,1	0,6
CM assinada reg	0,1	1,5	3,6	0,6	1,5	0,6
CE reg	0,5	0,8	0,5	1,7	2,2	0,1
CE legível reg	0,5	0,8	0,5	1,7	2,2	0,1
CE assinada reg	0,1	0,8	0,8	1,8	2,2	0,2
Meses reg	0,9	1	1,1	1	1	1,1
Meses legível reg	1	0,9	1,2	1	1	1,1
Meses assinados reg	0,6	1	1,9	1	1,1	1,3
Peso 6 meses reg	0,9	0,9	0,5	1,1	1,1	1,1
Altura 6 meses reg	0,8	1	-	1,1	1	1,2
Peso alta reg	0,9	1	0,8	1	1,1	1
Altura alta reg	0,9	1	0,4	1	1,1	1
Imunização alta reg	1	0,9	1,3	0,9	1,2	1
Tipo alta reg	1,1	1	1	1	0,9	1
Inclusão Alta reg	0,6	0,5	-	1,8	2,3	0,3

Reg=registrado

Cluster 1-Alvorada I, Iguaçú, Morangueira, Vila esperança e Vila Operária;

Cluster 2- Pinheiros, Industrial, Maringá Velho, Ney Braga, São Silvestre, Tuiuti;

Cluster 3- Universo;

Cluster 4- Iguatemi, Internorte, Quebec, Alvorada III;

Cluster 5- Cidade Alta, Guaiapó e Requião

Cluster 6- Parigot de Souza, Grevileas, Mandacaru, Zona Sul, Aclimação.

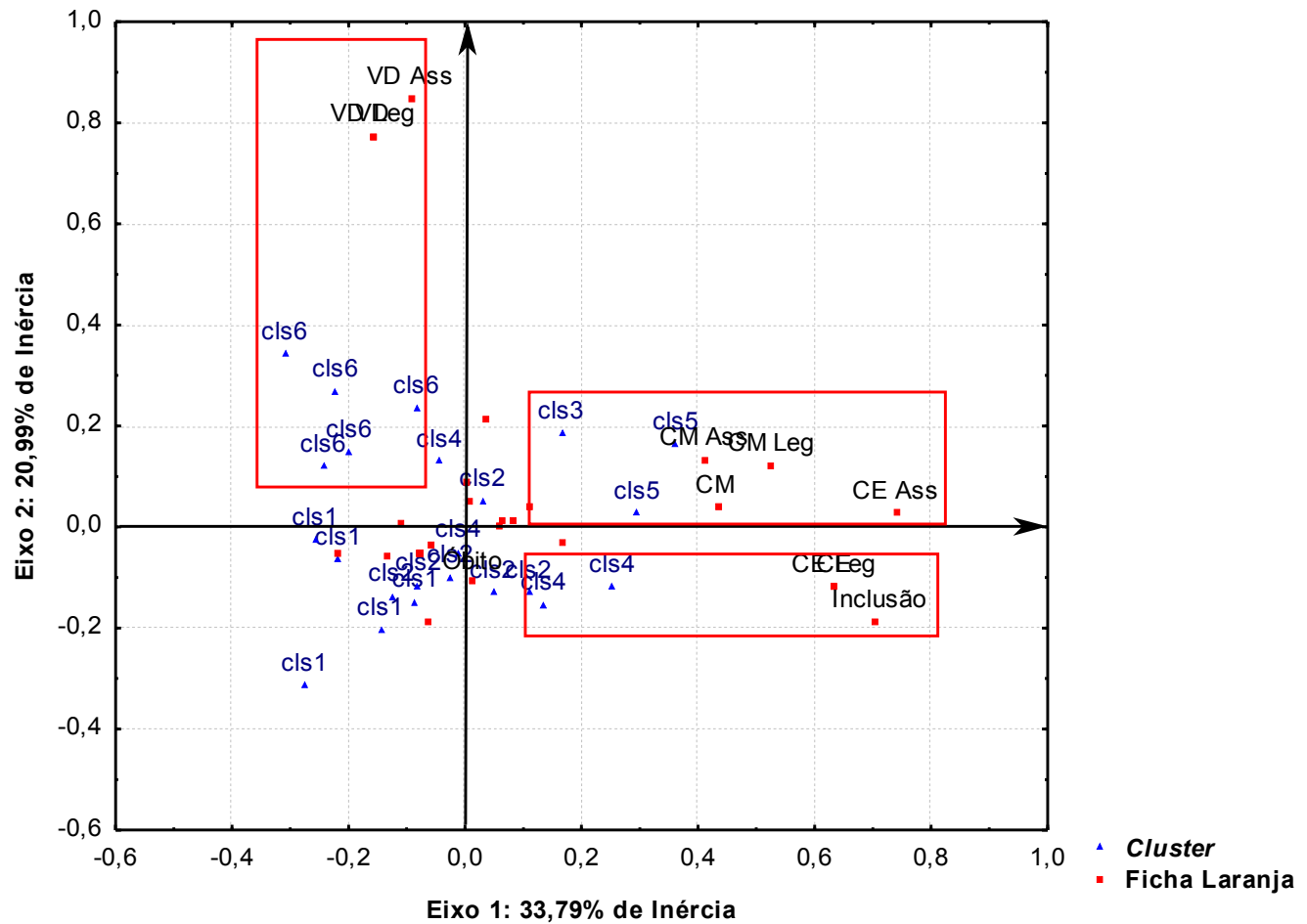


Figura 2: Representação gráfica das variáveis estudadas da Ficha Laranja no primeiro e segundo eixo da análise de correspondência, Maringá-PR, 2007.

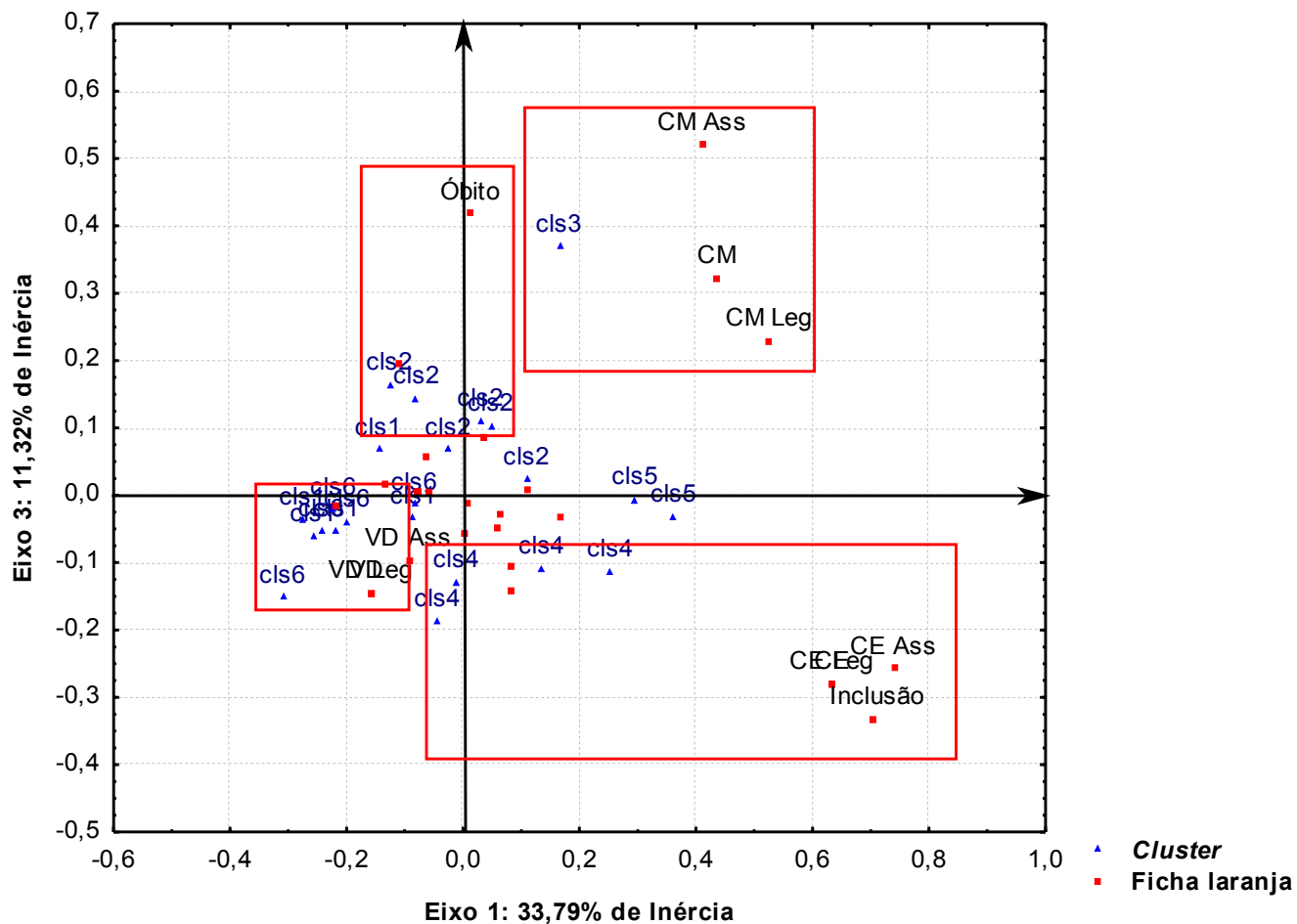


Figura 3: Representação gráfica das variáveis estudadas da ficha laranja no primeiro e terceiro eixos da análise de correspondência, Maringá - PR, 2007.

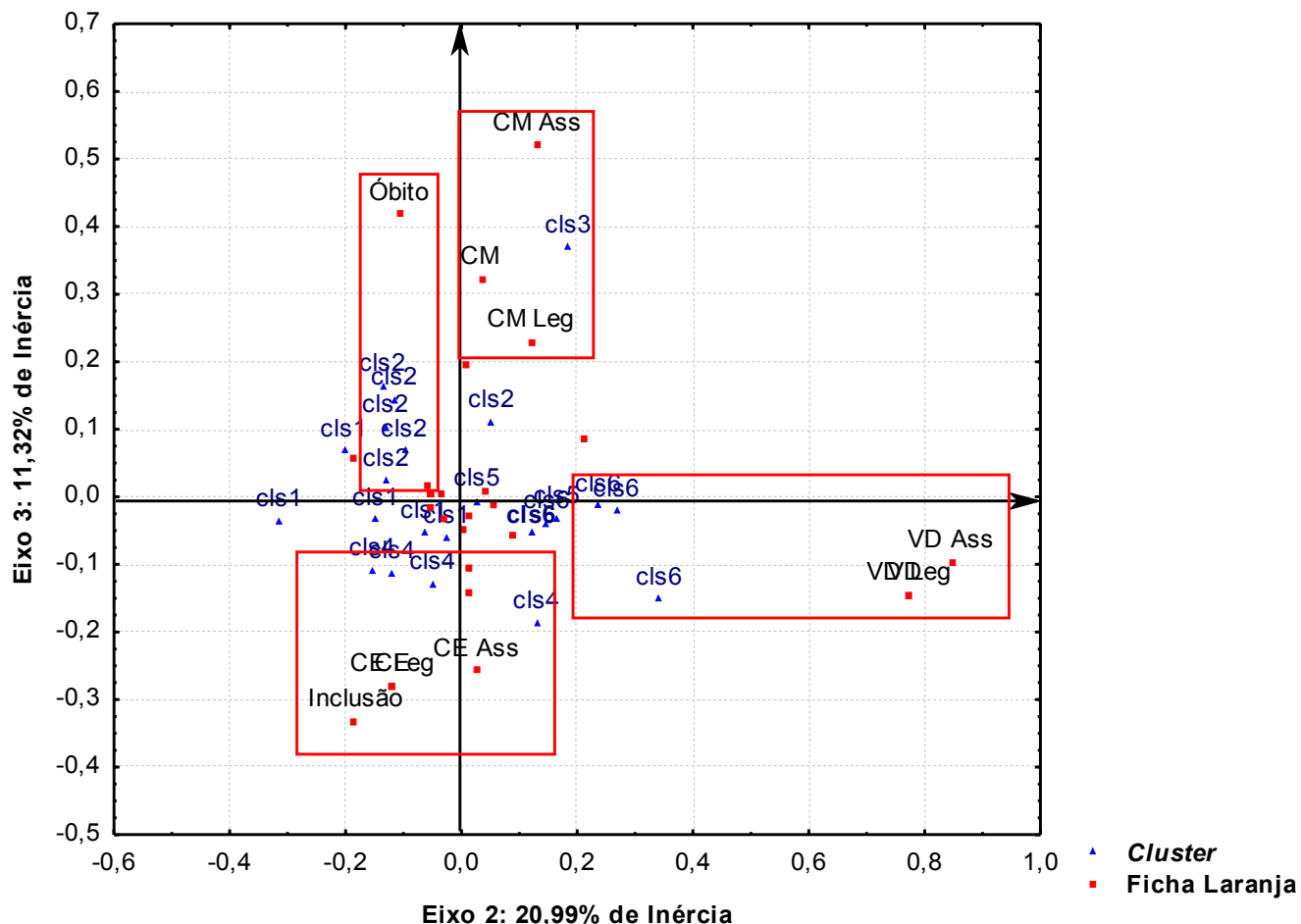


Figura 4: Representação gráfica das variáveis estudadas da ficha laranja no segundo e terceiro eixos da análise de correspondência, Maringá - PR, 2007.

De acordo com a tabela 2, as variáveis que apresentaram contribuições significativas na análise de correspondência foram consulta médica (3,6), consulta de enfermagem (2,2), visita domiciliar (2,3) e inclusão na alta em outros programas (2,3).

Na análise gráfica foram observadas as relações de proximidade geométrica das consultas médicas com a UBS Universo (*cluster 3*), as quais sugerem que os profissionais médicos que atuam nesta UBS apresentavam desempenho adequado e registravam as atividades de assistência oferecida ao RN de risco. Os registros de consultas médicas, por sua vez, também estavam fortemente associados nas UBSS Cidade Alta e Guaiapó-Requião (*cluster 5*) (figuras 2, 3 e 4).

A base do diagnóstico médico é a consulta médica, mas existe um grande e crescente número de técnicas complementares de diagnóstico. Diagnóstico em medicina é o processo analítico de que se vale o especialista no exame de uma doença ou de um quadro clínico para chegar a uma conclusão; é a parte da consulta médica ou do atendimento médico voltada à identificação de uma eventual doença. A partir dessa síntese, é feito o planejamento para a eventual intervenção, o tratamento e/ou uma previsão da evolução (prognóstico) com base no quadro apresentado (CALIL, 1999).

O Código de Ética Médica, editado pela Resolução n.º 1.246/88 do Conselho Federal de Medicina, no Capítulo III da Responsabilidade Profissional, artigo 39, ressalta que é proibido ao médico receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestado ou quaisquer outros documentos médicos.

A presença da escrita é indiscutível. Somos uma sociedade verbal. O uso da palavra escrita resolve vários problemas para a sociedade, ora como memória auxiliar, armazenando informações para futuros usos, ora como instrumento de comunicação, transmitindo informações efêmeras com o objetivo de dar apoio a tarefas. Serve ainda como ferramenta de dominação e expressão de poder, na medida em que os alfabetizados na escrita são mais aptos ou merecedores do comando social. Por outro lado, a escrita também trouxe problemas, já que escrever nem sempre é sinônimo de comunicação perfeita (MARTINS, 2009).

Para Freire (1997), a escrita materializa e dá concretude ao pensamento, dando assim condições de voltar ao passado enquanto se está construindo a marca do presente. Quando a escrita não é feita de maneira apropriada, visando a atingir seu objetivo instrumental, surgem consequências negativas, entre as quais podemos citar efeitos

simples, como a mera falta de entendimento do texto, até danos à saúde, como no caso de uma escrita médica que pode trazer danos ao paciente.

Observou-se, ao manusear os registros, que o profissional que preenche os campos para devolução da ficha laranja para o setor de epidemiologia não é o mesmo profissional que realiza a assistência. Foram encontrados 113 registros de assinatura de consulta médica nas fichas laranja durante a coleta de dados, porém, durante a entrevista com as quatro categorias profissionais constatou-se que, segundo 72 (47,1%) entrevistados, os médicos não assinam os prontuários nas UBSs, 26 (17%) deles referiram que os profissionais médicos assinam os prontuários e 55 (35,9%) não souberam responder.

O recém-nascido de risco deverá sempre ter prioridade de atendimento nas UBSs, devendo ser acolhido no serviço de forma que nunca fique sem atendimento. Além da garantia do acesso, o aumento da resolubilidade e qualidade do atendimento deve ser garantido, de forma a evitar a ocorrência de mortes precoces (BRASIL, 2005).

Com relação à prioridade dos RNs de risco para consulta médica, do total de profissionais entrevistados, 114 (74,6%) responderam que concordam com essa prioridade, 22 (14,3%) discordam e 17 (11,1%) não veem a necessidade de priorizar o RN de risco para a consulta médica. É interessante observar que todos os profissionais médicos concordam que os RNs de risco devem ser priorizados no atendimento, e, curiosamente, 6 (37,5%) enfermeiros responderam negativamente quanto à prioridade desses RNs para consulta médica, o que indica que, para os enfermeiros entrevistados, a consulta médica não está sendo priorizada na prática cotidiana da assistência à saúde do recém-nascido de risco nas UBSs.

A propedêutica de atendimento dos recém-nascidos de risco, segundo o Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco, preconiza que o contato da Vigilância Epidemiológica com a UBS deve ser por via telefônica para agendamento da primeira consulta médica pediátrica após cadastro no Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco. Constatou-se na coleta de dados que o agendamento não é realizado de forma rotineira e não há agenda específica para os RNs de risco nas UBSs.

As variáveis registro de consulta de enfermagem e consulta assinada e legível apresentaram-se com 98 registros de consulta de enfermagem, 62 registros de assinatura com legibilidade de 100% no total analisados da ficha laranja. As UBSs Cidade Alta, Guaiapó e Requião (*cluster 5*) e as UBSs Iguatemi, Internorte, Quebec e Alvorada III, (*cluster 4*) apresentaram contribuições maiores (figuras 2, 3 e 4), evidenciando que nessas UBSs o enfermeiro preenche e registra de maneira diferenciada as consultas de enfermagem na ficha laranja.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) considera a consulta de enfermagem como atividade privativa do enfermeiro, que utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. Essa consulta compõe-se de histórico de enfermagem obtido a partir de entrevista, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1993).

A ESF propõe um dimensionamento diferenciado do enfermeiro na equipe de saúde, prevendo um profissional para cada 4 mil habitantes, enquanto no modelo hegemônico a proporção preconizada é de um para cada 20 mil habitantes. A valorização da área do conhecimento específico do enfermeiro pressupõe que a atuação

deste profissional seja centrada no cuidado, e que permita a aplicabilidade da concepção e dos eixos fundamentais da ESF, a integralidade e o desenvolvimento de ações de educação em saúde em níveis mais próximos da comunidade adscrita, assumindo papel de destaque na nova estratégia e modelo assistencial (PRADO, 2006).

As anotações dos enfermeiros para o acompanhamento do RN de risco nas UBS constituem uma atividade incorporada às ações de atenção primária à saúde, observando-se que um acompanhamento bem-realizado não se baseia somente na anotação dos dados antropométricos, mas precisa estar embasado em todas as etapas da consulta de enfermagem. Neste sentido, é importante o enfermeiro apreender e compreender como ocorre o processo de comunicação escrita e os elementos desse processo (OLIVEIRA; CADETTE, 2007).

Gonçalves (2001) complementa que a anotação de enfermagem é um instrumento indispensável para a evolução e a prescrição de enfermagem e a continuidade assistencial, além de legitimar o trabalho dos profissionais que prestam o cuidado.

Matsuda et al. (2006) concordam que a anotação de enfermagem é um dos principais instrumentos de comunicação, seja por meio da linguagem oral seja da escrita, e que os registros são elementos importantes no processo de cuidar humano, e quando descritos de maneira adequada, retratam a realidade e possibilitam uma comunicação permanente com fins diversificados, como ensino, pesquisa, auditorias, processos jurídicos e outros.

Nas entrevistas realizadas observou-se, com relação à prioridade para consulta de enfermagem ao RN de risco, que 112 (73,3%) profissionais concordam que deveria haver prioridade, 29 (18,9%) não concordam com a prioridade e 12 (7,8%) não responderam sobre esta prioridade. Ademais, 7 (43,7%) enfermeiros não veem

necessidade de priorizar essa criança para atendimento de enfermagem, o que contraria o referido pelos profissionais médicos, dos quais 15 (93,7%) responderam que deveria haver prioridade para consulta de enfermagem para os RNs de risco nas UBSs e na ESF.

É interessante observar que quase a metade dos enfermeiros entrevistados não considera que estas crianças devam ter prioridade no atendimento de enfermagem, enquanto a quase totalidade dos médicos considerava que elas devem, sim ser priorizadas. Isso se repetiu também na consulta médica, quando os enfermeiros não veem necessidade de prioridade na consulta médica, revelando que o profissional enfermeiro não visualiza na sua prática cotidiana a prioridade de consulta de enfermagem para o recém-nascido de risco.

Ainda que o SUS tenha o território como base, a assistência ao RN de risco no município de Maringá se estrutura, predominantemente, a partir da livre demanda, sem território definido. As ações em geral são pontuais e curativas não programadas, restringindo-se à solução de problemas momentâneos. O Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco, que é dirigido a um grupo de risco definido e específico, é subordinado à lógica da organização dos serviços pelos profissionais que realizam a assistência.

Observando-se os dados obtidos das entrevistas verificou-se que, em relação à assinatura dos enfermeiros nos prontuários, 87 (56,9%) responderam que os enfermeiros assinam prontuários, 11 (7,2%) não assinam e 55 (35,9%) não sabem se o profissional enfermeiro assina ou não o prontuário.

Acrescente-se, com relação à assinatura em prontuários, que da categoria dos auxiliares de enfermagem, 80 (52,3%) entrevistados responderam que os auxiliares de enfermagem não assinam os prontuários, 18 (11,8%) assinam prontuários e 55 (35,9%) não souberam responder; e quanto aos ACSs, 55 (35,9%) entrevistados responderam

que não os assinam, 43 (28,2%) disseram que os assinam e 55 (35,9%) não souberam responder.

Finalizando, sobre as variáveis de consulta médica e registro da consulta de enfermagem é importante ressaltar que:

- as UBSs Cidade Alta e Guaiapó-Requião apresentaram variáveis (atendimento médico registrado; legibilidade do registro de atendimento médico; assinado registro de atendimento médico; atendimento de enfermagem registrado; legibilidade do registro de atendimento de enfermagem; assinado registro de atendimento de enfermagem) com contribuições maiores do que 1,5;

- nas UBSs Iguatemi, Internorte, Quebec e Alvorada III as consultas de enfermagem tiveram contribuições maiores de 1,5 (atendimento de enfermagem registrado; legibilidade do registro de atendimento de enfermagem; registro de atendimento de enfermagem assinado) e as variáveis relacionadas à consulta médica (atendimento médico registrado; legibilidade do registro de atendimento médico; registro de atendimento médico assinado) apresentaram contribuições menores do que 0,8, o que pode indicar falta de recursos humanos;

- na UBS Universo as variáveis que se destacaram foram as de consulta médica (atendimento médico registrado; legibilidade do registro de atendimento médico; registro de atendimento médico assinado) com contribuições maiores que 2,3, sendo que as variáveis relacionadas a consulta de enfermagem (atendimento de enfermagem registrado; legibilidade do registro de atendimento de enfermagem; assinado registro de atendimento de enfermagem) apresentaram contribuição abaixo de 1,0;

- as contribuições no *cluster* 1 (UBSs Alvorada, Iguazu, Morangueira, Vila Esperança e Vila Operária) foram menores que 0,5, indicando registro inferior em todas as variáveis especificadas acima (tabela 1).

Neste estudo foram identificadas associações entre as variáveis referentes aos registros de visitas domiciliares (VDs) (figuras 2, 3 e 4). Foram encontrados, no total, 88 registros de VDs, sendo que a UBS do Mandacaru (*cluster* 6) registrou 13, a UBS Pinheiros (*cluster* 2) 12 e a UBS Zona Sul (*cluster* 6) 11 VDs.

A análise comparativa das frequências de VDs realizadas nas UBSs referenciadas acima mostra que a UBS Zona Sul realizou um número significativo de 11 VDs, porém percebe-se que um total de 39 recém-nascidos de risco em sua área de abrangência apresentou baixa localização da ficha A (11,5%), de nenhuma ficha C e o menor índice de localização de prontuários (23,1%) das 23 UBSs estudadas (tabela 1). Isto sugere que o registro das VDs na ficha laranja destinava-se à localização e busca dos recém-nascidos de risco, mas não se constituía como prática assistencial.

Na ESF, a VD é considerada uma ação fundamental a ser desenvolvida por todos os profissionais da equipe de maneira integrada e complementar, possibilitando conhecer melhor a comunidade e os riscos associados à conformação do território, ampliar o vínculo e identificar casos que necessitem de assistência domiciliar. Recomenda-se que o médico e o enfermeiro dediquem no mínimo quatro horas por semana à realização desta atividade (BRASIL, 2009a).

A VD mostra-se como uma oportunidade para conhecer e interpretar melhor o modo de vida do usuário, conhecer o ambiente e as relações intrafamiliares e abordar questões que vão além da doença física, favorecendo orientações voltadas para as reais necessidades de saúde, de modo a buscar singularidades na forma de cuidar. A VD só se configura como parte do arsenal de intervenções de que dispõe a ESF quando planejada e sistematizada; de outra forma, configura-se como uma mera atividade social (SAKATA et al., 2007).

A VD pode ser compreendida ainda como um espaço privilegiado para o encontro e diálogo de saberes, como o acadêmico e o leigo, tornando-se ponto de partida para o desenvolvimento de um círculo por meio do qual novos e necessários saberes são produzidos, ressignificando a ciência e o senso comum (PERES, 2006).

No presente estudo se observou, por meio das entrevistas realizadas com os profissionais que prestam atendimento direto aos recém nascidos de risco nas UBSs, que, em relação ao número de VDs realizadas pelo enfermeiro no último mês, 86 (67,2%) dos entrevistados não sabiam a quantidade, 37 (28,9%) relataram ter sido realizada uma só VD e 5 (3,9%) das quatro categorias entrevistadas relataram que o profissional enfermeiro realizou mais de uma VD.

Tomando-se como base o número de VDs realizadas nos primeiros seis meses de 2009 no município de Maringá, observou-se que, do total de 29.684 VDs realizadas, 15.181 (51,14%) foram por profissional de nível médio (auxiliar de enfermagem e ACS), 7.993 (26,93%) por profissionais enfermeiros, 5.308 (17,88%) por profissionais médicos e, e que as VDs realizadas por outros profissionais de nível superior (dentista, psicólogo) foram 1.202 (4,05%). Estavam cadastradas no SIAB no mesmo período 78.228 famílias residentes no município de Maringá (BRASIL, 2009b).

Ressalta-se por esses dados que não é prática rotineira e sistematizada dos profissionais de maneira geral a realização de VD aos indivíduos da área de abrangência. O índice encontrado ao se dividir o número total de VDs pelo de famílias cadastradas foi 0,38, índice inferior ao preconizado pelo MS para o RNs de risco, que é de uma visita domiciliar/mês (BRASIL, 2005).

Silveira (1995), em estudo sobre o Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco em Santos - SP, refere que, segundo recomendação do MS, o primeiro comparecimento da criança ao serviço saúde deve ocorrer até o décimo dia de vida, e

observou que 35,1% das mães seguiram esta recomendação e 68,2% o fizeram até o 20º dia de vida. Esse autor considerou que a VD realizada precocemente, na primeira semana de vida da criança, com caráter de educação em saúde e assistência propriamente dita, poderia representar uma estratégia importante para que a avaliação clínica completa dos recém nascidos de risco ocorresse nos primeiros dez dias de vida.

No Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco do Centro de Saúde-Escola de Botucatu, com 83 crianças como parte do estudo, verificou-se que o comparecimento até o 21º dia de vida foi de 56,7% e que a VD não foi reconhecida como momento de assistência e educação em saúde e interação com a família, pois foram realizadas 65 VDs no prazo de 1 ano, dados que a autora considera insuficientes em relação ao total e às características das crianças estudadas. Considera ainda que a VD é parte da programação de vigilância ao neonato de risco, como estratégia de intervenção em todos os momentos em que se fizer necessária (MANOEL, 2006).

Os resultados encontrados por ocasião de consulta aos documentos mostraram uma grande diversidade na organização do processo de trabalho, demonstrando discrepâncias no preenchimento da ficha laranja, pelos valores apresentados das contribuições por UBS agrupadas nas variáveis analisadas. Para manter o mesmo padrão modelar de preenchimento faz-se necessário treinamento/curso/capacitação referente ao Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco; não obstante, apenas 22 (14,4%) dos profissionais entrevistados responderam ter recebido treinamento nesta área, ao passo que 131 (85,6%) deles não receberam nenhum treinamento/curso/capacitação.

Segundo os dados das entrevistas realizadas com os profissionais, quando questionados a respeito da disponibilidade para consultar o Manual do Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco para todos os profissionais, 90 (58,9%)

profissionais afirmaram tê-lo disponível, 27 (17,6%) referiram sua não disponibilidade e 36 (23,5%) afirmaram não saber onde encontrá-lo. Dos que desconheciam a padronização, 9 (56,2%) eram médicos. A isto se acrescenta que 140 (91,5%) profissionais referiram desconhecer o ano de implantação do Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco e somente 13 (8,5%) sabiam da data da implantação do Programa.

A efetivação do Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco, no decorrer desses nove anos de implantação, tem acontecido de forma desarticulada na rede básica e ficado aquém das necessidades de saúde da população de risco infantil, e de forma positiva em apenas algumas UBSs. Além das questões relacionadas à organização dos serviços de saúde, a formação dos trabalhadores da saúde e da ESF das UBSs ainda tem sido dirigida quase exclusivamente ao tratamento curativo individual. Além disso, há falta de informações sistematizadas e muitos profissionais sinalizam que o Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco se reduz ao preenchimento da ficha laranja e ao seu envio para o setor de Vigilância ao final de 12 meses.

Dados das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde entrevistados mostram que 38 (24,9%) deles classificaram o Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco na sua prática cotidiana como um programa satisfatório, 81 (52,9%) responderam que o programa é aceitável, 31 (20,3%) que o programa é deficiente e 3 (1,9%) não responderam. Esses dados demonstram e indicam que 119 (77,8%) dos profissionais de saúde que praticam assistência ao RN de risco estão satisfeitos e aceitam a assistência prestada no seu dia-a-dia.

4.2.2. Análise da ficha A

Para a análise da ficha A primeiramente efetuou-se a construção do banco a partir do Instrumento para Avaliação dos Registros em Ficha A - Cadastro Familiar (apêndice B), com catorze variáveis, das quais sete são afirmativas e sete negativas. Nessa análise foram considerados todos os valores positivos, ou seja, aqueles em que havia registro na ficha A, utilizando-se as seguintes variáveis: ficha A localizada; endereço registrado; número dos componentes da ESF registrado; número da microárea registrado; condições de moradia e saneamento registradas; encaminhamento à odontologia registrado.

Em sua quase totalidade (130 - 99,2%) as fichas A estavam com o número da ESF e o número da microárea registrados, indicando que a família pertencia à área adscrita. A ficha A é o cadastro da família e 127 (96,9%) fichas continham o nome do recém-nascido incluso no Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco registrado - daí sua importância como fonte de dados; e apenas 4 (3,1%) não apresentavam esse registro. Com relação ao registro de moradia e saneamento, 123 (93,8%) fichas A registraram esses dados e 8 (6,2%) não o fizeram. Encaminhamento para odontologia foi registrado em apenas 5 (3,8%) do total das ficha A e 126 (96,2%) não haviam registro.

Verificou-se que a quantidade da variação explicada pelos dois primeiros eixos é de 95,83% de informação restituída. Esse resultado garante que as duas primeiras dimensões contêm informações relevantes para a compreensão da totalidade da massa de dados.

Na primeira análise os agrupamentos apresentavam uniformidade, assim foi realizada apenas uma rodada de análise, que foi suficiente para que os valores médios encontrados estivessem próximos aos valores de cada variável, não sendo necessário repetir o processo de simulação.

Para esta análise foram obtidos cinco grupos com características homogêneas.

- Cluster 1:* Pinheiros, Universo, Vila Esperança;
Cluster 2: Grevíleas, Mandacaru, Morangueira, São Silvestre;
Cluster 3: Alvorada III, Cidade Alta, Iguatemi, Industrial, Internorte, Maringá Velho, Ney Braga, Quebec, Tuiuti, Vila Operária, Guaiapó-Requião, Alvorada I, Aclimação;
Cluster 4: Iguatemi;
Cluster 5: Zona Sul.

Tabela 3: Contribuição por UBS agrupadas, segundo variáveis da Ficha A, Maringá-PR, 2007.

Variáveis	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5
Ficha A localizada	1	1,1	1	1	1
Endereço registrado	1	1,1	1	1	1
Nº ESF registrado	1	1	1	1	1,1
Nº microárea registrado	1	1	1	1	1,1
Bebê de risco cadastrado	1	1	1	1	0,7
Moradia/Saneamento registrado	1	0,8	1	1	1,1
Encaminhamento a odontologia registrado	4	-	-	1,5	-

Cluster 1 - Pinheiros, Universo, Vila Esperança;

Cluster 2 - Grevíleas, Mandacaru, Morangueira, São Silvestre;

Cluster 3 - Alvorada III, Cidade Alta, Iguatemi, Industrial, Internorte, Maringá Velho, Ney Braga;

Quebec, Tuiuti, Vila Operária, Guaiapó-Requião, Alvorada I, Aclimação;

Cluster 4- Iguatemi;

Cluster 5- Zona Sul.

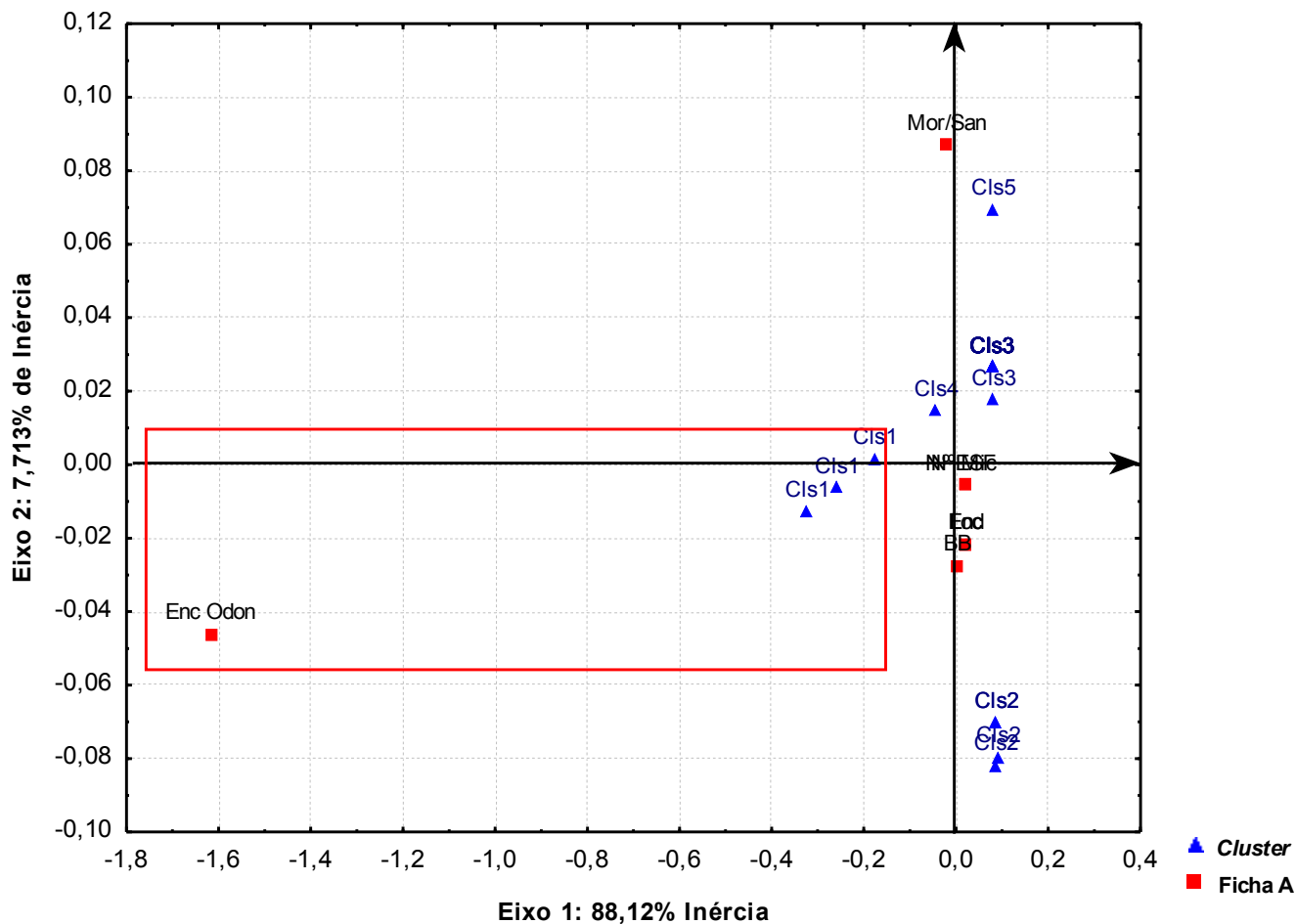


Figura 5: Representação gráfica das variáveis estudadas da Ficha A no primeiro e segundo eixo da análise de correspondência, Maringá-PR, 2007.

Na representação gráfica resultante da AC, as contribuições relevantes por UBSs agrupadas indicam que a característica mais acentuada é o encaminhamento para odontologia (4,0), registrado nas UBSs Pinheiros, Universo e Vila Esperança (*cluster* 1) e UBS Iguatemi (*cluster* 4), mas não registrado nos demais *clusters* (figura 5). Observou-se que nos demais agrupamentos homogêneos não foram encontrados registros de encaminhamento para odontologia, sugerindo que nas UBSs com registro para odontologia há uma priorização referenciada da ação de assistência para esse setor na própria UBS.

Outras variáveis se mantiveram com a mesma contribuição; não houve discrepâncias com valores próximos de 1,0 (tabela 3) e todas apresentaram a mesma qualidade nas informações.

Os tratamentos preventivos e curativos, quando realizados em intervalos regulares de tempo, garantem uma saúde bucal sem complicações. Quando acontecer evento de dor ou alguma emergência, a equipe de saúde deve estar atenta e preparada para realizar os procedimentos adequados para o primeiro atendimento, e caso não haja a possibilidade de resolver o problema, encaminhar a criança a um serviço de referência de odontologia. Alimentação e higiene são os pontos-chave para a promoção da saúde bucal e sua manutenção, podendo e devendo ser realizadas com acompanhamento constante e regular (BRASIL, 2004).

Observou-se que a equipe de saúde bucal (ESB) esteve distante da assistência ao RN de risco, demonstrando que o registro e encaminhamento para o serviço próprio ou privado não são realizados pelas UBSs estudadas e que a odontologia não exerce efetivamente a promoção e prevenção no primeiro ano de vida, não realizando a integralidade da assistência até mesmo nas UBSs com ESB, pois não há acompanhamento constante e regular das ações de saúde bucal ao RN de risco.

Acrescente-se que a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (2005) atribui responsabilidade às ESFs sobre a população de maior risco, provendo a continuidade do cuidado e desenvolvendo ações de vigilância à saúde. Esta assistência deverá estar desenhada de forma a compor a rede integral de saúde da criança, de forma regionalizada, permitindo o acesso e promovendo a qualidade de vida para esses recém-nascidos. Além do cuidado da ESF, os RNs de risco geralmente demandam atenção especializada e atendimento multiprofissional, por exemplo, em neurologia, oftalmologia, fonoaudiologia,

fisioterapia, terapia ocupacional, dentre outros (BRASIL, 2005). Com a implantação das ESBs, o dentista foi incorporado e inserido como profissional de saúde na assistência ao RN de risco.

No Brasil, a proporção de cobertura populacional da ESF é de 50,30%, com 30.037 equipes e 18.650 ESBs implantadas. O Estado do Paraná possui proporção de cobertura populacional de 51,81% e 1085 ESBs implantadas. A ESF do município de Maringá conta atualmente com 66 equipes implantadas, com cobertura de 77,11 % e população adscrita de 258.726 habitantes e 17 ESBs com taxa de cobertura de 35,4% e população referenciada de 117.300 habitantes. A população < 1 ano cadastrada, de janeiro a julho de 2009, foi de 1.589 (0,61%) crianças, sendo 833 (0,32%) do gênero masculino e 756 (0,29%) do gênero feminino (BRASIL, 2009).

O MS implantou a ESB como meio de reorganizar o modelo de atenção à saúde e ampliar o acesso às ações de saúde bucal, garantindo a atenção integral aos indivíduos e às famílias. Sua regulamentação ocorreu por meio da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. A assistência odontológica em serviços públicos no Brasil tem-se restringido quase exclusivamente aos serviços básicos, ainda assim com grande demanda reprimida (BRASIL, 2006).

A inserção da ESB representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e

recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e do estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2009a).

Neste estudo, observou-se muita dificuldade na localização das fichas A, que não eram arquivadas junto aos prontuários e ficavam com o ACS da área de abrangência. Em várias UBSs as fichas A estavam na residência dos ACS, em duas UBSs elas foram desprezadas por mudança no quadro funcional e ainda, em alguns casos, o ACS estava em período de férias ou afastamento por licença médica e o acesso não foi possível.

Em estudo realizado por Baptista et al. (2008), no ano de 2005, nas UBSs do município de Maringá – PR, com o objetivo de identificar a cobertura, acompanhamento e qualidade da assistência prestada às pessoas que faleceram por doenças cerebrovasculares, observou-se baixa cobertura, com 33,3% de cadastramento da ficha A e ausência de anotação de atendimento nos prontuários como situação predominante (52,4%). A análise da assistência a esse grupo ratificou a fragmentação e desarticulação entre os diferentes sistemas de informação.

Analisando vários sistemas de informação, Camargo (2008), em estudo que aplicou a análise de correspondência como método estatístico para mostrar a validade interna das variáveis categóricas produzidas, verificou que, na maior parte dos 31 municípios da amostra, a capacitação para tratar as informações recebidas e analisá-las era baixa na maior parte dos locais estudados, o que se refletiu na baixa qualidade dos dados de alguns sistemas, em particular do SIAB, justamente o que seria, ao menos em tese, o de maior importância estratégica para a gestão da Atenção Básica.

4.2.3. Análise da ficha C

A ficha C foi analisada separadamente repetindo o mesmo processo descrito na Ficha A. Não foram analisadas as UBS Parigot de Souza, Zona Sul e Aclimação por não apresentarem registros de preenchimento e arquivo da Ficha C.

As fichas C ficam com o ACS, que é o profissional responsável pelo preenchimento e alterações realizadas, sendo arquivada por ano de cadastramento e mantida em arquivo até a criança completar cinco anos.

A avaliação de risco ao nascer foi encontrada com registro de preenchimento em 109 (85,2%) fichas C e 19 (14,8%) sem preenchimento. Os 12 campos do registro de acompanhamento foram preenchidos em 123 (96,1%) fichas C e 5 (3,9%) sem preenchimento. O peso estava registrado em 104 (81,3%) e não registrado em 24 (18,7%), sendo encontradas 27 (25,9%) com um registro de peso e com dois registros de peso foram 13 (12,5%) das fichas C. O registro de altura foi encontrado em 97 (75,7%) fichas e não encontrado em 31 (24,2%). Com relação à vacina, foram encontrados 111 (86,7%) registros, e ausência de registro em 17 (13,2%). O registro de preenchimento do gráfico de peso-idade foi encontrado em 1 (0,7%) e em 127 (99,3%) fichas C não foi encontrado qualquer registro do gráfico de peso-idade.

Com relação a esses dados, ressalta-se a importância do acompanhamento mensal pela ESF ao RN de risco. A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (2005) determina que as crianças de risco sejam priorizadas para o desenvolvimento das ações de vigilância à saúde, ou seja: captação precoce e busca ativa para a manutenção do calendário de atenção à saúde da criança, segundo proposta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança < de 5 anos e segundo protocolos específicos, além da avaliação de assistência especial com retornos mais frequentes e outros cuidados de que a criança necessite,

incluindo ações intersetoriais. É necessário o controle de peso, altura, avaliação clínica, participação ou formação de grupos, busca ativa e orientação alimentar (BRASIL, 2005).

Na ficha C, a variância explicada dos dois primeiros eixos foi de 82,26% das informações restituídas, o primeiro contribuindo com 59,12% e o segundo com 23,14% da inércia. As nove variáveis registradas utilizadas no estudo foram: ficha C localizada, avaliação de risco ao nascer preenchida, acompanhamento registrado de janeiro a dezembro, acompanhamento superior 6 vezes registrado, acompanhamento inferior ou igual a 6 vezes registrado, peso registrado, altura registrada, vacina registrada e gráfico peso-idade preenchido.

Os grupos homogêneos foram distribuídos da seguinte forma:

Cluster 1 - Pinheiros, Alvorada I, Cidade Alta, Grevíleas, Iguatemi, Internorte, Maringá Velho, Morangueira, Ney Braga, Quebec, Universo, Vila Operária, Alvorada III;

Cluster 2 - Mandacaru;

Cluster 3 - Industrial, Tuiuti, Vila Esperança, Guaiapó-Requião;

Cluster 4 - São Silvestre

Cluster 5- Iguatemi.

Tabela 4: Contribuição por UBS agrupadas, segundo variáveis da Ficha C, Maringá-PR, 2007.

Variáveis	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5
Localizado	1,0	1,6	1,1	1,2	0,9
Avaliação preenchida	0,9	0,4	1,2	1,5	1,0
Ac registrado	1,0	1,4	1,0	1,3	1,0
Ac >6 consultas	1,0	1,1	1,1	1,4	0,9
Ac ≤ 6 consultas	1,3	3,2	-	-	1,1
Peso registrado	1,1	0,8	0,7	-	1,1
Altura registrada	1,1	-	0,7	-	1,2
Vacinas registradas	1,0	1,1	1,1	1,4	0,9
Gráfico preenchido	-	-	-	-	7,0

Cluster 1 - Pinheiros, Alvorada I, Cidade Alta, Grevileas, Iguaçú, Internorte, Maringá Velho, Morangueira, Ney Braga, Quebec, Universo, Vila Operária, Alvorada III;

Cluster 2 - Mandacaru;

Cluster 3 - Industrial, Tuiuti, Vila Esperança, Guaiapó-Requião;

Cluster 4 - São Silvestre

Cluster 5- Iguatemi.

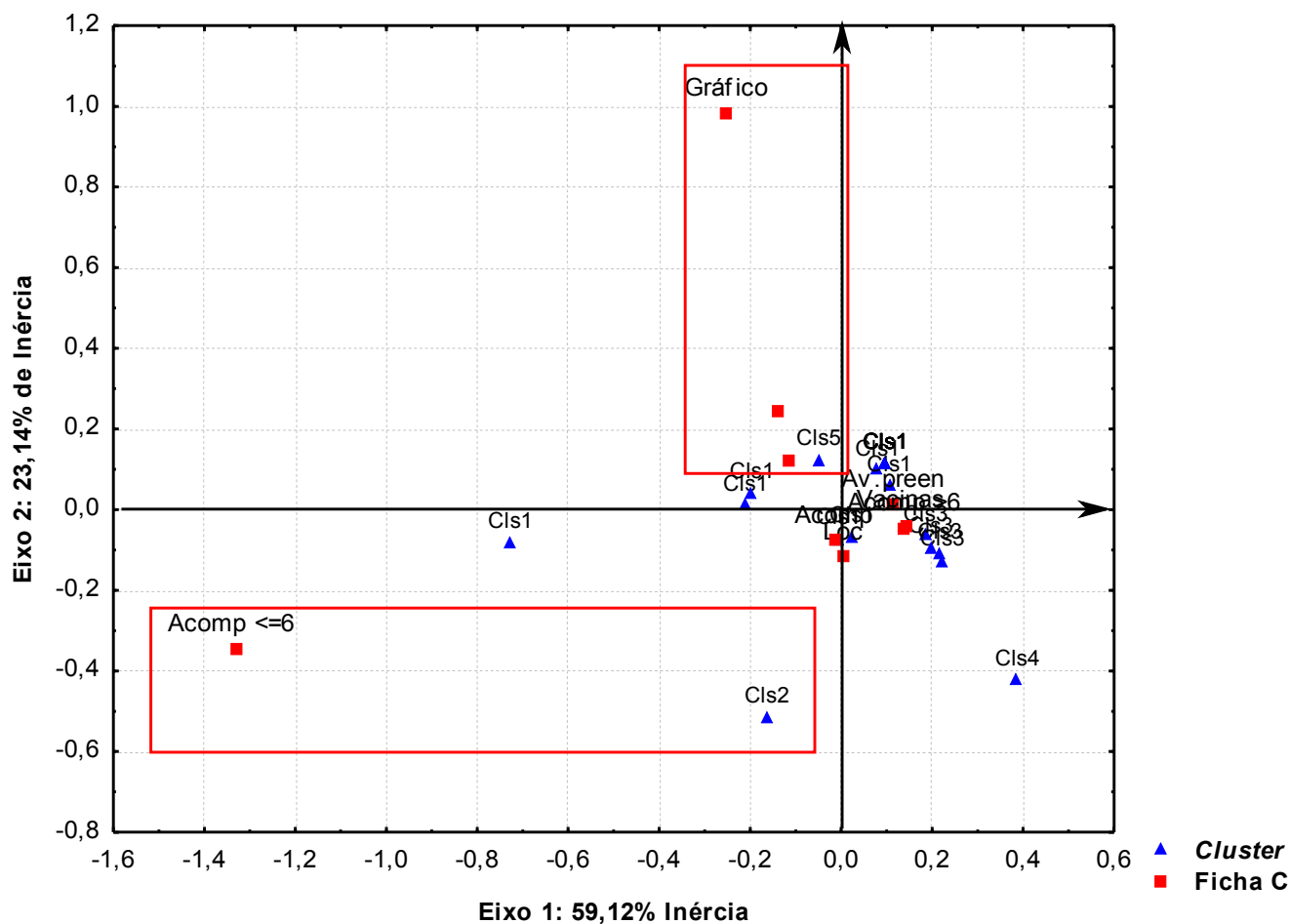


Figura 6: Representação gráfica das variáveis estudadas da Ficha C no primeiro e segundo eixo da análise de correspondência, Maringá-PR, 2007.

De acordo com a Tabela 4, as variáveis que apresentaram contribuições significativas na análise de correspondência foram registro do gráfico preenchido (7,0) e acompanhamento registrado inferior ou igual a 6 vezes (3,2).

Na análise gráfica observaram-se as relações de proximidade geométrica do registro do gráfico preenchido com a UBS Iguatemi (*cluster 5*), a única UBS onde se verificou preenchimento do gráfico na ficha C, e a UBS Mandacaru (*cluster 2*), com a variável acompanhamento registrado inferior ou igual a 6 vezes (figura 6).

Outras variáveis se mantiveram com a mesma contribuição, não havendo discrepâncias com valores próximos de 1,0, e apresentaram a mesma qualidade nas informações (tabela 4).

Nos primeiro ano de vida, o Ministério da Saúde preconiza a realização de no mínimo sete consultas para todas as crianças, independentemente de esta ser ou não de risco. As consultas devem ser realizadas até 15 dias após o nascimento, com um, dois, quatro, seis, nove e doze meses de vida, de forma que em um mesmo atendimento a criança se beneficie do maior número possível de ações, como avaliação do crescimento e desenvolvimento, vacinação, incentivo ao aleitamento materno e introdução correta de alimentos por ocasião do desmame (BRASIL, 2002).

A avaliação do crescimento físico normal é uma forma importante de conhecer e vigiar o estado geral da saúde de uma criança e o desenvolvimento socioeconômico e da saúde da comunidade onde ela vive. Dessa forma, o acompanhamento adequado do crescimento das crianças é reconhecido e recomendado como uma importante ação de saúde. O MS, desde 1984, prioriza cinco ações básicas de eficácia comprovada para a redução da morbidade e mortalidade infantil: promoção ao aleitamento, acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, imunizações, prevenção e controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas (BRASIL, 1986).

O acompanhamento do crescimento da criança recomenda que a verificação das medidas de peso e altura seja periódica. O calendário mínimo proposto pelo MS deve ser mensal no primeiro ano, bimensal no segundo, trimestral no terceiro, semestral no quarto e anual a partir dos 5 anos. É na ficha C que o gráfico deve ser preenchido e registrado sempre que a criança for pesada ou medida (BRASIL, 2005).

Embora grande parte das crianças tivesse o cartão da criança e as mães o trouxessem às UBSs em todas as consultas, poucas crianças (menos de 10%) tiveram o peso registrado, e uma porcentagem ainda menor teve a curva de crescimento registrada no gráfico, demonstrando a pequena utilização desse importante instrumento de vigilância da saúde da criança pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2002).

Cumprе lembrar que o cartão da criança não é um substituto do prontuário, portanto não deve registrar dados de serviço, mas conter somente dados necessários para informar e educar a família sobre o desenvolvimento e crescimento da criança.

Encontrou-se no estudo que os padrões de referência não são utilizados como parâmetro para avaliar o RN de risco em relação ao padrão de normalidade estabelecido no gráfico peso-idade que está impresso no verso da ficha C, o qual deveria ser atualizado em todos os contatos das crianças com os serviços de saúde, inclusive por ocasião das VDs. O não preenchimento das informações previstas, além de prejudicar a avaliação da condição de saúde da criança, possibilitaria a identificação de alterações e representa desperdício de material e recursos financeiros.

De acordo com Escorel et al. (2002), os gestores avaliaram o SIAB como um sistema de informação elaborado para um programa sem articulação com os demais sistemas de informação, exigindo múltipla alimentação de sistemas. A existência de vários sistemas de informação que não se comunicam exige o preenchimento de diversos instrumentos e, segundo as circunstâncias, alguns sistemas podem receber prioridade em detrimento da alimentação do SIAB. Além do mais, de acordo com os mesmos autores, o elenco de procedimentos cobertos pelo SIAB não dá conta da totalidade das atividades desenvolvidas pelos profissionais na Atenção Básica, nem favorece a observação da integralidade da assistência proposta pelo município.

4.2.4. Análise dos prontuários nas UBSs

Considerando-se que a maior frequência de prontuários localizados se deu na UBS Universo, com 9 (100%) prontuários da amostra selecionada, na UBS Morangueira, com 10 (90,9%) prontuários, e na UBS Cidade Alta, com 28 (87,5%) prontuários.

Para o total da amostra foram encontrados 78 (21,7%) prontuários com alguma forma de identificação de que o documento pertencia à criança inclusa no Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco e 281 (78,2%) não estavam identificados. Quanto à ficha laranja localizada dentro do prontuário, foram encontradas 212 (59,0%) internamente no prontuário ou em pasta própria com a ESF e 147 (40,9%) que foram devolvidas pelo setor de vigilância epidemiológica à UBS e não foram encontradas nos prontuários. Dos prontuários localizados, 279 (77,7%) apresentaram registro de consulta médica, e destes, 34 (12,1%) foram encontrados na UBS Pinheiros. A legibilidade encontrada foi de 125 (34,8%) prontuários legíveis, sendo que o maior número de registro com legibilidade foi encontrado na UBS Quebec, com 15 (12%) registros de legibilidade. Os atendimentos de enfermagem foram registrados em 336 (93,5%) prontuários, encaminhamentos para outros serviços em 106 (29,5%) registros, internações hospitalares em 21 (5,8%) registros e 323 (89,9%) registros de peso nos prontuários.

Dos prontuários foram obtidos dados positivos como: prontuário localizado; prontuário identificado como bebê de risco; ficha laranja do Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco localizada no prontuário; atendimento médico registrado;

legibilidade do registro de atendimento médico; registro de atendimento médico assinado; atendimento de enfermagem registrado; legibilidade do registro de atendimento de enfermagem; registro de atendimento de enfermagem assinado; encaminhamento registrado; internamento registrado; peso registrado; legibilidade do registro de peso; registro de peso assinado; altura registrada; legibilidade do registro de altura; imunização registrada; legibilidade do registro de imunização; e registro de imunização assinado. A inércia utilizada de três eixos foi de 34,10%, 22,34% e 15,44% totalizando 71,88%.

Os grupos homogêneos foram distribuídos segundo a descrição:

Cluster 1 – Pinheiros, Alvorada I, Cidade Alta, Grevíleas, Internorte, Mandacaru, Maringá Velho, Quebec, Tuiuti, Vila Operária, Zona Sul, Alvorada III;

Cluster 2 – Iguatemi, Iguaçu, Industrial, Morangueira, Ney Braga, Universo;

Cluster 3 – Parigot de Souza, São Silvestre, Vila Esperança, Guaiapó-Requião;

Cluster 4 – Aclimação.

Tabela 5: Contribuição por UBS agrupadas, segundo variáveis dos prontuários, Maringá-PR, 2007.

Variáveis	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4
Prontuário localizado	1	0,9	0,9	4,6
Identificado	0,5	1,1	2,7	-
Ficha laranja	0,8	1,2	1,5	7,8
Atendimento médico	1,1	0,9	0,9	-
Legível médico	0,8	1,3	1,2	-
Assinado médico	1,1	0,7	1,2	-
Atend. enfermagem	1	1	0,9	-
Legível enfermagem	1	1	0,9	-
Assinado enfermagem	1	1	0,9	-
Encaminhamento registrado	0,8	1,8	0,7	-
Internamento registrado	0,6	2,2	0,6	-
Peso registrado	1	1	1	-
Legível peso	1	1	1	-
Assinado peso	1	0,9	1	-
Altura registrada	1	1	1	-
Legível altura	1	1	1	-
Imunização registrada	1	1	0,9	4,9
Legível imunização	1	1	0,9	-
Assinado imunização	1	1	0,9	-

Cluster 1 – Pinheiros, Alvorada I, Cidade Alta, Greveleas, Internorte, Mandacaru, Maringá Velho, Quebec, Tuiuti, Vila Operária, Zona Sul, Alvorada III;

Cluster 2 – Iguatemi, Iguaçú, Industrial, Morangueira, Ney Braga, Universo;

Cluster 3 – Parigot de Souza, São Silvestre, Vila Esperança, Guaiapó-Requião;

Cluster 4 – Aclimação.

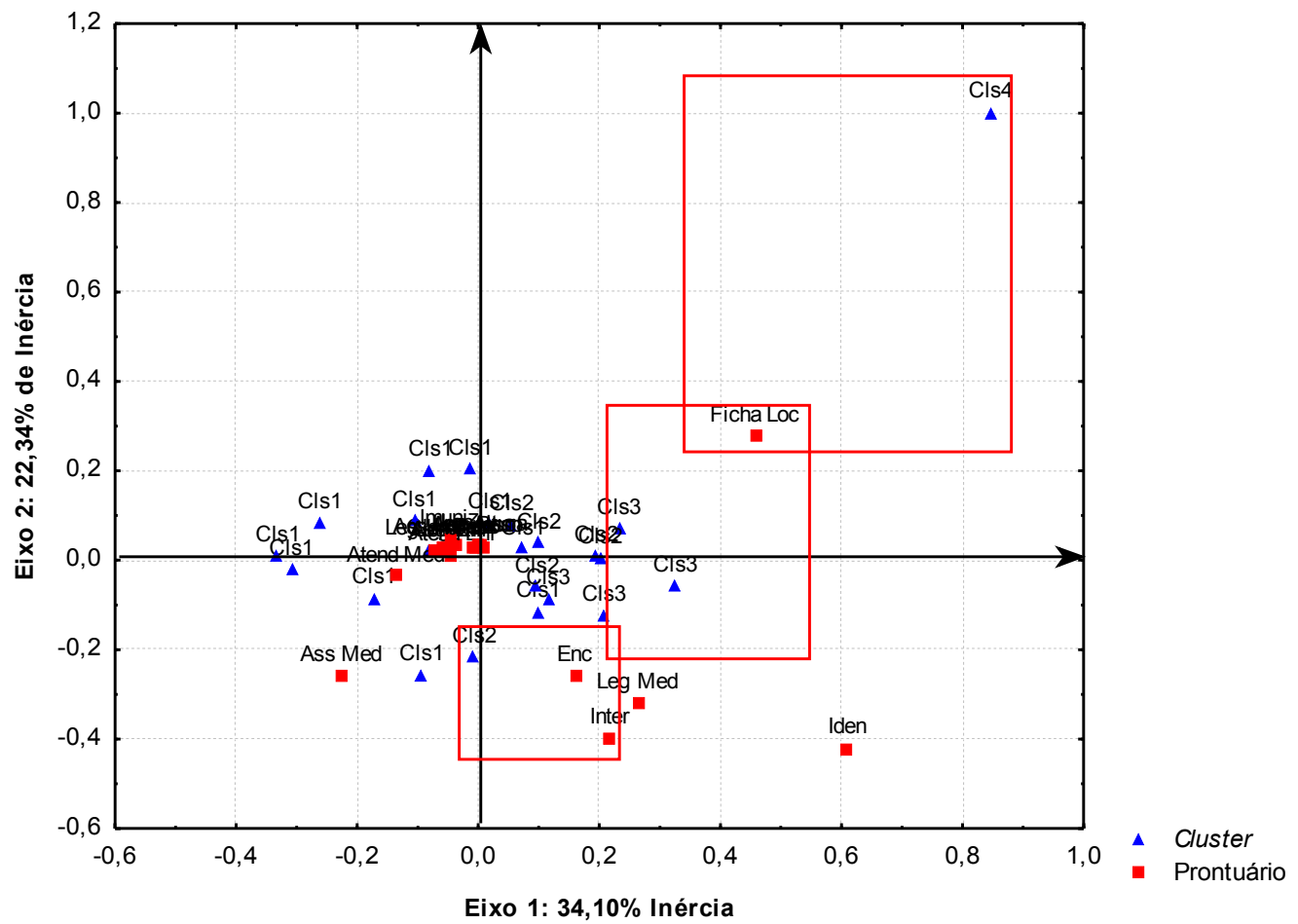


Figura 7: Representação gráfica das variáveis estudadas dos prontuários no primeiro e segundo eixo da análise de correspondência, Maringá-PR, 2007.

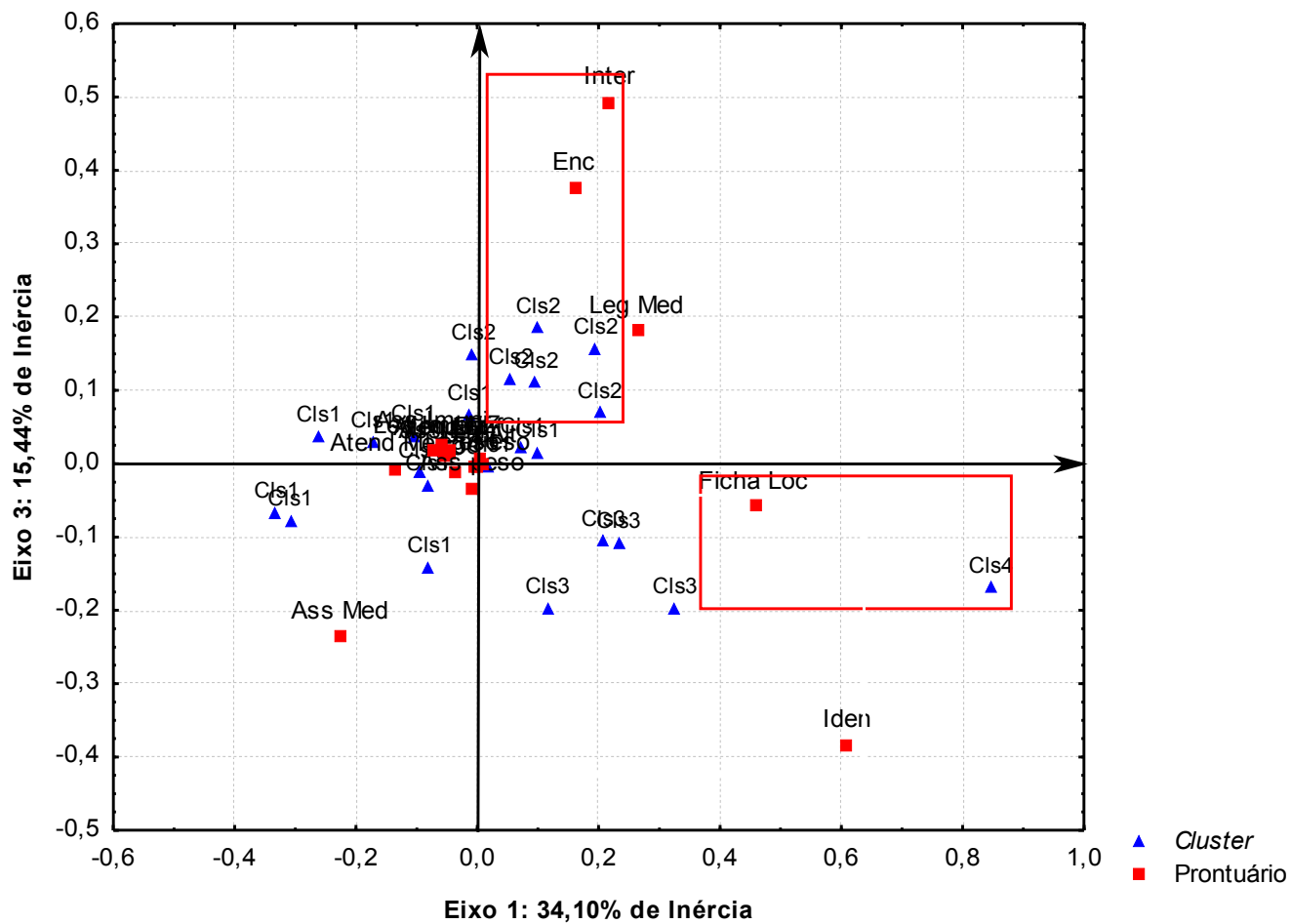


Figura 8: Representação gráfica das variáveis estudadas dos prontuários no primeiro e terceiro eixos da análise de correspondência, Maringá - PR, 2007.

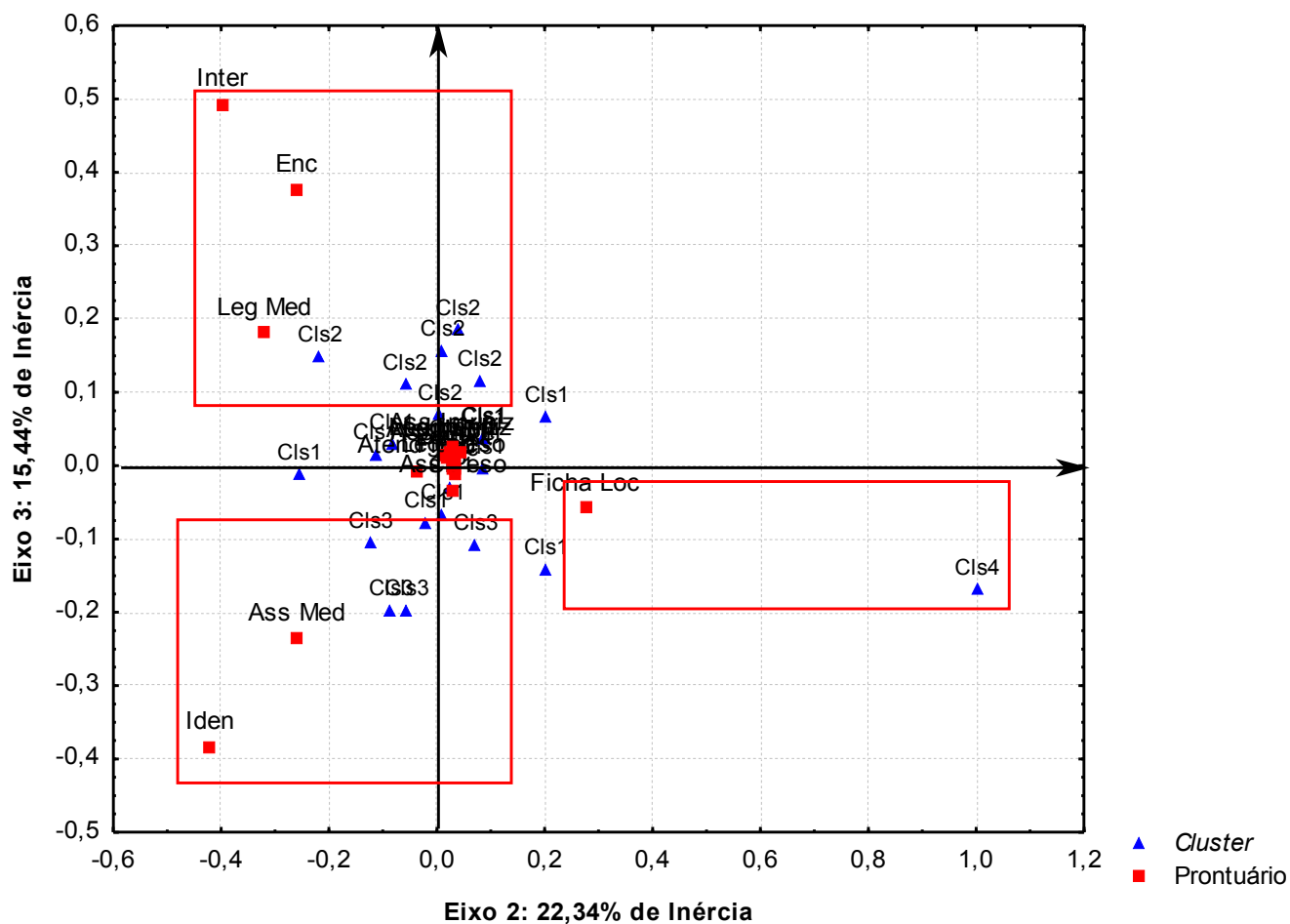


Figura 9: Representação gráfica das variáveis estudadas dos prontuários no segundo e terceiro eixos da análise de correspondência, Maringá - PR, 2007.

As contribuições relevantes por UBS agrupadas na análise de correspondência indicam que as variáveis com maior significância foram prontuário localizado (4,6), na UBS Aclimação (*cluster* 4); prontuário identificado como RN de risco (2,7), nas UBS Parigot de Souza, São Silvestre, Vila Esperança e Guaiapó-Requião (*cluster* 3); ficha laranja localizada no prontuário (7,8), nas UBSs Parigot de Souza, São Silvestre, Vila Esperança e Guaiapó-Requião (*cluster* 3) e UBS Aclimação (*cluster* 4); encaminhamento registrado (1,8), nas UBSs Iguatemi, Iguaçu, Industrial, Morangueira, Ney Braga e Universo (*cluster* 2); internamento registrado (2,8), nas UBSs Iguatemi, Iguaçu, Industrial, Morangueira, Ney Braga e Universo (*cluster* 2) e imunização registrada (4,9), na UBS Aclimação (*cluster* 4).

Evidenciou-se no estudo que as contribuições encontradas, agrupadas por UBS, nas demais variáveis apresentaram alterações e falta de preenchimento, demonstrando que os registros nos prontuários localizados não são padronizados para todas as UBSs.

Na análise gráfica (figuras 7, 8 e 9) observaram-se relações de proximidade geométrica do prontuário localizado na UBS Aclimação (*cluster* 4), sugerindo que o único prontuário sorteado para a amostra foi localizado e que os registros neste prontuário não estavam em concordância, pois só foram encontradas contribuições nas variáveis imunização registrada e ficha laranja localizada no prontuário. Para as demais variáveis não havia registros.

Em estudo realizado por Prado (2005) em duas UBSs localizadas no município de São Paulo, com modelos assistenciais distintos - uma com ESF implantada e outra sem ESF - constatou-se que nos prontuários das UBS com ESF houve registros mais sistemáticos, o que favoreceu uma melhor compreensão do processo saúde-doença das crianças, o que facilitou a integração entre os distintos profissionais envolvidos nas ações desenvolvidas junto às crianças atendidas e possibilitou o acompanhamento sistemático da criança, ou seja, promoveu a continuidade da assistência, portanto, a integralidade da atenção.

O registro sistematizado nos prontuários permite maior conhecimento e melhor compreensão do processo saúde-doença, facilitando a socialização dos dados entre os diferentes profissionais de saúde, além de possibilitar um acompanhamento ampliado e diferenciado, o que, segundo Conill (2004), expressa o caráter de continuidade e representa uma das dimensões da integralidade do cuidado.

Não obstante, o sub-registro das consultas médicas em prontuários vem sendo detectado por diversos autores, não parecendo ser uma revelação nova nos processos de avaliação dos serviços de saúde. Moura (2003) realizou uma análise situacional da

atenção pré-natal em uma microrregião de saúde do Estado do Ceará com o objetivo de conhecer a dinâmica da oferta das consultas médicas e de enfermagem durante o pré-natal. Seus resultados revelaram que em dois municípios não foram detectados registros de consultas médicas nos prontuários, levando-o a considerar duas possibilidades: a de o médico não estar realizando consulta pré-natal e a de não estar registrando os dados da consulta. Qualquer uma das duas situações representa séria omissão destes profissionais em relação à assistência pré-natal. Esse estudo também identificou que em sete dos oito municípios da microrregião foi maior a frequência de consultas de enfermagem em comparação ao número de consultas médicas.

Neste sentido, o registro em prontuário deve ser considerado pelo profissional enfermeiro como um dos elementos facilitadores da comunicação e de relação entre os profissionais envolvidos na atenção prestada à saúde da criança de risco e um instrumento que favorece a prática do princípio da integralidade (PRADO, 2006).

Segundo o Conselho Regional de Medicina, art. 5º, nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do Conselho Regional (CRM, 2002). A expressão prontuário médico é amplamente usada, o que lhe dá legitimidade. Vários outros profissionais a utilizam, como verificado nas UBSs, mas foram encontrados dados significativos ausentes ou registrados de forma insuficiente.

Tanaka (2008) estudou a qualidade dos serviços da Atenção Básica em um distrito sanitário do município de São Paulo a partir dos registros de prontuários referentes a anamnese, exame físico, diagnóstico e condutas. Mostrou e confirmou que o prontuário médico tem potencial e constitui importante fonte primária na avaliação da qualidade da assistência.

Como mostram as entrevistas realizadas no presente estudo, quando se perguntou se todos os profissionais da UBS escrevem de forma legível no prontuário, as respostas apontam que 122 (79,7%) não escrevem, 30 (19,6%) escrevem de forma legível e 1 (0,6%) não soube responder. Ao se perguntar quais profissionais das UBSs não escrevem de forma legível nos prontuários, as respostas, separadas por categoria profissional, foram: 119 (77,7%) referiram que os enfermeiros escrevem de forma legível, 117 (76,4%) afirmaram que os médicos escrevem de forma ilegível, e destes médicos, 13 (81,2%) colocaram a própria ilegibilidade e 14 (87,5%) dos enfermeiros têm a mesma opinião - que médicos não escrevem de forma legível. Continuando, 112 (73,2%) dos auxiliares de enfermagem escrevem de forma legível.

Scochi (1994), em estudo realizado no município de Maringá - PR, buscou construir indicadores de qualidade da assistência a partir dos registros rotineiros em prontuários de três núcleos integrados de saúde (NIS) no ano de 1991. Em 49,7% dos prontuários as hipóteses diagnósticas estavam ausentes e havia 14,8% das hipóteses diagnósticas ilegíveis. Os prontuários nestes três NISs funcionavam precariamente como fonte de informação, tanto para uso interno como para avaliação. Apesar destas insuficiências, a autora extraiu alguns indicadores de qualidade, como cobertura e acesso, alertando para a necessidade de melhoras significativas na qualidade do preenchimento.

Foram encontrados em duas UBSs prontuários arquivados separados por equipe de saúde da área referenciada. Em todas as UBSs encontrou-se grande dificuldade de armazenamento, com pouco espaço para os prontuários nos fichários, que além disso eram extremamente pesados. Observou-se ainda que os prontuários não eram organizados por núcleos familiares, mas arquivados individualmente. Não havia nenhuma padronização desses documentos e era muito difícil manuseá-los, por não

haver ordenação de páginas e estas mesmas não serem numeradas. Além disto, todas as folhas estavam soltas e sem cronologia do atendimento.

Segundo a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da ESF, o padrão referente à organização do prontuário por núcleos familiares, no qual estão contidos os prontuários individuais, serve para fortalecer o modelo de atenção. Estes podem estar organizados também por microárea. Esta forma de organização pode ser desenvolvida, inclusive, nos casos de prontuários informatizados (BRASIL, 2009a).

Vasconcellos (2008), em estudo com o objetivo de contribuir para a avaliação da Atenção Básica, buscou registros nos prontuários dos atendimentos realizados em quatro municípios de população superior a 100 mil habitantes no Estado do Rio de Janeiro, em 2004. A análise de dados tratou da completude da identificação do indivíduo em todos os prontuários. Na identificação dos usuários encontrou-se baixa presença dos atributos sociais e metade dos prontuários não apresentou registro da data de abertura. A análise de completude sugeriu discutível qualidade na continuidade do cuidado oferecido, dificuldades para a prática gerencial na Atenção Básica e implementação da ESF.

Autores sugerem que para a melhoria da qualidade do registro em saúde é necessária a efetiva estruturação do prontuário, o qual deve ter os campos obrigatórios e ser elaborado de forma padronizada, com tecnologia de registro eletrônico ou não. Consideram-no ainda como componente necessário para uma adequada atenção à saúde e uma melhor organização dos serviços, pois resgata os princípios básicos do SUS, como a integralidade do cuidado, equidade e universalidade do acesso (DONABEDIAN, 1988; BODENHEIMER, 2003; HEYMANN, 2005).

No que se refere ao registro de imunizações nos prontuários, observou-se neste estudo que não há padronização das anotações e não foi registrado o local da aplicação do imunobiológico no recém-nascido de risco.

O PNI é uma prioridade nacional e está sob a responsabilidade das três esferas governamentais. O alcance dos objetivos e a adoção de estratégias com o mínimo de unidade exigem articulação dessas instâncias, de forma a compatibilizar atividades, necessidades e realidades, num esforço conjunto. A vacinação deve ser obrigatoriamente planejada no conjunto de ações oferecidas pelas UBSs, e entre as prioridades estabelecidas encontram-se as crianças menores de um ano, por constituírem grupo suscetível, no qual as doenças preveníveis por vacinação se manifestam com maior gravidade (BRASIL, 2001).

A avaliação dos serviços de vacinação não pode ser vista de forma isolada, sendo importante considerar a situação de saúde da população, suas condições sociais e econômicas, o grau de organização dos serviços e sua capacidade resolutiva. Esses fatores podem influenciar os resultados do trabalho, principalmente em termos de cobertura vacinal alcançada, refletindo-se diretamente no objetivo fundamental, que é causar impacto nos índices de morbidade e mortalidade das doenças, reduzindo-os (SÃO PAULO, 1998). Deve-se, porém, destacar que para diminuir as taxas de morbimortalidade das doenças imunopreveníveis é importante conhecer a situação dessas doenças e seus indicadores. As doenças preveníveis mediante imunização devem ser notificadas imediatamente para se traçarem as medidas de prevenção e controle. AS UBSs devem garantir o funcionamento contínuo da sala de vacina, sem restrição de horários e com busca ativa de faltosos por meio de VDs (BRASIL, 2004).

Nas entrevistas realizadas, os dados foram satisfatórios quanto aos recursos físicos da sala de vacina. Sobre esta, 124 (81,6%) entrevistados relataram que está

adequadamente equipada e é usada exclusivamente para esse fim; 18 (11,9%) relataram que não é equipada adequadamente; 8 (5,2%) responderam que a sala de vacina está equipada mais ou menos; e 2 (1,3%) não souberam responder. Percebeu-se durante a coleta de dados que as salas de vacina de quase todas as UBSs, são destinadas exclusivamente para esse fim e que em alguns prontuários os faltosos eram identificados no prontuário, porém isso não prática padronizada.

No aspecto referente à sala de vacina, Luque (2008), em estudo que avaliou a assistência prestada ao recém-nascido de risco inscrito no Programa Crescer Feliz do município de Botucatu - SP, desde sua admissão nas s após o nascimento até completar um ano de vida, observou na avaliação da estrutura do programa a falta de salas de vacina apropriadas.

Conforme observado na AC, as variáveis registro de internação e registro de encaminhamento apresentaram contribuições relevantes, sendo encontrados 106 registros de encaminhamentos no total de prontuários localizados e 21 registros de internação de crianças durante o primeiro ano de vida. O *cluster* 2, que agrupa seis UBSs homogêneas (Iguatemi, Iguçu, Industrial, Morangueira, Ney Braga e Universo), foi o que obteve as melhores contribuições de registros das variáveis internação e encaminhamento. Nestas UBSs o índice de prontuário localizado ficou entre 70% e 100% (tabela 1).

A ESF caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, e seu desafio é ampliar suas fronteiras de atuação com vista a uma maior resolubilidade da atenção, com todas as ações primárias e secundárias (internações) necessárias à reorganização do sistema de saúde (BRASIL, 2009b).

Starfield (2002) afirma que a ausência de um “ponto de entrada” facilmente acessível faz com que a atenção adequada possa não ser efetiva, ou seja, ser adiada, incorrendo muitas vezes em gastos desnecessários.

Em estudo que indicou a atenção especial à saúde de crianças de baixo peso com cobertura e qualidade na atenção primária a nível ambulatorial, visando à redução da taxa de hospitalização, cujos efeitos sobre a criança e sua família são deletérios, Caetano (2002), na região metropolitana de São Paulo, caracterizou a morbidade hospitalar e identificou os fatores associados à hospitalização de crianças menores de cinco anos. Os resultados mostraram que 7,3% da amostra foram hospitalizados. Os fatores associados à hospitalização incluíram baixo peso ao nascer, intercorrências neonatais, doenças crônicas, óbito de irmão menor de cinco anos, ser cuidado pela avó durante o dia, elevada densidade domiciliar e maior nível de escolaridade materna.

Acrescenta ainda que as informações sobre taxas e causas de internação foram importantes indicadores da qualidade da assistência prestada e também indicadores indiretos da resolubilidade ambulatorial (CAETANO, 2002).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho deve ser visto como um exercício em relação à técnica de análise de dados exploratória apresentada e na perspectiva de estudos posteriores. Pretendeu também estimular novos estudos na área da enfermagem, onde a AC é mais efetiva quando a matriz de dados é grande, de modo que a inspeção visual ou análise estatística simples não conseguiria revelar sua estrutura.

Este estudo evidenciou a importância da investigação em estudos epidemiológicos e de avaliação em serviços de saúde com a utilização de bancos cujos dados possam ser trabalhados conjuntamente mediante o cruzamento de informações procedentes de vários sistemas de informação, tornando-se excelente fonte de dados.

Os resultados encontrados nos quatro instrumentos utilizados permitiram concluir o que se segue.

1. **Dados da ficha laranja**

Foram identificadas as seguintes contribuições da ficha laranja:

- contribuições significativas para a consulta médica (3,6), com destaque para a UBS Universo (*cluster* 3) e as UBSs Cidade Alta e Guaiapó-Requião (*cluster* 5), as quais correspondem a 13,0% do total das UBSs e sugere que os profissionais médicos atuantes nestas UBSs apresentaram desempenho adequado, ao registrarem as atividades de assistência oferecida ao RN de risco e detectarem a importância de conscientizar-se da necessidade de o registro ser efetuado na ficha laranja por quem realmente preste a assistência;
- contribuições para a consulta de enfermagem (2,2), destacadas nas UBSs Cidade Alta e Guaiapó-Requião (*cluster* 5) e nas UBSs Iguatemi, Internorte, Quebec e Alvorada III (*cluster* 4), as quais correspondem a 26,0% do total das UBSs, concluindo-se que nas

consultas de enfermagem nessas UBSs o profissional enfermeiro preenche de maneira diferenciada a ficha laranja;

- contribuições para a visita domiciliar (2,3): foram encontrados, no total das fichas laranja, 88 registros de visitas domiciliares, sendo que a UBS do Mandacaru (*cluster 6*) registrou 13 visitas domiciliares, a UBS Pinheiros (*cluster 2*) 12 visitas e a UBS Zona Sul (*cluster 6*) 11 visitas registradas, as quais correspondem a 13,0% do total das UBSs. Pelos dados quantitativos apresentados de VDs, percebe-se, diante do fato de que a população-alvo era constituída de crianças de grupo de risco, que as visitas domiciliares ocorreram em quantidade menor do que o preconizado e estimado pela ESF, que deveria ser de uma consulta mensal para a população geral e também para as crianças inclusas no Programa de Vigilância do Recém-Nascido de Risco;

- contribuições para inclusão na alta em outros programas (2,3): verificadas nas UBSs Iguatemi, Internorte, Quebec e Alvorada III (*cluster 4*) e nas UBSs Cidade Alta e Guaiapó-Requião (*cluster 5*), as quais correspondem a 26,0% do total das UBSs. Este resultado reforça a ideia de que as crianças de risco são encaminhadas para programas assistenciais após o término de doze meses, pois nem sempre essas criança conseguem melhorar a sua situação de saúde em doze meses.

2. Em relação à ficha A

As contribuições relevantes por UBS agrupadas indicam que a única variável com significância foi o encaminhamento para odontologia (4,0 e 1,5), registrado nas UBSs Pinheiros, Universo e Vila Esperança (*cluster 1*) e na UBS Iguatemi (*cluster 4*), as quais correspondem a 17,4% do total das UBSs, não sendo registradas nas demais. Este fato demonstra a necessidade de efetivação do trabalho multiprofissional para assistência do recém-nascido de risco nas UBSs. A realidade encontrada demonstra uma assistência

segmentada e fragmentada da Atenção Básica no município de Maringá. A falta de registro de encaminhamento dos recém-nascidos inclusos no Programa de Vigilância do Recém-Nascido de Risco para a odontologia reflete que o profissional dessa área não está inserido efetivamente dentro da ESF, mesmo onde a ESB está implantada. Assim, há necessidade de ação integrada de implementação de protocolos específicos para grupos prioritários.

3. Análise dos dados da ficha C

As contribuições relevantes agrupadas nessa ficha foram duas:

- o registro do gráfico peso-idade preenchido (7,0), sendo a UBS Iguatemi (*cluster 5*) a única em que se verificou o preenchimento do gráfico na ficha C, o que corresponde a 4,3% do total das UBSs, confirmando a falta de treinamento e de conscientização dos profissionais sobre a importância do registro do peso e da altura da criança;
- contribuições para o acompanhamento inferior ou igual a 6 vezes registrado (3,2), observado na UBS Mandacaru (*cluster 2*), as quais correspondem a 4,3% do total das UBSs, significando acompanhamento inadequado, porquanto as demais UBSs apresentaram registro de acompanhamento maior que 6 registros no período do estudo para os recém-nascidos de risco de peso e altura.

4. Análise dos prontuários nas UBSs

- As contribuições relevantes por UBS agrupadas com maior significância foram prontuário localizado (4,6) e a variável imunização registrada (4,9) na UBS Aclimação (*cluster 4*), com percentual de 4,3% do total das UBSs. A AC destacou contribuição importante para a UBS Aclimação, porém, apenas 1 (um) prontuário foi localizado, não cabendo generalizações;

- contribuições para o prontuário identificado como RN de risco (2,7) nas UBSs Parigot de Souza, São Silvestre, Vila Esperança e Guaiapó-Requião (*cluster 3*), as quais correspondem a 17,4% (a identificação do prontuário da criança de risco indica atributo positivo na análise realizada); nas demais UBSs a identificação do prontuário ficou abaixo do ponto de corte de 1,5 de contribuição;
- contribuições para a ficha laranja localizada no prontuário (7,8); nas UBS Parigot de Souza, São Silvestre, Vila Esperança, Guaiapó-Requião (*cluster 3*) e na UBS Aclimação (*cluster 4*), as quais correspondem a 21,7 %, sugerindo que o preconizado pelo setor de Vigilância da Secretaria da Saúde, ou seja, o retorno das fichas laranja para arquivamento dentro do prontuário da criança de risco, não está sendo realizado pelas demais UBSs;
- contribuições para encaminhamento registrado (1,8) e internamento registrado (2,8) nas UBSs Iguatemi, Iguacu, Industrial, Morangueira, Ney Braga e Universo (*cluster 2*), as quais correspondem a 26%, destacando que a maior frequência de registros de internações hospitalares e encaminhamentos é realizada pelos profissionais que prestam assistência à criança de risco.

As informações coletadas e analisadas por meio dos registros na ficha laranja e nos prontuários identificaram que as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde ao RN de risco estiveram distantes de uma atenção integral.

As estratégias de avaliação e melhoria da qualidade na Atenção Básica têm sido direcionadas para a avaliação da ESF como a principal diretriz política para alcançar o princípio da universalidade do SUS.

A qualidade é um objetivo que vem sendo perseguido por gestores, profissionais e usuários do SUS. A elaboração de normas e critérios a nortear a assistência à saúde nas últimas décadas está limitada às áreas técnicas e à implantação

de programas. Assim os parâmetros quase sempre foram construídos a partir de indicadores preestabelecidos, não se conseguindo fazer as mudanças qualitativas que se espera serem feitas em decorrência da reorientação do modelo assistencial preconizado pela ESF.

Os documentos utilizados como instrumentos de coleta no SIAB não seguem padronização de arquivamento e em algumas UBSs os ACSs mantinham em seus domicílios as ficha A e C, o que era justificado pela ausência de espaço para seu armazenamento na área da UBS. Algumas fichas foram desprezadas ao ocorrer demissão do ACS. O profissional que assume a área de abrangência não recebe as fichas da população referenciada da sua área de abrangência e começa a utilizar as ficha A e C novamente, sem continuação do trabalho.

Cabe ressaltar a necessidade de que as ficha A e C tenham, dentro das UBS, local próprio para armazenamento, pois contêm dados cadastrais e pessoais de usuários SUS, sendo necessário controle e vigilância por parte do diretor da UBS. Essa questão ficou evidente quando as fichas foram procuradas junto aos ACSs, para fins de pesquisa como fonte secundária, e pouco encontradas.

Evidenciou-se que a alimentação dos dados nos SIABs se dá para o cumprimento de normas estabelecidas entre as esferas gestoras municipal, estadual e federal, de caráter obrigatório para a manutenção e recebimento de incentivos financeiros. As potencialidades dos sistemas não têm sido utilizadas para nortear o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de grupos de risco e consolidação da ESF como conversão do modelo assistencial à saúde vigente.

Com relação ao controle de qualidade de registros referentes a informações disponíveis nos prontuários, verificou-se que a auditoria é praticamente inexistente nos serviços públicos de atenção primária. Pode-se supor que a estrutura da auditoria

presente nos serviços públicos desenvolva práticas voltadas à análise de adequação dos repasses financeiros mais do que a avaliação da qualidade dos registros e da assistência à saúde nos serviços.

Acredita-se, ainda, que a utilização dos SISs é estruturante para a qualidade dos dados e uma ferramenta efetiva no monitoramento dos serviços e ações de saúde para grupos prioritários, evidenciando a necessidade de uniformizar critérios, estabelecer conexões com outros sistemas de informação e com isso subsidiar as decisões de gestão.

Finalmente, retornando às entrevistas realizadas com os profissionais de saúde selecionados, os dados mostram a similaridade de conclusão. Quando lhes foi feita a pergunta “Como você classifica o Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco na sua prática profissional do dia a dia?”, 38 (24,9%) entrevistados responderam que o programa é satisfatório, 81 (52,9%) responderam que é aceitável, 31 (20,3%) que é deficiente e 3 (1,9%) não responderam.

Considerando-se todas as questões apresentadas e discutidas, sugerem-se, para a melhoria do Programa de Vigilância do recém-Nascido de Risco do município de Maringá, as seguintes medidas:

- resgatar todos os documentos, memorandos, comunicação interna, rotinas impressas, boletins informativos registrados e produzidos pela Secretaria Municipal da Saúde do município desde 2000 e, a partir daí, documentar as reestruturações propostas;
- evidenciar a importância do Programa de Vigilância do recém-Nascido de Risco, ressaltando-se o que está sendo preconizado pelo MS para atenção ao RN de risco em todas as UBSs por meio de treinamento/capacitação de todos os profissionais da saúde inseridos na assistência a esse segmento populacional;

- estabelecer um novo protocolo de atendimento ao RN de risco, a ser seguido por todas as UBSs e ESFs do município de Maringá, respeitando as diretrizes e princípios da Política de Humanização do SUS (Humaniza SUS);
- garantir a todas as UBS recursos físicos e materiais para atendimento ao RN de risco;
- tornar efetiva a identificação dos prontuários dos RNs de risco;
- treinar e capacitar os profissionais médicos pediatras e enfermeiros das instituições filantrópicas e privadas que prestam assistência no município de Maringá e torná-los corresponsáveis pelo atendimento privado e conveniado ao RN de risco, definindo o fluxo de atendimento e o modo como preencher o instrumento (ficha laranja);
- Implantar e articular ações de promoção, tratamento e reabilitação, com garantia de continuidade através de um fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção (primário, secundário e terciário);
- sensibilizar os profissionais das UBSs em relação à importância do desenvolvimento de atividades em grupo de educação em saúde (puericultura e gestantes);
- priorizar as VDs até o 10º dia de vida de todos os RNs de risco, tendo cobertura de ESFs ou não;
- integrar o Programa de Vigilância do recémNascido de Risco do município de Maringá aos outros programas instituídos, principalmente aos de Atenção Pré-Natal (grupos de gestantes);
- divulgar e apresentar os resultados deste estudo junto a todas as UBSs, à Secretaria Municipal da Saúde do município de Maringá, aos gestores e trabalhadores, como estratégia de sensibilização sobre a importância do Programa de Vigilância do Recém-Nascido de Risco.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F. N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. 4. ed., revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, 282 p.
- ALVES, B. A.; BELDERRAIN, M.C.; SCARPEL, R. A. **Análise de correspondência na área da saúde: uma proposta para associação de variáveis segundo o conceito de envelhecimento saudável**. ITA. Rio de Janeiro. Brasil, 2007.
- ARANHA, R.N.; FAERSTEIN, E.; AZEVEDO, G. M.; WERNECK, G.; LOPES C. S. **Análise de correspondência para avaliação do perfil de mulheres na pós-menopausa e o uso da terapia de reposição hormonal**. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 100-108, 2004.
- BAPTISTA, E. K. K.; MARCON, S.S.; SOUZA, R.K.T. **Avaliação da cobertura assistencial das equipes de saúde da família às pessoas que faleceram por doenças cerebrovasculares em Maringá, Paraná, Brasil**. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 225-229, 2008.
- BETRAN, A.; MERIALDI, M. et al. **Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates**. *Paediatric Perinatal Epidemiology*, v. 21, n. 2, p. 98-113, 2007.
- BITTENCOURT, S.A.; CAMACHO, L.B.; LEAL, M.C. **O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva**. *Caderno de Saúde Pública*, v. 22, n. 1, p. 19-30, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de assistência integral à saúde da criança. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Implantação de Programas de Assistência à Saúde Infantil**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde / Coordenação Materno Infantil, 1995. [Mimeo-Versão Preliminar].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde / Departamento de Análise de Situação em Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Série Cadernos de Atenção Básica: n.11-Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde / Secretaria de Políticas de Saúde / Departamento de Atenção Básica / **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Procedimentos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. Brasília: Ministério da Saúde / Fundação Nacional de Saúde, agosto de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da Reunião Técnico-Científica sobre Normatização da Assistência Integral à Criança e ao Adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde: Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde / Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, 14 a 17 de junho de 1982 (mimeo-versão preliminar).

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde / Coordenação de Saúde da Comunidade, p. 8, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Assistência ao Recém Nascido**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde / Coordenação Materno-Infantil, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal: Manual Técnico**. 3º edição. Brasília: Secretária de Políticas de Saúde, p. 66, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de procedimentos para vacinação**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. 1. ed. 4º reimp. Brasília: Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política Nacional de Saúde Bucal: Registro de Uma Conquista Histórica**. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, Brasília: Secretaria de atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Situação**. Paraná. 3º edição. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Questão da Cesárea no Brasil**. Nota Técnica. Brasília: Sistema da Atenção Básica / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Secretaria de Atenção à Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema da Atenção Básica SIAB/DATASUS** Disponível em <http://siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>. Acesso em 16/05/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Municipal de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde - Prioridades e Objetivos - Municípios com mais de 80 mil habitantes**. Brasília: Ministério da Saúde/DATASUS, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Caderno de Auto-Avaliação 4. Equipe Saúde da Família – Parte I - 3ª edição. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS.** Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021. Acesso em 25/08/2009.

BODENHEIMER, T.; GRUMBACH, K. **Electronic technology: a spark to revitalize primary care?** *JAMA*. n. 290, p. 259-264, 2003.

CAETANO, J. R. M.; BORDIN, I. A. S.; PUCCINI, R. F.; PERES, C. A. **Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos.** *Ver Saúde Pública*, São Paulo, n. 36, p. 285-291, 2002.

CALIL, L. C. **Reflexões sobre ética e o custo da consulta médica.** *Psychiatry on line Brazil*. Uberaba, vol. 4, 1999.

CAMARGO, J. R.; KENNETH, Rochel. et al. **Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade.** *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 58-68, 2008.

CARVALHO, M. S. **Análise de Correspondência: Uma aplicação do método à avaliação de serviços de vacinação.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 287-301, jul./set., 1992.

CONILL, E. M. **Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde.** *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Nº COFEN-159 de 19 de abril de 1993. **Dispõe sobre a consulta de enfermagem.**

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº CFM 1.638, de 10 de julho de 2002. **Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.** Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 153, 9 ago. Seção 1, p. 184-185, 2002.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; POUVOURVILLE, G.; POULLIER, J. P.; CONTANDRIOPOULOS, D. **À La recherche d'une troisième voie des systèmes de santé au XXI^e siècle.** In Pomey MP, Poullier JP, editores. *Santé publique. Paris Elipses*. Paris, p.637-667, 2000.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. **Avaliando a institucionalização da avaliação.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CRIVISQUI, E. **Apresentação da análise fatorial de correspondência simples e múltiplas.** Programme de Recherche ET D'Enseignement em Statistique Appliquée. *PRESTA (apostila)*, Belgique: Université Libre de Bruxelles, p. 162, 1995.

DONABEDIAN, A. The quality of care. **How can it be assessed?** *Journal of the American medical Association*. n. 260, p. 1743-1748, 1988.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H.; MAGALHÃES, R; SENNA, M. C. M. **Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: Síntese dos principais resultados.** Brasília: Ministério da Saúde, p. 228, 2002.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** 3. ed., Curitiba: Positivo, 2004.

FERREIRA, S.M.G. **Sistema de Informação em Saúde.** *Coopmed Cadernos de Saúde*, Belo Horizonte, n. 4, 2001.

FREIRE, M.; DAVINI, J.; CAMARGO, F.; MARTINS, M.C. **Observação, registro, reflexão instrumentos metodológicos I,** São Paulo: Artcolor, 1997.

FIGUEIREDO, G.L.A.; MELLO, D.F. **Child health care in Brazil: aspects of program vulnerability and human rights.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.15, n. 6, p. 1171-1176, nov./dez., 2007.

FILHA, M.M.T.; GAMA, S.G.N.; CUNHA, C.B.; LEAL, M.C. **Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 283-291, 2004.

GUERRA, F. A. R.; JUNIOR, J. C. L.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, B. C.; FILHA, M. M. T. **Confiabilidade das informações das declarações de nascido vivo com registro de defeitos congênitos no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2004.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 438-446, fev., 2008.

GREN, P. E.; SHAFFER, C. M.; PATTERSON, M. P. **“A Reduced-Space Approach the Clustering of Categorical Data in Marketing Segmentation”**, *Journal of the Market Research Society*, v. 30, n. 3, p. 267-288, 1988.

GREENACRE, M. J. **Practical correspondence analysis.** In: _____. *Looking at Multivariate Data*, Cap. III, New York: J.Wiley & Sons. 1981.

GONÇALVES, V. L. M. **Anotação de enfermagem.** In: CIANCIARULLO, T.I.et. al. *Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências.* São Paulo: Ícone, Cap. 12, p. 221-233, 2001.

HAIR J. F. Jr.; TATHAM A. R.L.; BLACK W. C.: **trad. Adonai Schlup Sant’Anna e Anselmo Chaves Neto.** *Análise multivariada de dados* – 5. ed. – Porto Alegre: Bookman, 2005.

HAIR. et al. **“Multivariate Data Analysis”.** Prentice Hall, 1994.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M.H. **A trajetória da atenção básica em saúde e do programa saúde da família no SUS: uma busca de identidade. Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS.** 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

HEYMANN, A. D.; HOCH, I.; VALINSKY, L.; SHALEV, V.; SILBER, H.; KOKIA, E.. **Mandatory computer field for blood pressure measurement improves screening.** *Fam Prac*, n. 22, p. 168 - 169, 2005.

KHATTREE, R.; DAYANAND, N. N. **Multivariate data reduction and discrimination with SAS software.** Cary: SAS Institute Inc., 2000.

LAGARDE, J. **“Initiation à L’analyse des Données”.** Paris: DUNOD, 1995.

LUHM, K. R. **O enfoque de risco na organização de serviços de saúde materno-infantil: avaliação do modelo preditivo utilizado pelo Programa “Nascer em Curitiba Vale a Vida”**. 2001. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo.

LUQUE, A. L. F. **Avaliação da atenção ao recém nascido de risco no município de Botucatu-SP. 2008**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu.

MACHADO, J. P. *et al.* **Aplicação da metodologia de relacionamento probabilístico de base de dados para a identificação de óbitos em estudos epidemiológicos**. *Rev. Bras. Epidemiologia*, v. 11, n. 1, p. 43 - 54, 2008.

MANOEL, C. M.; CARANDINA, L.; GIAROLA, L.C. **Programa de vigilância ao recém nascido de risco: ações desenvolvidas no Centro de Saúde Escola de Botucatu**. *Rev. Paul. Pediatria*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 227 - 232, 2006.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Proposta de Reestruturação do Programa Saúde da Família no Município de Maringá**, Maringá, 2001.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica**. Maringá, 2004.

MARTINS, R. **Análise gráfica de receitas médicas. Uma contribuição do design da informação para a detecção e prevenção de erros latentes**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

MATSUDA, L. M.; SILVA, D. M. P. P.; ÉVORA, Y. D. M.; COIMBRA, J. A. H. **Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado?** *Rev Eletrônica Enfermagem*, v. 8, n. 3, p. 415 - 421, 2006.

MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D.; SOBOLL, M. L. M. S; ALMEIDA, M. F.; LATORRE, M. R. D. O. **Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde**. *Revista de Saúde Pública*, v. 27, n. 6, p. 1- 44. 1993.

MOSCAROLA, J. **“Enquêtes et analyse de Données”**. Paris: Vuibert, 1991.

MOTA, J. C.; VASCONCELOS, A. G. G.; ASSIS, S. G.; **Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 3, p. 799 -809, 2007.

MOURA, E. R. F.; JR HOLANDA, F.; RODRIGUES, M. S. P. **Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil.** *CAD. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1791-1799, nov./dez., 2003.

OLIVEIRA, V. C.; CADETTE, M. M. M. **A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** *REME Rev Min Enfermagem*, v. 11, n. 1, p. 77 - 80, 2007.

PATTON, M. Q. **Utilization-focused evaluation. The new century text.** Thousands Oaks-London-New Delhi: *SAGE Publications*, 1997.

PEDROSA, L. D. C. O.; SARINHO, S. W.; ORDONHA, M. A. R. **Óbitos neonatais: por que e como informar?** *Rev. Brás. Saúde Mater. Infantil*, v. 5, n. 4, p. 411 - 418, out./dez., 2005.

PERES, E. M.; DAL POZ, M.R. **Visita domiciliar: espaço privilegiado para o diálogo e produção de saberes.** *Rev. Enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro, v. 14, p. 208 - 213, 2006.

PRADO, S. R. L. A.; FUJIMORI E. **Registro em prontuário de crianças e a prática da integralidade.** *Rev. Brás. Enfermagem*. v. 59, n. 1, p. 67 - 71, jan./fev, 2006.

PRADO, S. R. L. A. **Integralidade - Um estudo a partir da atenção básica à saúde da criança em modelos assistenciais distintos.** 2005. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo.

RATTNER, D. **A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta.** *Cad. Saúde Publica*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 21 - 32, 1996.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. **Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do SINASC, 2002.** *Cad. Saúde Pública*, Mar., v. 23, n. 3, p. 701 - 714, 2007.

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. **Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p.713-724, 2006.

SAKATA K. N.; ALMEIDA, M. C. P.; ALVARENGA, A. M.; CRACO, P. F.; PEREIRA M. J. B. **Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares.** *Rev. Brás. Enfermagem*, v. 60, n.6, p. 659 - 664, 2007.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica. Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica. **TBVE- Imunizações- Unidade III.** São Paulo, 1998.

SCOCHI, M. J. **Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, (estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação.** *Cad. Saúde Pública*, v. 10, n. 3, p. 356 - 367, 1994.

SILVEIRA, L. T. **A prática da vigilância à saúde em Santos: o programa de vigilância do recém-nascido de risco.** 1995. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo.

SLOMP, F. M.; MELLO, D. F.; SCOCHI, C. G. S.; LEITE, A. M. **Assistência ao recém-nascido em um Programa de Saúde da Família.** *Rev. Esc. Enfermagem.* São Paulo, v. 41, n. 3, p. 441 - 446, 2007.

STARFIELD, B. Coordenação da Atenção - juntando tudo. In: Ministério da Saúde (org.). **Atenção Primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Ministério da Saúde, 2002. p. 365-414.

STATSOFT, INC. **STATISTICA (data analysis software system)**, version 7.1, 2006.

STATlab 30.32. **Logiciel d' Analyse Statistique de Données.** Versão 3.0.

SZWARCWALD, C. L.; LEAL, M. C.; ANDRADE, C. L. T. **Estimação da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde?** *Cad. Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p. 1725 - 1736, Nov./Dec., 2002.

SESA Paraná 2007 [www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php](http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?Conteudo=343-36k)
Conteúdo=343-36k. Acesso em 15 de março de 2009.

TANAKA, O. Y.; SANTO, A. C. G. do E. **Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo.** *Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 8, n. 3, p. 325 - 332, jul / set, 2008.

UCHIMURA, T. T.; PELISSARI, D. M.; SOARES, D. F. P. P.; UCHIMURA, N. S.; SANTANA, R. G.; MORAES, C. M. S. **Fatores de risco para o baixo peso ao nascer segundo as variáveis da mãe e do recém nascido, em Maringá-PR, no período de 1996 a 2002.** *Ciência Cuidado e Saúde*, v. 6, n. 1, p. 51 - 58, Jan./Mar., 2007.

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. **Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro.** *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 173 - 182, 2008.

VIEIRA DA SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ & VIEIRA DA SILVA, L. M. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*, 2004.

VILLAR, J. et al. **Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America.** *Lancet*, n. 367, p. 1819-29, 2006.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate.** *Caderno de Ciência e Tecnologia*, n. 1, p. 17 - 25, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Appropriate technology for birth.** *Lancet*, n. 2, p. 436 - 437, 1985.

WINKLER, W. E. **Methods for evaluating and creating data quality.** v. 29, n. 7, p. 531- 550, 2004.


ANEXOS

Ficha padronizada pelo setor de Vigilância Epidemiológica (Anexo 1).



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ

SECRETARIA DE SAÚDE DE MARINGÁ
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA



PROGRAMA DE VIGILÂNCIA AO RECÉM NASCIDO DE RISCO

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO RECÉM NASCIDO DE RISCO

DADOS DA MÃE

Nome da Mãe _____ Idade _____

Endereço _____

Bairro _____ Fone _____

Unidade de Saúde _____

Enfermeiro(a) Responsável _____

DADOS DO NASCIMENTO

Nome do Bebê _____

Data de Nascimento ____ / ____ / ____ DNV _____

Sexo: () Masc. () Fem. Peso ao Nascer _____ Estatura _____

Hospital de Nascimento _____

Idade Gestacional _____

APGAR _____ Anomalia _____

Tipo de Parto: () Cesárea () Parto Normal

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO PROGRAMA

() Idade materna menor que 17 anos

() Peso menor que 2500g

() Idade gestacional menor que 36 semanas

() APGAR no 5º min. menor que 7

() Presença de anomalia

() Outros critérios; Especificar: _____

DADOS DE ALTA AOS 12 MESES

Peso _____ Estatura _____

Estado Vacinal _____

() Saudável	() Óbito
() Mudança de Endereço	() Não Avaliado
() Inclusão em Programas	() Outros
Qual _____	Qual _____

Ficha padronizada pelo setor de Vigilância Epidemiológica - verso (Anexo 1).

ACOMPANHAMENTO MENSAL		ASSINATURA
RECÉM NASCIDO DE RISCO		
1º MÊS Data / /		
2º MÊS Data / /		
3º MÊS Data / /		
4º MÊS Data / /		
5º MÊS Data / /		
6º MÊS Data / /		
7º MÊS Data / /		
8º MÊS Data / /		
9º MÊS Data / /		
10º MÊS Data / /		
11º MÊS Data / /		
12º MÊS Data / /		

Ficha padronizada pelo setor de Vigilância Epidemiológica (Anexo 2).

 **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ**
SECRETARIA DE SAÚDE DE MARINGÁ
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 
PROGRAMA DE VIGILÂNCIA AO RECÊM NASCIDO DE RISCO

FICHA DE AVALIAÇÃO DE ALTA DO RECÊM NASCIDO DE RISCO

DADOS DA MÃE

Nome da Mãe _____ Idade _____

Endereço _____

Bairro _____ Fone _____

Unidade de Saúde _____

Enfermeiro(a) Responsável _____

DADOS DO NASCIMENTO

Nome do Bebê _____

Data de Nascimento ____ / ____ / ____ DNV _____

Sexo: () Masc. () Fern. Peso ao Nascer _____ Estatura _____

Hospital de Nascimento _____

Idade Gestacional _____

APGAR _____ Anomalia _____

Tipo de Parto: () Cesárea () Parto Normal

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO PROGRAMA

() Idade materna menor que 17 anos

() Peso menor que 2500g

() Idade gestacional menor que 36 semanas

() APGAR no 5º min. menor que 7

() Presença de anomalia

() Outros critérios; Especificar: _____

DADOS DE ALTA AOS 12 MESES

Peso _____ Estatura _____

Estado Vacinal _____


() Saudável () Óbito

() Mudança de Endereço () Não Avaliado

() Inclusão em Programas () Outros

Qual _____ Qual _____

Ficha padronizada pela Secretaria Municipal da Saúde – Ficha A (Anexo 3).

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA										
FICHA A		PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA / PROGRAMA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE							UF	
ENDEREÇO				NÚMERO		BAIRRO		CEP		
FONE								-		
MUNICÍPIO		SEGMENTO		ÁREA		MICROÁREA		FAMÍLIA		
CADASTRO DA FAMÍLIA										
PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS			DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA	RELIGIÃO
NOME						SIM	NÃO		(SIGLA)	
RENDA FAMILIAR										
PESSOAS DE 0 A 14 ANOS			DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUÊNCIA À ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA	RELIGIÃO
NOME						SIM	NÃO		(SIGLA)	
Siglas para a indicação das doenças e / ou condições referidas										
AIC - Alcoolismo			DME - Distúrbio Mental			HAN - Hanseníase			HEP - Hepatite	
CHA - Chagas			EPI - Epilepsia			MAL - Malária			AC - Acamado	
DEF - Deficiência			GES - Gestação Meses			TB - Tuberculose			AT - Acidente de Trabalho	
DIA - Diabetes			HA - Hipertensão Arterial			FE - Fumante			AVC	
CADASTRO DA FAMÍLIA										
ENDEREÇO				NÚMERO		BAIRRO		CEP		
FONE								-		
MUNICÍPIO		SEGMENTO		ÁREA		MICROÁREA		FAMÍLIA		DATA
										- -
Nome dos integrantes da Família :										
1.	_____				6.	_____				
2.	_____				7.	_____				
3.	_____				8.	_____				
4.	_____				9.	_____				
5.	_____				0.	_____				

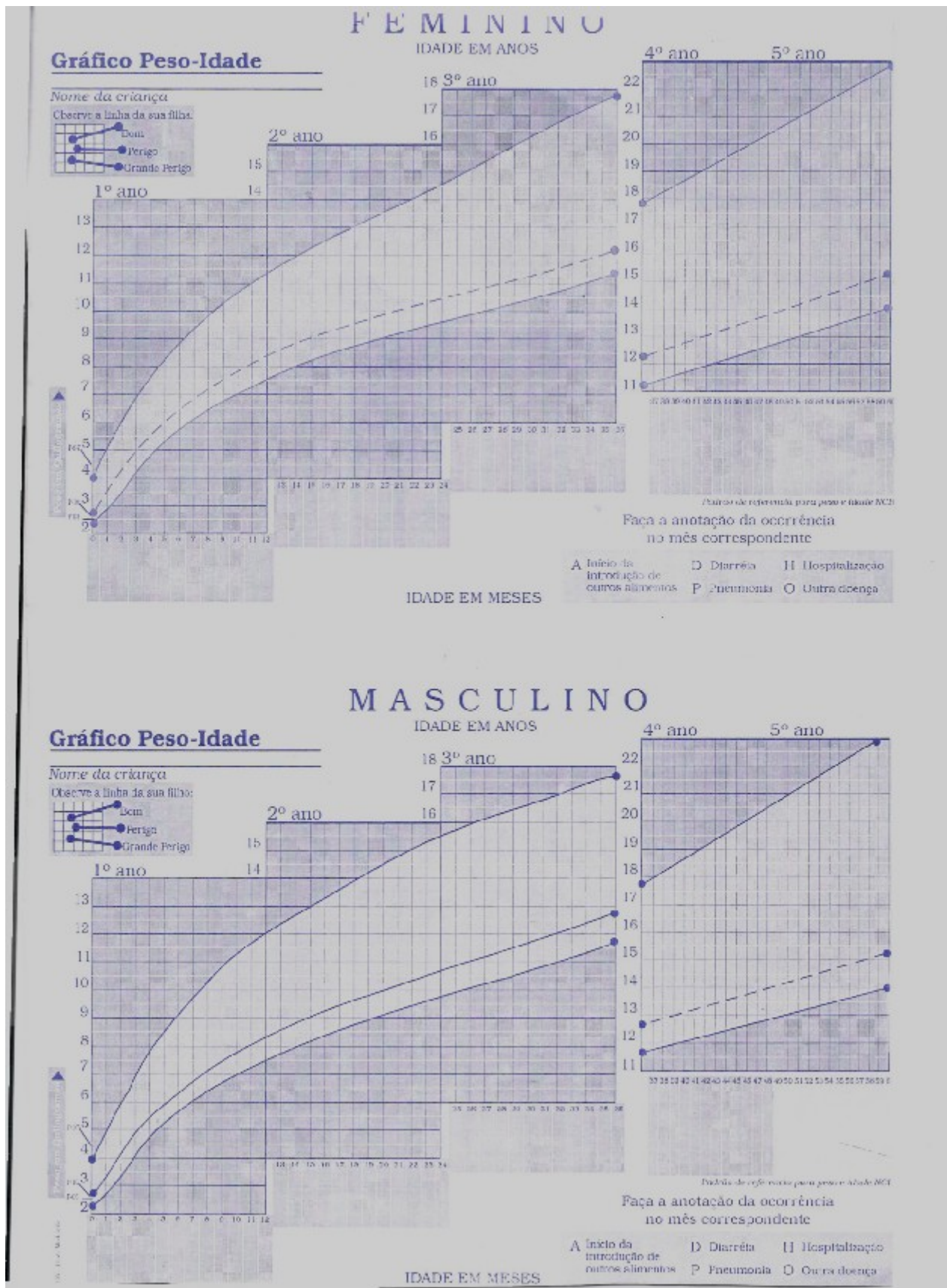
Ficha padronizada pela Secretaria Municipal da Saúde – Ficha A - verso (Anexo 3).

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">TIPO DE CASA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Tijolo / Adobe</td><td></td></tr> <tr><td>Madeira</td><td></td></tr> <tr><td>Material aproveitado</td><td></td></tr> <tr><td>Outro - Especificar :</td><td></td></tr> <tr><td>Número de cômodos/peças</td><td></td></tr> <tr><td>Animais: Quais /quantidades :</td><td></td></tr> <tr><td>Energia elétrica</td><td></td></tr> <tr> <th colspan="2">DESTINO DO LIXO</th> </tr> <tr><td>Coletado</td><td></td></tr> <tr><td>Queimado / Enterrado</td><td></td></tr> <tr><td>Céu aberto</td><td></td></tr> </tbody> </table>		TIPO DE CASA		Tijolo / Adobe		Madeira		Material aproveitado		Outro - Especificar :		Número de cômodos/peças		Animais: Quais /quantidades :		Energia elétrica		DESTINO DO LIXO		Coletado		Queimado / Enterrado		Céu aberto			
TIPO DE CASA																											
Tijolo / Adobe																											
Madeira																											
Material aproveitado																											
Outro - Especificar :																											
Número de cômodos/peças																											
Animais: Quais /quantidades :																											
Energia elétrica																											
DESTINO DO LIXO																											
Coletado																											
Queimado / Enterrado																											
Céu aberto																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Filtração</td><td></td></tr> <tr><td>Fervura</td><td></td></tr> <tr><td>Cloração</td><td></td></tr> <tr><td>Sem tratamento</td><td></td></tr> <tr> <th colspan="2">ABASTECIMENTO DE ÁGUA</th> </tr> <tr><td>Rede pública</td><td></td></tr> <tr><td>Poço ou nascente</td><td></td></tr> <tr><td>Outros</td><td></td></tr> <tr> <th colspan="2">DESTINO DE FEZES E URINA</th> </tr> <tr><td>Sistema de esgoto (rede geral)</td><td></td></tr> <tr><td>Fossa</td><td></td></tr> <tr><td>Céu aberto</td><td></td></tr> </tbody> </table>		TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO		Filtração		Fervura		Cloração		Sem tratamento		ABASTECIMENTO DE ÁGUA		Rede pública		Poço ou nascente		Outros		DESTINO DE FEZES E URINA		Sistema de esgoto (rede geral)		Fossa		Céu aberto	
TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO																											
Filtração																											
Fervura																											
Cloração																											
Sem tratamento																											
ABASTECIMENTO DE ÁGUA																											
Rede pública																											
Poço ou nascente																											
Outros																											
DESTINO DE FEZES E URINA																											
Sistema de esgoto (rede geral)																											
Fossa																											
Céu aberto																											
<p>ODONTOLOGIA : Aguarda tratamento odontológico ? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Qual unidade?.....</p>																											
Alguém da família possui Plano de Saúde ?	Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde																										
Nome do Plano de Saúde																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">EM CASO DE DOENÇA PROCURA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Hospital</td><td></td></tr> <tr><td>Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> Qual?</td><td></td></tr> <tr><td>Benzedeira</td><td></td></tr> <tr><td>Farmácia</td><td></td></tr> <tr><td>Outros - Especificar :</td><td></td></tr> <tr> <th colspan="2">MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA</th> </tr> <tr><td>Rádio</td><td></td></tr> <tr><td>Televisão</td><td></td></tr> <tr><td>Outros - Especificar :</td><td></td></tr> </tbody> </table>		EM CASO DE DOENÇA PROCURA		Hospital		Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> Qual?		Benzedeira		Farmácia		Outros - Especificar :		MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA		Rádio		Televisão		Outros - Especificar :							
EM CASO DE DOENÇA PROCURA																											
Hospital																											
Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> Qual?																											
Benzedeira																											
Farmácia																											
Outros - Especificar :																											
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA																											
Rádio																											
Televisão																											
Outros - Especificar :																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Cooperativa</td><td></td></tr> <tr><td>Grupo religioso</td><td></td></tr> <tr><td>Clubes</td><td></td></tr> <tr><td>Associações</td><td></td></tr> <tr><td>Outros - Especificar :</td><td></td></tr> <tr> <th colspan="2">MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA</th> </tr> <tr><td>Ônibus</td><td></td></tr> <tr><td>Caminhão</td><td></td></tr> <tr><td>Carro</td><td></td></tr> <tr><td>Carroça</td><td></td></tr> <tr><td>Outros - Especificar :</td><td></td></tr> </tbody> </table>		PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS		Cooperativa		Grupo religioso		Clubes		Associações		Outros - Especificar :		MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA		Ônibus		Caminhão		Carro		Carroça		Outros - Especificar :			
PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS																											
Cooperativa																											
Grupo religioso																											
Clubes																											
Associações																											
Outros - Especificar :																											
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA																											
Ônibus																											
Caminhão																											
Carro																											
Carroça																											
Outros - Especificar :																											
Avaliar a saúde em seu bairro :																											
Local de adscrição :																											
Horario :																											

Ficha padronizada pela Secretaria Municipal da Saúde – Ficha C (Anexo 4).

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FICHA DE ACOMPANHAMENTO À CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE							ANO							
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	Nº FAMILIA	ACS								
Identificação :				Cidade de nascimento: _____ Idade gestacional: _____										
Nome: _____				Peso ao nascer: _____ Estatura: _____										
Endereço: _____				Peso na alta: _____ Apgar: _____										
Filiação: _____				Teste do pezinho () sim () não										
Data de nascimento _____ Sexo _____				Mãe com DST () sim () não Qual: _____										
Idade mãe _____ Idade pai _____ N° de pessoas residentes na casa _____				Malformação congênita () sim () não										
N° de crianças menores de 5 anos: _____				Aceitação do RN () sim () não										
Avaliação de risco ao nascer:				Deficiência () sim () não Qual: _____										
Fez pré-natal? _____ N° de consultas: _____														
Intercorrências na gestação: _____														
Tipo de parto: () hospitalar () domiciliar Serviço: _____														
() normal () pérvico () cesariana () fórceps () convênio														
() pré-termo () a termo () pos-termo () particular														
() simples () gêmeos () público														
Vacinas														
1ª dose	Sabia	D. E. T.	H1B	HB	B. C. G.	Sarampo	V. T. V.							
2ª dose														
3ª dose														
Referço														
Acompanhamento:												Observações		
	Jan	Fev	Mar	Abr	Ma	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Data da visita do ACS														
Mãe sem companheiro														
Escola/Idade da mãe														
Escolaridade do pai														
Responsável pela família desempregado														
Dependência a drogas ou alcoolismo materno														
Tipo de aleitamento (E/ P/ S/ C)														
Peso														
Altura														
Atividade de grupo (mãe)														
Internamento (D/ H)														
Frequente creche														
Diagnóstico alimentar														
Medicamento de uso contínuo:														
Internamento :														
Data	Idade	Patologia	Data da alta	Observações										



Ficha padronizada pela Secretaria Municipal da Saúde – Ficha C - verso (Anexo 4).



Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde (Anexo 5).



Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Anexo 6).

 Universidade Estadual de Maringá Pro-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos Registro na CONEP em 10/02/1996	
CAAE Nº: 0326.0.093.000-08	PARECER Nº: 595/2008
Pesquisador (a) Responsável: TAQUECO TERUYA UCHIMURA	
Centro/Departamento: DIEN/CCS	
Título do projeto: Qualidade dos registros das informações de nascidos vivos no Programa Bebê de Risco de Município de Maringá-PR, 2006.	
Considerações: Trata-se de projeto de pesquisa apresentado como pré-requisito para o Exame Geral de Qualificação do Programa de Pós Graduação no Mestrado em Enfermagem. Caracterizada como um estudo transversal com enfoque quantitativo, descritivo analítico, com o objetivo de "analisar a qualidade das informações dos recém-nascidos cadastrados no Programa Bebê de Risco nos diferentes sistemas de informação no ano de 2006", a pesquisa será realizada em todas as UBS da Rede Básica de Saúde e Setor de Vigilância Epidemiológica do Município de Maringá-PR. A amostra será composta de 422 crianças dentre as cadastradas no Programa Bebê de Risco, de onde serão coletadas os dados para a pesquisa. Como nesses prontuários não consta identificação das crianças e suas mães, não haverá aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As atividades serão desenvolvidas entre março de 2008 e outubro de 2009, conforme consta no cronograma, e a coleta dos dados está prevista para ser realizada entre setembro de 2008 e fevereiro de 2009. O orçamento para a execução do projeto é de R\$ 106,50, e segue com a declaração de que será de responsabilidade do pesquisador. Em anexo segue o "instrumento para avaliação do programa bebê de risco" e o "instrumento para avaliação dos registros em 'ficha A - cadastro familiar'". É informado que foi obtida a liberação do Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores (CECAPS) da Secretaria Municipal de Saúde, no entanto, tal ofício não se encontra anexado ao projeto de pesquisa. Assim, solicita-se que seja fornecida a uma cópia do ofício 795/2008 para complementação do protocolo de pesquisa.	
Situação: APROVADO	
CONEP: (X) para registro () para análise e parecer Data: 31/10/2008	
O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em: 30/11/2009.	
O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 163ª reunião do COPEP em 31/10/2008.	 PI PROF. DRª Ieda Natumi Higashi Presidente do COPEP
Em suas comunicações com esse Comitê cite o número de registro do seu CAAE. Bloco 10 sala 01 – Avenida Colombo, 5790 – CEP: 87020-900 – Maringá - PR Fone-(fax) (44) 3261-4111 – e-mail: coep@uem.br	

Apêndice A**INSTRUMENTO DO PROGRAMA DE VIGILÂNCIA AO RECÉM NASCIDO DE RISCO**

Nome da mãe:

Idade:

Endereço:

Fone:

Bairro:

Enfermeiro Responsável:

Unidade de Saúde:

Regional:

Nome do Bebê:

Data de nascimento: __/__/__

DNV:

 Masc Fem

Peso ao nascer:

Estatura:

Hospital de Nascimento:

Idade gestacional:

Apgar:

Anomalia:

 Cesárea Parto normal

<p>Critérios de Inclusão:</p> <p><input type="checkbox"/> Idade materna menor que 17 anos</p> <p><input type="checkbox"/> Peso menor que 2500g</p> <p><input type="checkbox"/> Idade gestacional menor que 36 semanas</p> <p><input type="checkbox"/> Apgar no 5º minuto menor que 7</p> <p><input type="checkbox"/> Presença de anomalia</p> <p><input type="checkbox"/> Outros critérios. Especificar:</p>	<p>ACOMPANHAMENTO MENSAL</p> <p><input type="checkbox"/> Visitas domiciliares <input type="checkbox"/> Legível <input type="checkbox"/> Ilegível</p> <p><input type="checkbox"/> Consultas médicas <input type="checkbox"/> Legível <input type="checkbox"/> Ilegível</p> <p><input type="checkbox"/> Consultas de enferm. <input type="checkbox"/> Legível <input type="checkbox"/> Ilegível</p> <p><input type="checkbox"/> Meses preenchidos <input type="checkbox"/> Legível <input type="checkbox"/> Ilegível</p> <p><input type="checkbox"/> Meses não preenchidos</p> <p>Peso aos 6 meses: _____</p> <p>Altura aos 6 meses: _____</p>
--	--

Dados de alta dos 12 meses:

Peso:

Estatura:

Estado vacinal:

 Saudável Óbito Mudança de Endereço Não avaliado Inclusão em programas Outros Qual?

Apêndice B**INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DOS REGISTROS EM FICHA A – CADASTRO FAMILIAR**

UBS:	Bebê de Risco:	
1. Ficha A localizada	() Sim	() Não
2. Endereço registrado	() Sim	() Não
3. Nº de ESF registrada	() Sim	() Não
4. Nº da microárea registrado	() Sim	() Não
5. Bebê de Risco no cadastro familiar	() Sim	() Não
6. Situação da Moradia e Saneamento	() Preenchido	() Não preenchido
7. Encaminhamento odontologia	() Sim	() Não

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DOS REGISTROS EM FICHA C – Crianças menores de 5 anos de idade

1. Ficha C localizada	() Sim	() Não	
2. Avaliação de risco ao nascer preenchido	() Sim	() Não	
3. Acompanhamento registrado janeiro a dezembro	() Sim _____	() Não	
Peso _____	Altura _____	Vacinas _____	Outros _____
4. Gráfico Peso-Idade preenchido	() Sim	() Não	

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DOS REGISTROS EM PRONTUÁRIOS

1. Prontuário localizado	() Sim	() Não	
2. Identificado como Bebê de Risco	() Sim	() Não	
3. Ficha Programa Bebê de Risco	() Prontuário	() Não localizada	
4. Atendimentos Médicos _____	() Legível	() Ilegível	() Assinados
Atendimentos Enfermagem _____	() Legível	() Ilegível	() Assinados
5. Encaminhamentos no período estudado	() Sim	() Não	
6. Internações no período estudado	() Sim	() Não	
7. Peso _____	() Legível	() Ilegível	() Assinados
Altura _____	() Legível	() Ilegível	
Imunização _____	() Legível	() Ilegível	() Assinados

Apêndice C

Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco Entrevista com Profissional

Data: ____/____/____

Nº _____

UBS _____

1. Caracterização da população

1.1. Categoria profissional:

 enfermeiro médico aux enfermagem ACS1.2. Idade do participante: anos1.3. Masculino Feminino1.4. Tempo de trabalho na profissão: anos e meses1.5. Tempo de trabalho na UBS: anos e meses1.6. Integra o PSF: Sim Não PACS **2. Operacionalização do Programa Bebê de Risco na UBS:**

2.1 Existe na UBS, alguma forma de identificar os RNs do Programa Bebê de Risco?

 Sim Não Não sabe

2.2 Está disponível, na UBS, para todos os profissionais, Manual de Atendimento do Programa Bebê de Risco?

 Sim Não Não sabe

2.3 Na UBS, os RNs do Programa Bebê de Risco, são registrados em livro próprio?

 Sim Não Não sabe

2.4 Na UBS, as fichas enviadas pela Vigilância Epidemiológica, são rotineiramente arquivadas nos prontuários das crianças?

 Sim Não Não sabe

2.5 Na UBS, os RNs Programa Bebê de Risco têm prioridade para consulta médica?

 Sim Não Não sabe

2.6 Na UBS, os RNs do Programa Bebê de Risco têm prioridade para consulta de enfermagem?

 Sim Não Não sabe

2.7 Na UBS, é realizado rotineiramente o grupo de puericultura?

 Sim Não Não sabe

2.8 Quais profissionais participam do grupo de puericultura?

 enfermeiro médico aux. enfermagem ACS dentista outros

2.9 Qual a periodicidade do grupo?

 mensal quinzenal semanal outros. Especifique: _____

2.10 Na UBS, existe alguma atividade realizada especificamente com os RNs do Programa Bebê de Risco?

 Sim Não Não sabe

2.11 Sabe o ano em que foi implantado o Programa Bebê de Risco no Município de Maringá?

 Sim Não

2.12 Recebeu treinamento/curso/capacitação referente ao Programa Bebê de Risco?

 Sim Não

2.13 Como você classifica o Programa Bebê de Risco na sua prática profissional do dia a dia?

Satisfatório () Aceitável () Deficiente ()

Por quê?

3. Recursos Humanos

3.1 Na UBS, o enfermeiro tem como parte de suas atividades, o atendimento ao RN de risco?

() Sim () Não () Não sabe

3.2 Todos os médicos pediatras da UBS ou do PSF têm, como parte de suas atividades, o atendimento ao RN de risco?

() Sim () Não () Não sabe

3.3 Todos os profissionais da UBS escrevem de forma legível nos prontuários?

() Sim () Não

3.4 Quais profissionais da UBS não escrevem de forma legível nos prontuários?

() enfermeiro () médico () aux. enfermagem () ACS () dentista () outros

3.5 Todos os profissionais da UBS assinam os prontuários?

() Sim () Não

3.6 Quais profissionais da UBS não assinam os prontuários?

() enfermeiro () médico () aux. enfermagem () ACS () dentista () outros

3.7 Quantas visitas domiciliares foram feitas para RNs de risco pela enfermeira, no último mês?

() Nenhuma () 1 a 3 () 4 a 7 () 8 a 10 () 10 a mais () Não sabe

3.8 Quantas consultas médicas foram feitas para RNs de risco na UBS, no último mês?

() Nenhuma () 1 a 3 () 4 a 7 () 8 a 10 () 10 a mais () Não sabe

3.9 Quantos atendimentos de enfermagem foram realizados para RNs de risco na UBS, no último mês?

() Nenhuma () 1 a 3 () 4 a 7 () 8 a 10 () 10 a mais () Não sabe

4. Recursos Físicos

4.1 Existe na UBS, alguma forma de identificar os prontuários dos RNs de risco, inclusos no Programa Bebê de Risco?

() Sim () Não () Não sabe

4.2 Como é feita a identificação do prontuário dos RNs de risco, inclusos no Programa Bebê de Risco?

() guarda-se o prontuário em arquivo separado

() guarda-se o prontuário com os demais, mas assinala-se na capa

() outro Especifique: _____

() não corresponde (não é feita a identificação)

() não sabe

4.3 Os prontuários dos RNs de risco, inscritos/incluso no Programa Bebê de Risco, são arquivados adequadamente (ordem numérica e local adequado)?

() Sim () Não () Não sabe

4.4 Existe na UBS sala para acolhimento?

() Sim () Não () Não sabe () Não tem

4.5 A sala de acolhimento da UBS é adequadamente montada (mesa e cadeiras, impressos usuais do serviço e maca)?

() Sim () Não () Mais ou menos () Não sabe

4.6 Os consultórios de pediatria da UBS são adequadamente montados (mesa e cadeiras, impressos usuais do serviço e maca)?

Sim Não Mais ou menos Não sabe

4.7 A sala de vacinas da UBS está adequadamente montada e é usada exclusivamente para esse fim?

Sim Não Mais ou menos Não sabe

5. Recursos materiais

5.1 Existe na UBS régua antropométrica?

Sim Não Não sabe

5.2 Existe na UBS fita métrica?

Sim Não Não sabe

5.3 Existe na UBS termômetro clínico?

Sim Não Não sabe

5.4 Existe na UBS ambu?

Sim Não Não sabe

5.5 Existe na UBS drogas de emergência?

Sim Não Não sabe

5.6 Existe na UBS rotineiramente, antitérmicos para uso infantil?

Sim Não Não sabe

5.7 Existe na UBS rotineiramente, antibióticos para uso infantil?

Sim Não Não sabe

5.8 Existe na UBS rotineiramente, todas as vitaminas do protocolo?

Sim Não Não sabe

5.9 Existe na UBS rotineiramente, antiinflamatórios para uso infantil?

Sim Não Não sabe

5.10 Existe na UBS rotineiramente, antialérgicos para uso infantil?

Sim Não Não sabe

Apêndice D**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****TÍTULO DO PROJETO: QUALIDADE DO REGISTRO DAS INFORMAÇÕES
DOS NASCIDOS VIVOS DE RISCO NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PARANÁ
NO ANO DE 2007**

Prezado (a) Senhor (a)

Estamos realizando um estudo retrospectivo sobre o Programa Bebê de Risco no município de Maringá-Pr no ano de 2007. O objetivo deste trabalho é analisar a qualidade das informações dos recém nascidos cadastrados no Programa Bebê de Risco nos diferentes sistemas de informação no ano de 2007. Necessitamos realizar uma entrevista verbal. Esta entrevista será realizada por nós pesquisadores no ambiente ambulatorial. Os nomes dos participantes serão mantidos em sigilo. Solicitamos, portanto, sua autorização enquanto participante da pesquisa, para divulgação do conteúdo de sua entrevista, que muito contribuirá para realização deste trabalho. O senhor (a) terá a liberdade para se recusar a participar da pesquisa, podendo inclusive, retirar-se em qualquer etapa da mesma não lhe causando nenhum prejuízo. Esta pesquisa também não trará despesas, gastos ou danos para os entrevistados e, caso haja, serão ressarcidos.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a mestrandia pesquisadora, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE**, participar do mesmo.

Ass: _____ Data: ___ / ___ / _____

Assinatura (do pesquisado) ou impressão datiloscópica.

Eu, Robsmeire Calvo Melo Zurita (Ass): _____, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao responsável pelo paciente.

Equipe (Incluindo pesquisador responsável):

1- Nome: Robsmeire Calvo Melo Zurita 3218-3158

2 – Nome: Taqueto Teruya Uchimura (orientadora) 3261-4513

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – UEM - Bloco 10 – sala 01- Campus Central – Fone/fax: (44) 3261-4444. Maringá – Paraná.