



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

Robsmeire Calvo Melo Zurita¹; Taqueco Teruya Uchimura²

RESUMO: Estudo consistiu em analisar a qualidade das informações dos recém nascidos cadastrados no Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco, residentes no município de Maringá-Paraná, nos diferentes sistemas de informação. Estudo transversal com enfoque quantitativo e analítico. Utilizou-se como fontes de dados o SINASC, Ficha de Acompanhamento (Ficha Laranja), Ficha A e C do Sistema de Informação da Atenção Básica e prontuários das 23 Unidades Básicas de Saúde. Das 4175 crianças nascidas, 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 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: Análise Multivariada; Recém-nascido; Sistemas de informação.

1 INTRODUÇÃO

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) compõem a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS. Devem ser uma prioridade na gestão do sistema, porque quando funcionam adequadamente a comunidade consegue resolver, com qualidade, a maioria dos seus problemas de saúde (BRASIL, 2009).

Segundo o MS (2009), no Sistema Único de Saúde (SUS) todos os níveis de atenção são igualmente importantes. Mas, a prática comprova que a atenção básica deve ser sempre prioritária, porque possibilita uma melhor organização e funcionamento também dos serviços de média e alta complexidade. Estando bem estruturada, ela reduzirá as filas nos prontos-socorros e hospitais, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia. O Brasil registra, em janeiro de

¹ Docente. Professora Mestre do Centro Universitário de Maringá (CESUMAR), Maringá – Paraná. robsmeire.zurita@cesumar.br

² Enfermeira, Professora Doutora da Pós Graduação de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá- UEM, Maringá-Paraná. taqueco@gmail.com

2005, um total de 44.223 UBS implantadas. Portanto, a porta de entrada do sistema é preferencialmente a UBS ou a Estratégia Saúde da Família para prover ações resolutivas, que contemplem integralmente e de forma mais abrangente as necessidades colocadas, para além da assistência a saúde (BRASIL, 2005).

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

Atualmente o registro é considerado critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço, pois 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).

O prontuário de saúde é definido como um documento único, legal, sigiloso e científico, constituído de informações, geradas em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada, que possibilita o inter relacionamento entre profissionais para a melhoria da saúde do paciente (OSELKA, 2002).

Para a implementação das atividades assistenciais de normatização à criança de risco, já se dispõem de instrumentos que permitem identificá-las e mapear os riscos a que estão expostas. 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 aos fatores de risco (BRASIL, 2000).

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).

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. São fatores de risco ao nascer: residente em área de risco; baixo peso ao nascer (menor de 2.500g), prematuros (menor de 37 semanas de idade gestacional), asfixia grave (Apgar menor 7 no 5º minuto de vida), crianças internadas ou com intercorrências na maternidade ou em unidade de assistência ao recém-nascido, orientações especiais à alta da maternidade/unidade de cuidados do recém-nascido, recém-nascido de mãe adolescente (menor de 18 anos), recém-nascido de mãe com baixa instrução (menor de 8 anos de estudo), história de morte de crianças menores de 5 anos na família (BRASIL, 2005).

Os profissionais de saúde tem papel decisório na implantação de ações e programas, principalmente o enfermeiro que é parte integrante e mobiliza a equipe a qual está inserido. Os registros servem para certificar que o cuidado foi realizado e propicia documento legal de segurança para a equipe de enfermagem (CARVALHO, 2006).

Diante do exposto pretende-se, analisar a qualidade 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, refletir e subsidiar ações de gestão.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com enfoque quantitativo, analítico. A pesquisa foi realizada em todas as 23 UBS da Rede Básica de Saúde que identificou 4175 nascimentos de crianças cujas mães eram residentes no município de Maringá, Paraná. O

banco de dados utilizado foi o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), fornecido pela Vigilância Epidemiológica do município de Maringá.

O Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco no município de Maringá seguindo a política do 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).

Foram incluídas 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 mínima de 483 crianças independente do tipo e tamanho da população. Foram sorteadas mais 5% do total perfazendo 505 crianças para possíveis perdas.

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) que 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 e a Ficha Laranja é enviada à UBS da área de abrangência contendo dados da mãe, dados do nascimento, critérios de inclusão no programa, dados de alta aos 12 meses, diferenciada no verso com o registro e identificação de consultas ou atendimentos durante o primeiro ano de vida da criança.

A Ficha A apesar de fazer parte do Programa Saúde da Família/Programa Agentes Comunitários de Saúde, apresenta dados do cadastro da família e também desta criança do Programa Recém Nascido de Risco e por isso foi analisada constando o endereço completo; telefone; área; microárea; nomes dos integrantes da família; data de nascimento; idade; sexo; se alfabetizado/frequente a escola; ocupação; doença ou condição referida; religião e ainda a situação da moradia e dados de saneamento como tipo de casa, destino do lixo, tratamento da água no domicílio, abastecimento de água, destino de fezes e urina e se foi encaminhado para odontologia.

A Ficha C é uma Ficha de Acompanhamento à crianças menores de 5 anos de idade, assim a criança da Programa de Risco também tem cadastro com os dados de identificação da criança: nome, endereço, filiação, sexo; data de nascimento, idade da mãe; idade do pai, nº de pessoas residentes na casa, nº de crianças menores de 5 anos, avaliação de risco ao nascer: pré-natal, nº de consultas pré-natal; intercorrências na gestação, tipo de parto, registros de acompanhamentos durante 12 meses, se foi internada, e quais as vacinas tomadas. No verso o gráfico de peso-idade masculino e feminino.

Solicitado a Secretaria Municipal da Saúde e a todos os gerentes das UBS, acesso na utilização do sistema de informações e prontuários de pacientes para realização do estudo, e a liberação ocorreu através do ofício nº 795/2008. O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde apreciou e aprovou o estudo mediante o Parecer nº 595/2008.

Os dados foram arquivados no Aplicativo Microsoft Office Excel 2003 e analisados pela Análise por Correspondências Binárias e a Classificação Hierárquica Ascendente. Utilizou-se o Statistica 7.1. e STATlab 30. 32 (Logiciel d' Analyse Statistique de Données).

Segundo Hair (2005) a Análise de Correspondência (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 (CARVALHO, 1992).

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

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 4175 crianças nascidas, residentes no município de Maringá em 2007, 710 (17%) crianças foram inclusas 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%).

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 < = a 6 vezes registrado (3,2) na UBS Mandacaru;

Nos 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.

4 CONCLUSÃO

O estudo é inovador em relação à técnica de análise de dados exploratória apresentada pela Análise de Correspondência e na perspectiva de estudos posteriores. Pretendeu-se 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.

As informações coletadas e analisadas através dos registros na Ficha de Acompanhamento da Criança, Ficha A, C e nos Prontuários identificaram que as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde ao RN de risco foi considerada regular no que tange à qualidade dos registros necessitando de treinamento e reorientação dos profissionais, aspectos estes que requerem ajustes, considerados de fácil resolução afim de contemplar os princípios essenciais a Saúde da Criança de Risco, aprimorando a

qualidade do atendimento prestado nas UBS e conseqüentemente do registro de dados das Fichas e nos prontuários.

Os pontos positivos obtidos se referem a adequação do registro, destacando que a qualidade dos registros das atividades realizadas foi adequada em 30% das UBS, sugerindo treinamento e capacitação dos profissionais médicos e enfermeiros com encaminhamentos para serviços e programas assistenciais, registros completos e visitas domiciliares de rotina.

REFERÊNCIAS

- 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**. 2007. Rio de Janeiro. Brasil.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2048 de 3 de setembro de 2009**. Regulamento do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. **Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília (DF); 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal: Manual Técnico. 3º ed. **Secretaria de Políticas de Saúde**, p. 66. Brasília (DF); 2000.
- CARVALHO, C.J.A.; NOGUEIRA; M.S.. Análise dos registros de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital-escola público. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2006 dez;27(4):524-31.
- CARVALHO, M.S.. Análise de Correspondência: Uma aplicação do método à avaliação de serviços de vacinação. **Cad. Saúde Pública**. 1992; 8(3):287-301.
- 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.
- MARINGÁ. Prefeitura Municipal de Maringá. **Secretaria Municipal da Saúde**. Proposta de Reestruturação do Programa Saúde da Família no Município de Maringá, (PR); 2001.
- OSELKA, G.. Prontuário Médico. **Rev Assoc Med Bras** 2002; 48-286.
- RATTER D.. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. **Cad. Saúde Pública**. 1996; Rio de Janeiro, 12(2): 21-32.
- 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**. 2007;41(3):441-446.
- 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**. 2008; 24(1):173-182.