

ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA PARA AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DAS INFORMAÇÕES DOS RECÉM NASCIDOS DE RISCO^a

Robsmere Calvo Melo ZURITA^b, Willian Augusto de MELO^c, Rosângela Getirana SANTANA^d,
Sonia Silva MARCON^e, Taqueco Teruya UCHIMURA^f

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a qualidade das informações dos recém nascidos cadastrados no Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco nos diferentes sistemas de informação. Estudo transversal, quantitativo, analítico. Utilizou-se como fontes de dados da Ficha de Acompanhamento do Recém Nascido, Ficha A e C do Sistema de Informação da Atenção Básica e foram avaliados os prontuários de 505 crianças de risco em 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os dados foram analisados pela Análise de Correspondência e Classificação Hierárquica Ascendente. Os pontos positivos obtidos se referem à 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.

Descritores: Recém-nascido. Análise multivariada. Sistemas de informação. Enfermagem em saúde comunitária.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar la calidad de la información de los niños inscritos en el programa de control de la recién nacidos de alto riesgo en los sistemas de información diferentes. Estudio transversal, el análisis cuantitativo. Utilizados como fuentes de datos, hoja de seguimiento del recién nacido, Hoja A y C del Sistema de Información de Atención Primaria y analizaron las historias de 505 niños en riesgo en 23 unidades básicas de salud (UBS). Los datos fueron analizados por Análisis de Correspondencias y Clasificación Jerárquica Ascendente. A través de los puntos fuertes de la calidad de los registros de las actividades realizadas fue adecuado en 30% de UBS, lo que sugiere la formación y la educación de médicos y enfermeras con las referencias a los servicios y programas de asistencia, y un registro completo de las visitas domiciliarias de rutina.

Descriptor: Recién nacido. Análisis multivariante. Sistemas de información. Enfermería en salud comunitaria.

Título: El análisis de correspondencias para evaluar de los registros de los recién nacidos la información de riesgos.

ABSTRACT

This study aims to analyze in different information systems the quality of the information on infants enrolled in the High-Risk Newborn Vigilance Program. This is a cross-sectional study with quantitative analysis. Data was collected from the following forms and charts: the Newborn Monitoring Form; Information System of Primary Care Forms, A and C; and forms of 505 children at risk in 23 Basic Health Units (UBS). Correspondence Analysis and Ascendant Hierarchical Classification were used to analyze data. The positive aspects observed refer to the adequacy of records. The results show that the quality of the activity records was adequate in 30% of UBS (Basic Units of Health), suggesting training and professional development of physicians and nurses referred to services and assistance programs, and complete records of routine home visits.

Descriptors: Infant, newborn. Multivariate analysis. Information systems. Community health nursing.

Title: Using correspondence analysis to evaluate information records of the risk newborns.

^a Este artigo é parte da dissertação de Mestrado apresentada em 2009 ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

^b Mestre em Enfermagem, Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde do município de Maringá, Paraná, Brasil.

^c Mestre em Enfermagem, Professor do Departamento de Enfermagem do Centro Universitário de Maringá, Paraná, Brasil.

^d Doutora em Estatística, Professora do Departamento de Estatística da UEM, Maringá, Paraná, Brasil.

^e Doutora em Filosofia da Enfermagem, Professora Associada do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UEM, Maringá, Paraná, Brasil.

^f Doutora em Enfermagem, Professora Associada do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UEM, Maringá, Paraná, Brasil.

INTRODUÇÃO

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) implantou a Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo como principal objetivo a organização da prática de atenção à saúde sob novas bases, substituindo o modelo assistencial tradicional. Essa estratégia incorporou e reafirmou os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) com a proposta de organizar as ações sob a égide da integralidade e hierarquização, territorialização e cadastramento da clientela, a partir da equipe multiprofissional com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários e trabalhadores da saúde bucal. Cada equipe de saúde da família é responsável por cerca de 1.000 famílias adscritas⁽¹⁾.

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⁽²⁾.

Para o 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. Isso porque os problemas de saúde mais comuns passam a ser resolvidos nas UBS, deixando os ambulatórios de especialidades e hospitais cumprirem seus verdadeiros papéis, o que resulta em maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes. O Brasil registra, em janeiro de 2005, um total de 44.223 UBS implantadas⁽²⁾. Portanto, a porta de entrada do sistema é preferencialmente a UBS ou a ESF para prover ações resolutivas, que contemplem integralmente e de forma mais abrangente as necessidades colocadas, para além da assistência a saúde⁽³⁾.

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-científica. 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⁽⁴⁾.

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⁽⁵⁾.

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 interrelacionamento entre profissionais para a melhoria da saúde do paciente⁽⁶⁾.

O conceito e noções de vulnerabilidade são recentes e contribuí para a renovação das práticas de saúde em geral e, particularmente, aquelas de prevenção e promoção da saúde, sendo necessário avançar além da abordagem das estratégias de redução de risco⁽⁷⁾.

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 “ênfase de risco”. Essa proposta encontrou na área materno-infantil ambiente propício para o desenvolvimento de diversos estudos realizados sobre os fatores de risco e por priorizar o atendimento dos serviços de saúde a essa população, de maneira sistemática, visando extensão da cobertura e racionalização de recursos financeiros da saúde⁽⁸⁾.

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⁽⁹⁾.

As políticas de assistência a saúde integral da criança no Brasil não seguem um padrão único, como o Programa Nacional de Imunização, mas procuram estabelecer o princípio técnico científico para elaboração de normas de atenção integral, priorizando o nível de atenção primária, definindo as prioridades segundo critérios de risco⁽¹⁰⁾.

Estimulando 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 implementação nos municípios⁽¹¹⁾. O manual técnico do Ministério da Saúde "Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil" descreve que 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⁽¹⁾.

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⁽¹²⁾.

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⁽³⁾.

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. 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⁽¹³⁾.

MATERIAIS 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. Acrescente-se que em 2008, os dados de nascimentos do SINASC do ano de 2007 ainda não estavam disponíveis no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), desta forma os dados utilizados foram os da Secretaria da Saúde 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⁽¹⁴⁾.

Foram inclusas no Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco 710 (17%) crianças por apresentaram pelo menos um dos critérios de risco. Para a definição do tamanho da amostra a ser estudada considerou-se o erro amostral de 1% 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 Comu-

nitários 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/frequenta 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 a crianças menores de 5 anos de idade, assim, a criança do Programa de Risco também tem cadastro com seus dados de identificação: nome, endereço, filiação, sexo; data de nascimento, idade da mãe; idade do pai, número de pessoas residentes na casa, número 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.

Foi solicitado ao Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores (CECAPS) da 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, sendo que a liberação ocorreu através do ofício nº 795/2008. O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá 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)*.

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. Os resultados são apresentados sob forma de gráficos, onde estão representadas as categorias de

cada variável observando-se as relações entre estas através da distância entre os pontos desenhados^(15,16).

A AC também é considerada um algoritmo de redução de dados que fornece imagens simplificadas da realidade multidimensional, no qual a dependência dos dois conjuntos de categorias, compreendidos pelas linhas e colunas da tabela de contingência, é indicada pela melhor representação simultânea possível⁽¹⁷⁾.

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.

Neste estudo as linhas estão representadas pelas anotações presentes nas fichas e nos prontuários e nas colunas as UBS agrupadas em clusters. Cada categoria de cada variável tem calculada sua distância para todas as demais, configurando uma nuvem de pontos em um espaço multidimensional⁽¹⁵⁾.

Foram incluídas na análise da Ficha de Acompanhamento da Criança as variáveis que foram registradas ou não, visitas domiciliares realizadas e não realizadas (VD); consultas médicas (CM) registradas ou não, assinadas ou não, legíveis ou não; consultas de enfermagem (CE) realizada, assinada e legível ou não e os demais dados apresentados na Tabela 1.

Nesse artigo, as contribuições são representadas em gráficos e tabelas com as variáveis estudadas nas linhas e os agrupamentos homogêneos das UBS em colunas, os resultados são apresentados separadamente pelos diferentes sistemas de informação e o ponto de corte para as contribuições foi definido em 1,5.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise dos dados da Ficha de Acompanhamento da Criança

Na Tabela 1 observou-se que, no conjunto da análise dos dados, a consulta médica se apresentou de forma adequada com registro da assistência prestada, com assinatura e de forma legível e com a

pontuação máxima (3,6), com destaque para a UBS Universo (cluster 3), e UBS Cidade Alta e Guaiapó-Requião (cluster 5), destacando que a qualidade dos registros foi observada em 13% do total das UBS, sugerindo que os profissionais médicos que atuam nestas UBS apresentaram desempenho adequado, registrando as atividades de assistência oferecida ao RN de risco. O percentual de UBS com adequa-

ção deste registro está abaixo do esperado (13%) sugerindo a necessidade de conscientizar os profissionais da importância de registrar suas atividades, assinar e fazê-lo de forma legível considerando que várias equipes estão envolvidas na assistência a criança e a comunicação e as informações entre os profissionais são fundamentais para garantir a continuidade do atendimento⁽¹⁸⁾.

Tabela 1 – Contribuição por Unidades Básicas de Saúde 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	0,9	1,0	0,8	1,0
Idade mãe reg	1,1	1,0	0,9	1,0	0,8	1,0
Sexo RN reg	1,1	1,0	0,9	1,0	0,8	1,0
Peso ao nascer reg	1,1	1,0	0,9	1,0	0,8	1,0
Altura ao nascer reg	1,4	1,2	0,8	0,5	1,0	1,0
Local nascimento reg	1,1	1,0	0,9	1,0	0,8	1,0
Idade gestacional reg	1,1	1,0	0,9	1,0	0,8	1,0
Apgar 1 reg	1,1	1,0	0,9	1,0	0,8	1,0
Apgar 5 reg	1,1	1,0	0,9	1,0	0,8	1,0
Anomalia reg	1,1	1,0	0,9	1,0	0,8	1,0
Tipo de parto reg	1,1	1,0	0,9	1,0	0,8	1,0
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	0,8	1,0
Idade gestacional < 37 reg	1,2	1,0	0,8	1,0	0,6	1,1
Apgar 5 < 7 reg	1,4	1,2	-	0,7	0,9	0,9
Óbito	0,7	2,0	-	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	1,0	1,1	1,0	1,0	1,1
Meses legível reg	1,0	0,9	1,2	1,0	1,0	1,1
Meses assinados reg	0,6	1,0	1,9	1,0	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	1,0	-	1,1	1,0	1,2
Peso alta reg	0,9	1,0	0,8	1,0	1,1	1,0
Altura alta reg	0,9	1,0	0,4	1,0	1,1	1,0
Imunização alta reg	1,0	0,9	1,3	0,9	1,2	1,0
Tipo alta reg	1,1	1,0	1,0	1,0	0,9	1,0
Inclusão alta reg	0,6	0,5	-	1,8	2,3	0,3

Legenda: Reg: registrado; RN: recém nascido; VD: visita domiciliar; CM: consulta médica; CE: consulta de enfermagem.

Notas: 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.

Com relação às contribuições para a consulta de enfermagem (2,2), destacadas nas UBS Cidade Alta e Guaiapó – Requião (cluster 5) e as UBS Iguatemi, Internorte, Quebec e Alvorada III (cluster 4), percentual de 26,0% do total das UBS; concluindo que as consultas de enfermagem, nessas UBS é realizada, ou seja o profissional enfermeiro preenche, registra e assina o atendimento prestado diferentemente de outras UBS que não o fazem.

Contribuições para a visita domiciliar (2,3), 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 domiciliares e a UBS Zona Sul (cluster 6) 11 visitas domiciliares registradas, sendo esta atividade percebida em 13% do total das UBS. Pelos dados quantitativos apresentados de VD percebe-se que somente 13% das UBS fazem ou registram as VD realizadas, pois sabe-se que, pelo Programa Recém Nascido de Risco, a criança deveria receber 1 VD por mês no seu primeiro ano de vida totalizando 12 VD por ano. Ao sugerir medidas para a documentação efetiva das atividades prestados alguns autores referem que a informação não registrada é informação perdida⁽¹⁹⁾.

A variável inclusão na alta em outros programas obteve (2,3) de contribuição e foi verificada nas UBS Iguatemi, Internorte, Quebec, Alvorada III (cluster 4) e UBS Cidade Alta, Guaiaipo – Requião (cluster 5), percentual de 26,0% do total das UBS. Este resultado pontua que as crianças de risco são encaminhadas para programas assistenciais após o término de doze meses, pois nem sempre a criança de risco consegue melhorar a sua situação de saúde em 12 meses, tempo determinado para a assistência da criança inclusa no Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco⁽²⁰⁾.

Análise dos dados da Ficha A do SIAB

Esta ficha foi utilizada porque a criança de risco também tem dados cadastrados quando encaminhada para as UBS. A contribuição relevante por UBS agrupada indica que a variável com maior significância de preenchimento foi o encaminhamento para odontologia (4,0); registrada nas UBS Pinheiros, Universo e Vila Esperança (cluster 1), não sendo registradas nas demais. Este fato demonstra a necessidade de efetivação do trabalho multiprofissional para assistência do recém nascido de risco nas UBS.

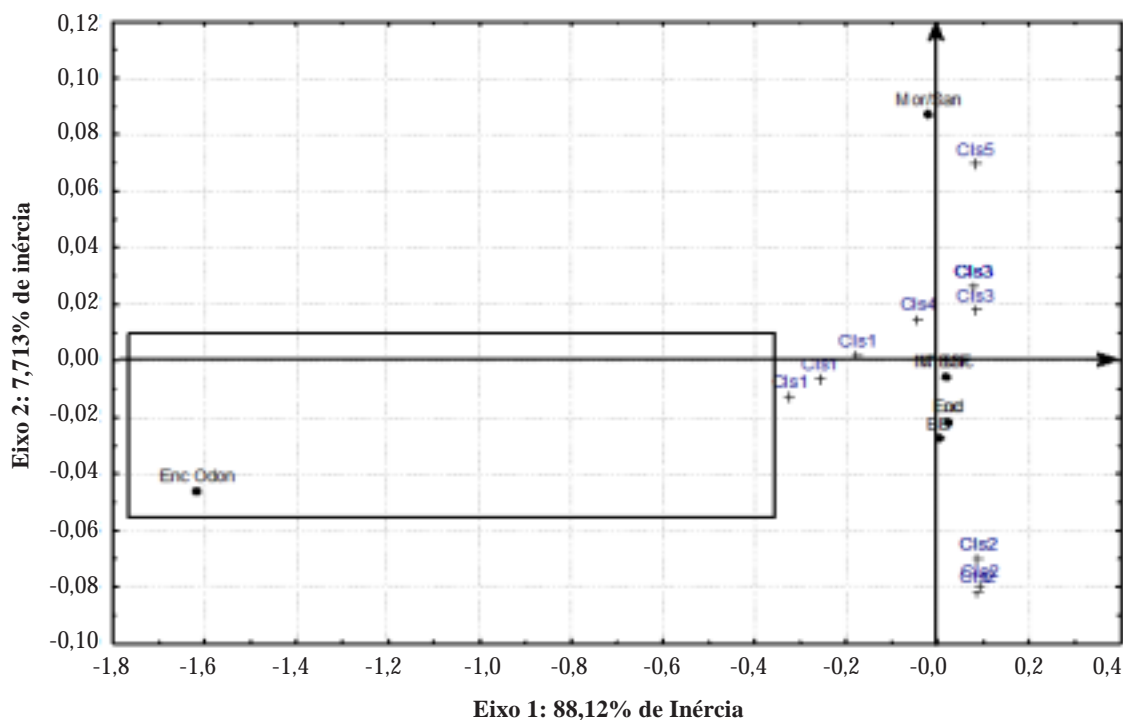


Figura 1 – Representação gráfica das variáveis estudadas da Ficha A no primeiro e segundo eixo da análise de correspondência. Maringá, PR, 2007.

Legenda: • variáveis da Ficha A; + agrupamentos homogêneos (cluster).

A falta de registro de encaminhamento dos recém nascidos inclusos no Programa de Vigilância do Recém de Risco para a odontologia nas demais UBS, sugere que o profissional ou não está devidamente treinado para o atendimento da criança de risco que deveria receber atendimento integral, ou se recebeu treinamento não esta desenvolvendo suas atividades de acordo ou em última instância ele esquece de registrar as atividades de encaminhamento (Figura 1).

Análise dos dados da Ficha C do SIAB

As contribuições relevantes agrupadas indicam que as variáveis com maior significância foram registro do gráfico peso-idade preenchido (7,0), sendo a UBS Iguatemi (cluster 5) a única UBS onde

verificou-se preenchimento do gráfico na Ficha C, percentual de 4,3% do total das UBS. Este percentual muito baixo de preenchimento nos leva a refletir que além da Ficha C, o gráfico de peso-idade também deve ser preenchido no prontuário, verificando-se a sobreposição deste dado, ocorrendo desta forma a não efetivação da mesma na Ficha C (Figura 2).

Quanto as contribuições para o acompanhamento menor ou igual a 6 vezes registrado (3,2), observado na UBS Mandacararu (cluster 2), percentual de 4,3% do total das UBS foi observado acompanhamento inadequado e indicando que as demais UBS apresentaram registro de acompanhamento maior que 6 registros no período do estudo para os recém nascidos de risco de peso e altura (Figura 2).

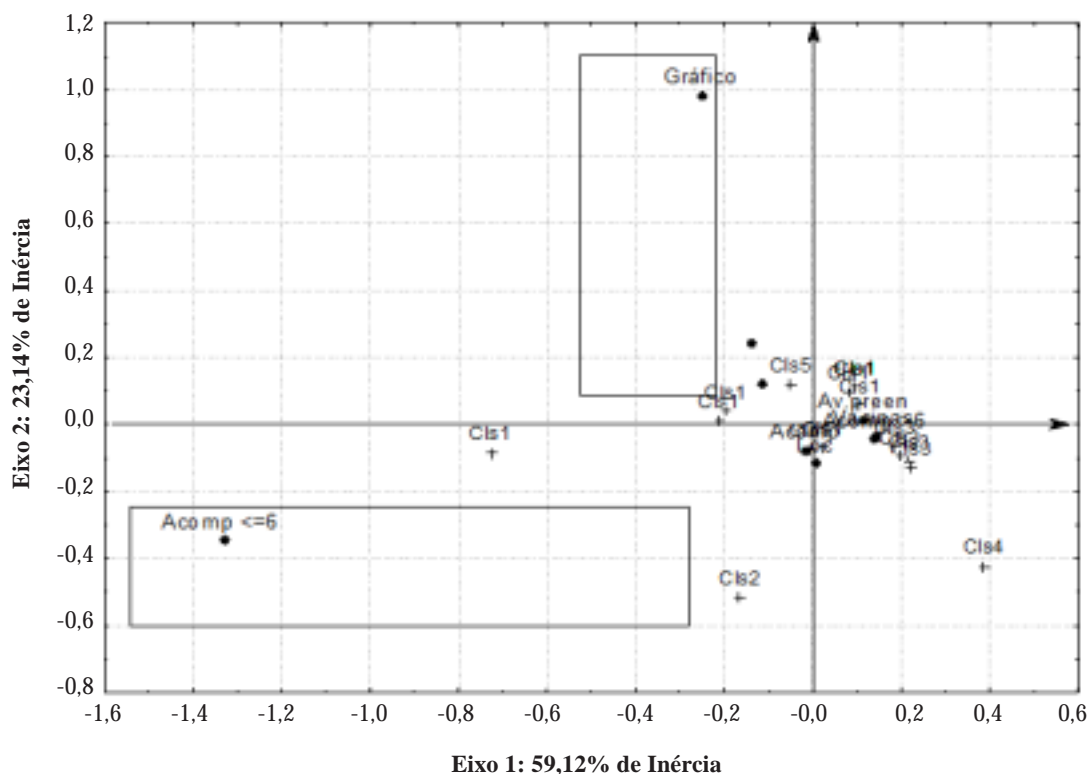


Figura 2 – Representação gráfica das variáveis estudadas da Ficha C no primeiro e segundo eixo da análise de correspondência. Maringá, PR, 2007.

Legenda: • variáveis da Ficha C; + agrupamentos homogêneos (cluster).

Os documentos utilizados como instrumentos de coleta no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), não seguem padronização de arquivamento e, em algumas UBS, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) mantinha no domicílio as Ficha A e C, o que era justificado pela ausência de espaço para 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. Essa questão ficou evidente quando as fichas foram procuradas e pouco encontra-

das junto aos ACS, para fins de pesquisa como fonte secundária.

Evidenciou-se que a alimentação dos dados no SIAB 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.

Análise dos dados dos prontuários

As contribuições relevantes por UBS agrupadas com maior significância foram observadas nas variáveis, prontuário localizado (4,6) e imunização registrada (4,9) na UBS Aclimação (cluster 4) com percentual de 4,3% do total das UBS. A AC

destacou contribuição importante para a UBS Aclimação, porém, apenas um prontuário foi localizado não cabendo generalizações (Tabela 2).

Contribuições para o prontuário identificado como RN de risco (2,7); nas UBS Parigot de Souza, São Silvestre, Vila Esperança e Guaiapó e Requião (cluster 3), procedimento realizado em 17,4% do total das UBS. A identificação do prontuário da criança de risco indica atributo positivo na análise realizada e nas demais UBS a identificação do prontuário ficou abaixo do ponto de corte de 1,5 de contribuição. Esta constatação nos remete a não priorização do atendimento para a criança de risco, ou a falta de recursos humanos para este atendimento (Tabela 2).

Tabela 2 – Contribuição por Unidades Básicas de Saúde agrupadas, segundo variáveis dos prontuários. Maringá, PR, 2007.

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

Notas: Cluster 1 – Pinheiros, Alvorada I, Cidade Alta, Grevileas, 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.

Contribuições para a Ficha de Acompanhamento da Criança (Ficha Laranja) localizada no prontuário (7,8); nas UBS Parigot de Souza, São Silvestre, Vila Esperança e Guaiapó, Requião (cluster 3) e UBS Aclimação (cluster 4), percentual realizado em 21,7% do total das UBS, revelando que o preconizado pelo setor de Vigilância da Secretaria da Saúde que é o retorno das Ficha Laran-

ja para arquivamento dentro do prontuário da criança de risco, não está sendo realizado pelas demais UBS ou esta sendo realizado por apenas 20% do total das UBS, o que é muito pouco para o atendimento da criança de risco.

Contribuições para encaminhamento registrado (1,8) e internamento registrado (2,8) nas UBS Iguatemi, Iguaçú, Industrial, Morangueira, Ney

Braga, Universo (cluster 2), percentual realizado em 26% do total das UBS. É importante para a Unidade Básica de Saúde ter o conhecimento para onde foi encaminhado o paciente, se foi internado, qual o hospital, para haver a referência e contra-referência, pois no caso de alta ele pode continuar o tratamento na UBS, assim é importante a orientação dos profissionais para o registro dos dados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo deve ser visto como um estudo 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.

A qualidade é um objetivo que vem sendo perseguido por gestores, profissionais e usuários do SUS. A elaboração de normas e critérios para nortear a assistência à saúde, nas últimas décadas, está limitada as áreas técnicas e a implantação de programas. Assim os parâmetros quase sempre foram construídos a partir de indicadores pré-estabelecidos não conseguindo fazer mudanças qualitativas que se esperam que aconteçam em decorrência da reorientação do modelo assistencial.

Acredita-se, ainda, que a utilização dos Sistemas de Informação de Saúde é estruturante para a qualidade de 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.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília (DF); 2002. (Cadernos de Atenção Básica; 11. Série A: Normas e Manuais Técnicos).
- 2 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009: aprova o regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2009.
- 3 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (DF); 2005.
- 4 Ratter D. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. *Cad Saúde Pública*. 1996;12(2):21-32.
- 5 Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):173-82.
- 6 Oselka G. Prontuário médico. *Rev Assoc Méd Bras*. 2002;48(4):286.
- 7 Figueiredo GLA, Mello DF. Child health care in Brazil: aspects of program vulnerability and human rights. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15(6):1171-6.
- 8 Luhm KR. 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" [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.
- 9 Ministério da Saúde (BR), Secretária de Políticas de Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3ª ed. Brasília (DF); 2000.
- 10 Ministério da Saúde (BR), Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Relatório da reunião técnico-científica sobre normatização da assistência integral à criança e ao adolescente. Brasília (DF); 1982.
- 11 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação Materno Infantil. Diretrizes

- para a implantação de programas de assistência à saúde infantil. Brasília (DF); 1995.
- 12 Slomp FM, Mello DF, Scochi CGS, Leite AM. Assistência ao recém-nascido em um Programa de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(3):441-6.
- 13 Carvalho CJA, Nogueira MS. Análise dos registros de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital-escola público. Rev Gaúcha Enferm. 2006;27(4):524-31.
- 14 Prefeitura Municipal de Maringá (PR), Secretaria Municipal da Saúde. Proposta de reestruturação do Programa Saúde da Família no município de Maringá (PR). Maringá; 2001.
- 15 Carvalho MS. Análise de correspondência: uma aplicação do método à avaliação de serviços de vacinação. Cad Saúde Pública. 1992;8(3):287-301.
- 16 Hair Jr JF, Tatham ARL, Black WC. Análise multivariada de dados. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
- 17 Alves BA, Belderrain MC, Scarpel RA. Análise de correspondência na área da saúde: uma proposta para associação de variáveis segundo o conceito de envelhecimento saudável. Rio de Janeiro: ITA; 2007.
- 18 Zoehler KG, Lima MADS. Opinião dos auxiliares de enfermagem sobre a passagem de plantão. Rev Gaúcha Enferm. 2000;21(2):110-24.
- 19 Daniel LF. A enfermagem planejada. São Paulo: EPU; 1981.
- 20 Zurita RCM. Qualidade do registro das informações dos nascidos vivos de risco no município de Maringá-Paraná, no ano de 2007 [dissertação]. Maringá (PR): Universidade Estadual de Maringá; 2009.

**Endereço da autora / Dirección del autor /
Author's address:**

Robsmeire Calvo Melo Zurita
Rua das Camélias, 435, Zona 5
87060-020, Maringá, PR
E-mail: robszurita@bol.com.br

Recebido em: 09/03/2010
Aprovado em: 18/10/2010