DENISE SAYURI MARUO MEIRA

ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO DO SUS: O ACOMPANHAMENTO MULTIDISCIPLINAR EM AMBULATÓRIO DE *FOLLOW UP* DE BEBÊS DE RISCO - CRDI FÊNIX

Campinas

2010

ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO DO SUS: O ACOMPANHAMENTO MULTIDISCIPLINAR EM AMBULATÓRIO DE *FOLLOW UP* DE BEBÊS DE RISCO – CRDI FÊNIX

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do CEPRE/Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

Orientadora: Profª Drª Regina Yu Shon Chun

UNICAMP

Campinas, fevereiro de 2010

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Meira, Denise Sayuri Maruo

M478a Análise das práticas de humanização do SUS: o acompanhamento multidisciplinar em ambulatório de *follow up* de bebês de risco –CRDI Fênix / Denise Sayuri Maruo Meira. Campinas, SP : [s.n.], 2010.

Orientador : Regina Yu Shon Chun

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Recém - nascidos. 2. Saúde materno-infantil. 3. Atenção básica a saúde. 4. Serviços de saúde - avaliação. 5. Atenção primária a saúde. 6. Assistência a saúde. I. Shon Chun, Regina Yu. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : Analysis of SUS"s practices of humanization: multidisciplinary program in follow up clinic for righ risk new born- CRDI FÊNIX

Keywords:
- Newborn
- Maternal and child health
- Primary health care
- Health services, evaluation
- Delivery of healh care

Titulação: Saúde, Interdisciplinariedade e Reabilitação

Área de concentração: Saúde, Interdisciplinariedade e Reabilitação

Banca examinadora:

Profª. Drª. Regina Yu Shon Chun

Profº. Drº. Anna Elisa Scotoni

Profª. Drª. Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima

Data da defesa: 11-02-2010

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Aluno(a): **Denise Sayuri Maruo Meira**

Orientador: Prof.(a) Dr.(a) Regina Yu Shon Chun

Prof.(a) Dr.(a) Regina Yu Shon Chun

Prof.(a) Dr.(a) Anna Elisa Scotoni

Profa. Dra. Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima

Curso de Pós-Graduação em Mestrado Profissional da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Dedicatória

Dedico este trabalho aos pacientes do CRDI-Fênix e suas famílias, sem vocês nada disso faria sentido...

Dedico à equipe do CRDI-Fênix, pelo esforço, dedicação e companheirismo compartilhados.

Dedico aos meus pais e irmãos pela contribuição e incentivo à minha educação e todas às áreas de minha vida.

Dedico ao meu marido, Alexandre, por me mostrar que sonhar vale a pena...sempre!!

AGRADECIMENTOS

Considero que a elaboração dessa tese tenha sido possível graças a um trabalho coletivo. Várias pessoas contribuíram das mais diversas formas para que ele chegasse ao bom termo. A todas elas registro minha gratidão.

À Profª Drª Regina Yu Shon Chun, pela sua disponibilidade irrestrita, pela sua forma carinhosa de me acolher nos momentos difíceis, inclusive pessoais. A sua capacidade de ser exigente e crítica ao argüir as idéias apresentadas, de uma forma tranqüila e acolhedora dando o norte deste trabalho. À minha amiga Regina os meus sinceros agradecimentos.

À Profª Drª Maria Cecília M. Pinheiro Lima por sua presença tranqüila e incentivadora desde o início deste trabalho.

À Profª Drª Maria de Lourdes Zanolli, pela sua bondade em compartilhar seus vastos conhecimentos de forma irrestrita. Sua contribuição para esse trabalho foi imprescindível.

À Profª Drª Adriana Lia Friszman de Laplane, que literalmente colocou meus neurônios para trabalharem. As reflexões criativas realizadas em suas disciplinas foram maravilhosas... Com certeza me fizeram um ser humano mais crítico e melhor.

À Profª Drª Cecília Guarnieri Batista, Profª Drª Heloisa G. Ravanini Gardon Gagliardo, Profª Drª Lúcia Figueiredo Mourão, Profª Drª Lúcia Helena Reily, Profª Drª Maria Elisabete Rodrigues Freire Gasparetto, Profª Drª Maria de Fátima de Campos Françozo, Profª Drª Maria Francisca Colella dos Santos, Profª Drª Maria Inês Rubo Nobre, Profª Drª Rita de Cássia Ietto Montilha**,** Profª Drª Zélia Z. Lourenço de Camargo Bitencourt, Profª Drª Zilda Maria Gesueli Oliveira da Paz e Profª Drª Helenice Nakamura pelo acolhimento que me foi dispensado e pelo conhecimento compartilhado.

Ao Prof. Dr Eduardo Tinois, por me ensinar que os números fazem sentido...basta enxergá-los da forma certa!! Obrigada pela paciência e disposição demonstrada durante a confecção deste trabalho.

À minha amiga Profª Drª Anna Elisa Scotoni por compartilhar das mesmas idéias, as mesmas lutas e os mesmos sonhos de um futuro melhor para esses bebês de risco. Obrigada pelo seu apoio e incentivo irrestrito em todas as áreas de minha vida. Você é mais que uma amiga... você se tornou uma irmã...

À Ediana Roquette Loures pela sua insistência em fazermos o mestrado. Você compartilhou e me ajudou em todas as fases desta jornada... você fez a diferença...

Aos meus queridos companheiros de mestrado: Daniele, Tânia, Marina, Jeferson, Mayla, Aline, Cristiane, Uiara, Nadja, Fabiana, Anderson, Adriana Braga e Adriana Barbosa por terem contribuído com seus núcleos de formação para o enriquecimento de nossas discussões. Aprendi muito com todos vocês... realmente exercemos a interdisciplinaridade! Obrigada!

Ao secretário do CEPRE, Sérgio, pela sua disponibilidade, atenção e gentileza dispensados em todo o processo.

Ao meu grande amigo Cláudio e sua esposa Carla, por suas presenças marcantes em minha vida. Sem vocês eu não seria quem eu sou hoje e com certeza não estaria aqui...

Aos meus amigos Wilson Norato, Maria Inês Nodari e Maria Otília Nunes Bianchi fiéis incentivadores e amigos de todas as horas...

Á Psicóloga Nely Aparecida Guerneli Nucci, do Hospital Municipal Doutor Mário Gatti por seu empenho e disposição em colaborar para esse projeto se desenvolver...

Aos funcionários, Rubens Amaral, Pedro Souza, Rita Trevisan, Donizete Morais, Silvia Pegorari ,Paulo Elias do hospital Mário Gatti, pela gentileza em coletar as pastas para serem analisadas...

Á Elizângela Rodrigues de Oliveira funcionária do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Municipal Doutor Mário Gatti pela sua presteza em atender as solicitações e em fornecer as informações necessárias para os tramites do projeto de pesquisa.

Aos meus pais, meus irmãos e meus sobrinhos, por serem os meus maiores fãs e sempre incentivarem o caminho do conhecimento...

Ao meu marido... *“Se eu não te amasse tanto assim... talvez perdesse os sonhos dentro de mim e vivesse na escuridão... Se eu não te amasse tanto assim... talvez não visse flores por onde eu vim... dentro do meu coração...”* (“Se eu não te amasse tanto assim”: *Paulo Sergio Valle e Herbert Vianna*)

"Não faças do amanhã o sinônimo de nunca,
nem o ontem te seja o mesmo que nunca mais.
Teus passos ficaram.
Olhes para trás... mas vá em frente
pois há muitos que precisam
que chegues para poderem seguir-te."

Charles Chaplin

RESUMO

Introdução: O predomínio do componente neonatal sobre o pós natal na mortalidade infantil, nas décadas de 1980 e 90 no Brasil, trouxe em evidência a elevada proporção de óbitos evitáveis e a importância da qualidade assistencial mãe-bebê. A especialização, o desenvolvimento de tecnologias, a valorização e capacitação de recursos humanos além do estabelecimento de políticas públicas de saúde voltadas à Atenção Materno-Infantil contribuíram para maior sobrevida de bebês com graves intercorrências perinatais. Tais fatos contribuíram para a criação de Ambulatórios de *Follow Up,* proporcionado por programas longitudinais como o Centro de Referência em Desenvolvimento Infantil Fênix - CRDI (Campinas, SP, Brasil). O serviço segue as diretrizes da Política Nacional de Humanização, buscando superar a fragmentação da rede e do processo de trabalho e recebeu reconhecimento do Ministério da Saúde em 2006, tendo sido inserido no Banco de Projetos do Humanizasus. O Programa Nacional Avaliação de Serviços de Saúde alerta sobre a importância de mecanismos de avaliação e de controle da qualidade assistencial bem como da opinião daqueles aos quais os serviços se destinam. Assim, este estudo volta-se à avaliação desse Programa por meio da análise de indicadores de avaliação do serviço e da perspectiva do cuidador. **Objetivo:** Avaliar a assistência do CRDI-FÊNIX por meio de (i) indicadores de oferta (capacidade de oferta do serviço), da demanda de encaminhamento e de chegada, de cobertura (proporção da população-alvo atingida pelo programa/intervenção), e de utilização (proporção de uso do serviço da população alvo) e (ii) entrada, acompanhamento multidisciplinar, qualidade e resolutividade da assistência e vínculo entre usuário/cuidador/equipe na opinião do cuidador**. Sujeitos e métodos**: Trata-se de pesquisa retrospectiva aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Foi feito levantamento dos sujeitos que receberam alta de junho de 2005 a julho de 2006 para constituição do *corpus* e caracterização do perfil da população atendida. **Resultados:** Os prontuários caracterizaram os bebês quanto a: local de moradia, tempo médio de seguimento e profissionais envolvidos na assistência. A adesão foi de 53% dos sujeitos e demanda de encaminhamento da maternidade de referência de 28,77%. A demanda de chegada ao serviço foi de 83,22% e a capacidade de oferta estimada em 140 bebês/ano. Verifica-se que do total de nascimentos, 10,74% dos bebês foram encaminhados para cuidados intensivos e intermediários, sendo que 6,09% pertenciam ao Sistema Único de Saúde. Desses, chegaram ao serviço 1,60% por apresentarem risco para alteração no desenvolvimento neuropsicomotor. A utilização integral do serviço foi de 52,78% e a parcial, 47,22%. Os cuidadores indicam satisfação quanto a qualidade, resolutividade da assistência e a

importância do acompanhamento multidisciplinar. **Conclusão:** Os achados mostram a eficácia dos indicadores estudados e reiteram a importância da escuta e do acolhimento ao usuário em uma perspectiva humanizada e integral, mostrando-se como ferramentas fundamentais para conhecimento e avaliação do serviço. A responsabilização dos diferentes sujeitos implicados no processo dessa rede de cuidados contribui para desburocratização da assistência e para maior autonomia dos atores envolvidos, exercendo-se a humanização, como proposta pelas políticas vigentes.

***Palavras chave*: Recém – nascidos; Saúde materno-infantil; Atenção básica a saúde; Serviços de saúde – avaliação; Atenção primária a saúde; Assistência a saúde.**

ABSTRACT

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of the neonatal component over the post-neonatal in infant mortality, in the decades of 1980 and 1990 in Brazil, showed the high proportion of avoidable deaths and the importance of the care quality mother-baby. The specialization, the development of technologies, the valuing and capacity of human resources in addition to the establishment of public health policies aiming the Mother-Child attention, contributed for a highest survival of babies with severe perinatal interferences. These facts contributed to the creation of High-risk Infant Follow-up Program , provided by longitudinal programs such as the Fenix Reference Center in Children Development – CRDI (Campinas, SP, Brazil). The service follows the guidelines from the National Policy of Humanization, aiming to overcome the system and work process fragmentation and was recognized by the Ministry of Health in 2006, being inserted in Humanizasus projects database. The National Program of Health Services Assessment warns about the importance of assessment tools and of assistential quality control such as the opinion of those at whom the service is aimed. Therefore, this study aims to evaluate this program through the analysis of the service assessment indicators and the caregiver perspective. **Objective:** To evaluate the assistance of CRDI-FENIX through (i) provision indicators (capacity of service provision), incoming and referral demand, coverage (proportion of target population that is assisted by the program/intervention) and use (proportion of the service use by target population) and (ii) incoming, multidisciplinary assistance, quality assistence, solving assistance and attachment between the user/caregiver/staff according to the caregiver opinion. **Subjects and methods**: This is a retrospective research approved by Research Ethics Committee. A survey was done on subjects that received medical discharge during the period of June 2005 to July 2006, composing the corpus and the population characterization. For the analysis of the target population that was assisted by the program, it were used data from July 2007 to June 2008, since the reference maternity did not have the data from 2005 and 2006. **Results:** The subject records categorized the babies according to: the place of their residences, average period of assistance, and professional involved in assistance. The adherence was of 53% and referral demand from the reference maternity was 28.77%. The incoming demand to the service was 83.22% and the offer capacity estimated of 140 babies per year. The results showed that from the total of the new bourns, 10,74% need intensive care, from that 6,09% are dependent from the Brazilian Unified Health System (SUS) and 1.6% arrived at the service. The integral use of the service was 52.78% and parcial 47.22%. The caregivers showed satisfaction regarding the quality and solving of the assistance, and the importance of the multidisciplinary assistance. **Conclusion:** The findings revealed the efficiency of the indicators studied and

reiterate the importance of the user's listening and embracement according to a humanized and integral perspective, considered as important tools to know and evaluate the service. The responsibility of the different subjects involved in the process of this care network contributes for the disbureaucracy of the assistance and for a greater independence of the people involved, considering the humanization as a proposal from the current politics.

***KeyWords*:** Newborn; Maternal and child health; Primary health care; Healthservices, evaluation; Delivery of health care

SUMÁRIO

RESUMO XIII

ABSTRACT XVII

I. INTRODUÇÃO GERAL 23

II. OBJETIVOS 35

2.1. OBJETIVO GERAL 35
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 35

III. SUJEITOS E MÉTODO 39

IV. ANÁLISE DA OFERTA E DA UTILIZAÇÃO DE FOLLOW UP DE BEBÊS DE RISCO NO CRDI-FÊNIX E O ACOLHIMENTO NA OPINIÃO DO USUÁRIO CUIDADOR 45

V. A COBERTURA E A UTILIZAÇÃO DE FOLLOW UP DE BEBÊS DE RISCO NO CRDI-FÊNIX – E A AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO CUIDADOR 65

VI. DISCUSSÃO GERAL 87

VII. CONCLUSÃO GERAL 93

VIII. BIBLIOGRÁFIA GERAL 97

IX. ANEXOS 103

I- INTRODUÇÃO GERAL

I. INTRODUÇÃO GERAL

A mudança do perfil da mortalidade infantil, com o predomínio do componente neonatal sobre o pós natal, foi observada ao longo das décadas de 1980 e 1990 no Brasil. Tal acontecimento contribuiu para o conhecimento da elevada proporção de óbitos evitáveis e evidenciou a importância da qualidade da assistência recebida pelo binômio mãe-bebê, principalmente no que se refere ao acesso e a utilização dos serviços de saúde (Brasil, 1991).

O avanço e o desenvolvimento científico e tecnológico contribuem para que, cada vez mais, crianças que antes viriam a óbito viessem a sobreviver, principalmente os extremamente prematuros e aqueles com graves intercorrências perinatais (Lopes e Lopes, 1999).

Tais fatores contribuíram para a criação dos ambulatórios de *Follow Up* de bebês de risco, que surgiram no Brasil na década de 1980, com o compromisso de promover a atenção multidisciplinar especializada após a alta, visando a pesquisa e avaliação dos resultados a curto e médio prazo de técnicas, de drogas e de procedimentos realizados no período neonatal bem como atender a demanda dessas crianças, como o maior risco de nova internação após alta (Escobar et al, 1999).

Apesar dessas condições, não se observou conseqüente redução da mortalidade neonatal (Lansky et al 2002; Gomes et al 2005). Em 1991, por meio do Programa de Assistência Perinatal – PROASP (Brasília, 1991), se insere a

atenção perinatal, pela primeira vez, como área programática das diretrizes governamentais em nosso país. No contexto de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), nessa época, e em consonância com as diretrizes de outros países que obtiveram resultados positivos na atenção perinatal, como pontuam Carvalho e Gomes (2005), essa proposta visava promover mudanças em termos de hierarquização e regionalização da assistência perinatal, dentre outros aspectos como a valorização e capacitação dos recursos humanos com enfoque interdisciplinar.

No entanto, no final da década de 1990 e início de 2000, questões como a dificuldade de acesso, a desorganização e fragmentação do sistema de saúde além de inadequações técnico-científicas, ainda se faziam presentes, sendo que as propostas de atenção à Saúde Materno-infantil não trouxeram o impacto idealizado em todo o país, devido, sobretudo, dentre outros aspectos, às diferentes e discrepantes realidades geográficas, étnicas e sociais no cenário nacional (Carvalho e Gomes, 2005).

Tendo em vista melhorar a organização do Sistema de Saúde nessa área bem como superar as dificuldades, como as apontadas anteriormente, outros programas surgiram, como o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar (Brasil, 1998) para atendimento à gestante de alto risco; a proposta da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru, disseminada a partir de 1999 (Lamy Filho et al 2008) e, em 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN, Brasil, 2000).

Em 2003, o Programa de Humanização passa a ser denominado de Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), o qual busca aumentar a abrangência da atuação e mudar o foco do sistema hospitalar para todo Sistema de Saúde (Brasil, 2004). Visa aplicar os princípios do SUS por meio da construção de vínculos e trocas solidárias além do exercício da clínica ampliada, a responsabilização e valorização dos sujeitos envolvidos na produção da saúde. Destacam-se os aspectos subjetivos presentes nessa proposta, que pretende contagiar todos os níveis do sistema de saúde a partir de experiências de ações humanizadoras na rede do SUS (Campos, 2006; Brasil, 2008).

A preocupação em proporcionar um atendimento humanizado a famílias que possuem seus filhos internados em Unidades de Terapias Intensivas (UTIs) neonatais, cujos filhos necessitam enfrentar intervenções, muitas vezes, invasivas e agressivas, mas imprescindíveis para a sua sobrevida, se tornam presentes (Conner e Nelson, 1999; Cisneiros et al, 2003). O seguimento desses bebês se constitui em um grande desafio no cenário brasileiro, contudo, ainda, não se dispõe da cobertura necessária como pontuam Carvalho e Gomes (2005). Além disso, o conhecimento da evolução desses casos nas pesquisas nacionais é ainda bastante restrito (Méio et al , 2003).

Considerando-se, ainda, que a recuperação é melhor no cérebro em desenvolvimento, a identificação de crianças com alto risco passou a ser um dos principais objetivos desses ambulatórios de seguimento. Como colocam Piovesana e Gonçalves (2006), a implantação da estimulação psicosomatosensitiva de forma precoce, evidencia-se como um dos instrumentos

capazes de promover a reorganização da citoarquitetura do sistema nervoso afetado desse grupo populacional.

A identificação precoce desses bebês de risco possibilita a devida assistência nos vários níveis de atenção à saúde.

Em linhas gerais, a Coordenadoria para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência-CORDE em 1986 (Brasil,1986), descreve os níveis relacionados com a prevenção. No nível primário, a atuação visa reduzir ou eliminar condições ambientais desfavoráveis, por meio da promoção da saúde e da estimulação essencial. No nível secundário, é fundamental a detecção e atuação precoce tendo em vista reduzir o grau de comprometimento ou da duração do agravo e o favorecimento do desenvolvimento global da criança. No nível terciário, quando o atraso do desenvolvimento se encontra instalado, torna-se necessário minimizá-lo, procurando-se maximizar o potencial da criança, tendo em vista o cuidado integral à saúde da criança e de sua família. Além disso, o diagnostico precoce, por meio de uma avaliação interdisciplinar, possibilita que a intervenção possa ser planejada de acordo com as necessidades especificas de cada criança e concorre para melhores condições de seu desenvolvimento.

Neste contexto, um dos grandes desafios consiste em proporcionar condições para o desenvolvimento psicoafetivo, cognitivo e motor dessas crianças de modo a proporcionar assistência à saúde e inserção social como pontuam Procianoy e Guinsburg (2005).

Nessa direção, tendo em vista o acompanhamento de bebês de risco, com ênfase nas diversas formas de prevenção de seqüelas, foi criado em 2000, o

Ambulatório de Follow Up de bebês de risco - o Centro de Referência em Desenvolvimento Infantil Fênix (CRDI-Fênix) em Campinas (São Paulo, Brasil), para atendimento desta população SUS dependente. Este projeto recebeu o Prêmio Experiências Exitosas do Paidéia, em setembro de 2003, oferecida pela Prefeitura Municipal de Campinas. Em 2006, o CRDI FENIX foi inserido no banco de projetos do Humaniza-SUS (Brasil, 2006) e em 2008 no Caderno de Saúde da Criança da Prefeitura Municipal de Campinas.

Este serviço recebe bebês de risco da Maternidade Campinas, que apresenta uma média de 700 nascimentos/mês, e dos Centros de Saúde da região Metropolitana de Campinas, crianças que por algum motivo, não estejam inseridos em outros Ambulatórios de *Follow Up* da região.

A equipe do CRDI-Fênix, atualmente, é composta por profissionais de pediatria, neuropediatria e fonoaudiologia e recebe apoio dos demais profissionais que compõem o quadro do Ambulatório de Especialidades do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti (Campinas, SP, Brasil), local em que se insere esse ambulatório.

O agendamento dos bebês é realizado pela Maternidade Campinas no máximo até uma semana após a alta hospitalar, bem como pelas Unidades de Saúde da cidade de Campinas (São Paulo, Brasil) por meio do Serviço de Agendamento On Line (SOL).

O acolhimento inicial no CRDI-Fênix é realizado pela pediatra, profissional responsável pelo fluxo dos usuários no contexto dessa equipe. As consultas são realizadas por cada membro da equipe, seguindo-se um protocolo de atendimento

próprio de cada especialidade. Além disso, os pais ou responsáveis são convidados a participar de um grupo de orientação e, juntamente com a equipe, são encorajados a trocar experiências acerca das dificuldades, angústias e experiências no cuidado com o bebê.

O serviço segue as diretrizes da Política Nacional de Humanização, particularmente no sentido da Clínica Ampliada (compromisso com o sujeito e o coletivo) e desenvolve o acolhimento e construção de uma rede de cuidados, tendo em vista superar a fragmentação da rede e do processo de trabalho. Deste modo, procura estabelecer vínculos e responsabilização de diversas equipes (Maternidade, Unidade Básica de Saúde, Centros de Reabilitação), seguindo a lógica de uma rede de cuidados, a partir da articulação com várias unidades e instituições do município na perspectiva de atenção integral ao sujeito e sua família, como demonstra o Organograma de Atendimento do CRDI-Fênix (vide Figura 1), como se segue:

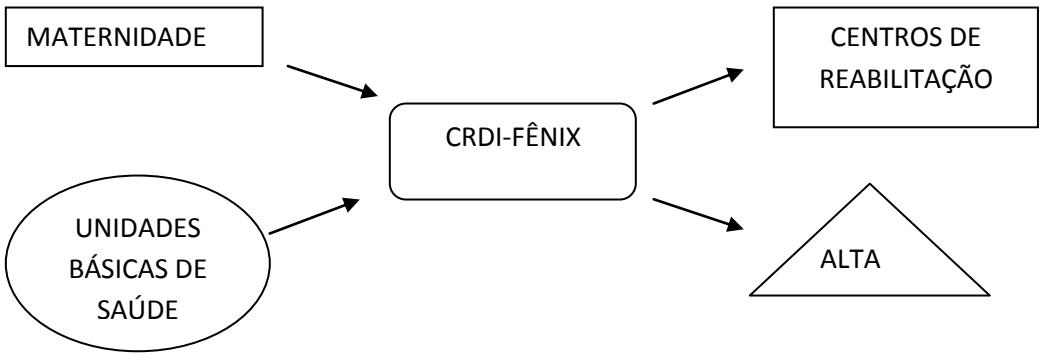

FIGURA 1 – Organograma de Atendimento do CRDI – FÊNIX

Os critérios de inclusão para atendimento no CRDI-Fênix são: recém nascido pré termo com idade gestacional (Ig) menor ou igual a 34 semanas, bebês com peso menor ou igual a 1500 gramas, desnutridos severos intra uterinos, asfixia severa no período peri-natal, afecções neurológicas, afecções genéticas, malformações e tocotraumatismos (Brasil, 2006).

Uma vez detectado atraso em qualquer área do desenvolvimento da criança, os pais recebem orientações específicas, bem como é agendado um novo retorno do caso. Quando necessário, a família é encaminhada para outros especialistas, como terapeutas ocupacionais, fisiatras e fisioterapeutas. A alta do serviço é dada quando se considera que houve evolução no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) em aspectos como aquisição da marcha e desenvolvimento da linguagem e das funções motoras orais . Além disso, faz parte da rotina de alta a avaliação audiológica ao redor dos 2 anos realizada por um profissional de Fonoaudiologia, locada na Maternidade Campinas.

Entendendo-se o acolhimento como colocado na proposta governamental do Humaniza-SUS (Brasil, 2008), a equipe do CRDI- FENIX busca desenvolver uma escuta qualificada ao usuário desde sua chegada até saída, respeitando singularidades e valorizando suas histórias de vida. É importante salientar que dentro dessa rede de cuidados, a Unidade Básica de Saúde, permanece responsável pela população adstrita, sendo que o modo de funcionamento proposto visa, sobretudo, ajudar o usuário a tramitar pelos diferentes níveis do Sistema de Saúde, que se fizerem necessários, com base nos referenciais de

Clinica Ampliada, Apoio Matricial e Equipe de Referencia (Campos e Domitti, 2007) em que se fundamenta o Humaniza-SUS (Brasil, 2008).

Isto posto, cabe considerar que o monitoramento e a avaliação dos serviços possibilitam maior compreensão das dimensões e implicações das ações desenvolvidas, com vistas a oferecer um serviço de qualidade às demandas da população atendida.

O Programa Nacional Avaliação de Serviços de Saúde alerta sobre a importância de se criar mecanismos de avaliação e controle da qualidade assistencial (Brasil 2007). Assim como Akerman e Nadanovsky (1992), enfatizam a importância da opinião aqueles os quais os serviços se destinam. O resultado da avaliação deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos.

Em 1999, Habicht et al, desenvolveram um modelo de avaliação de programas/intervenções em saúde e nutrição, que utilizam dois eixos: o primeiro estuda o tipo de indicador necessário para a avaliação e o segundo, ao grau de inferência exigido para a tomada de decisões. Deste modo, o tipo de indicador escolhido depende do uso que se quer dar ao resultado da avaliação. Indicadores de oferta, utilização e cobertura analisam o processo; indicadores de impacto, o resultado.

Historicamente, a literatura mostra que a qualidade assistencial tem sido geralmente avaliada por profissionais encarregados da assistência prestada. No

entanto, o aumento do conhecimento proporcionado pelo maior acesso às informações tornou as pessoas mais conscientes de seus direitos, levando a sociedade, ao exercer sua cidadania, a exigir o oferecimento de um serviço de saúde de qualidade e equidade de acesso à população. Tais fatores associados aos altos custos da assistência estão direcionando as instituições públicas a buscarem evidências objetivas de que os serviços de saúde estão sendo providos, de maneira eficiente e com qualidade. Conseqüentemente, há maior busca por metodologias de avaliação que envolva o usuário (PNASS, 2007).

Dados do IBGE de 2003 revelam que, a maioria da procura por serviços de saúde foi motivada por doença. Os Postos ou Centros de Saúde foram os serviços, majoritariamente, referidos pela população como serviços de uso regular (52,4%), seguidos, em ordem de importância, pelos Consultórios Particulares (18,0%), Ambulatórios de Hospitais (16,9%), Pronto Socorro ou Emergência (5,8%), Ambulatório ou Consultório de Clínicas (4,4%) e Farmácia (1,4%). O número de consultas médicas *per capita* na população foi de 2,4, sendo mais alto nos grupos de 0 a 4 anos (3,4 consultas) e no de 65 anos e mais (4,1 consultas). Das pessoas que não procuraram serviços de saúde, 96,7% delas não o fizeram por não sentir necessidade. Das 5,0 milhões que sentiram necessidade, 23,8% não procuraram um serviço por falta de dinheiro, 18,1% não procuraram porque consideravam o atendimento muito demorado, 12,7% por ser o serviço distante ou o acesso/transporte difícil e 12,7% porque o horário do serviço era incompatível com o seu.

Diante do exposto, interessa avaliar a assistência oferecida pelo serviço por meio de indicadores e da opinião do usuário cuidador.

Em seguida são apresentados os objetivos gerais e específicos do trabalho e o método da pesquisa.

Os resultados são apresentados sob forma de dois artigos, descritos nos capítulos quarto e quinto, respectivamente.

No capitulo quarto apresentam-se os achados referentes: a) aos indicadores de oferta (capacidade de oferta do serviço), da demanda de encaminhamento e de chegada, e de indicadores de utilização (tempo de permanência no serviço) b) à entrada e ao acompanhamento multidisciplinar do serviço na perspectiva do usuário cuidador.

No quinto capítulo, seguem resultados referentes à: a) cobertura (proporção da população-alvo atingida pelo programa/intervenção) e utilização (proporção de uso do serviço da população alvo) b) avaliação da assistência na perspectiva do usuário cuidador quanto à qualidade do atendimento, resolutividade da assistência e vinculo usuário/cuidador/equipe.

Seguem-se discussão e conclusão gerais nos capítulos seguintes.

II-OBJETIVOS

Os objetivos deste trabalho são:

2.1.Objetivo geral

Avaliar a assistência do CRDI-FÊNIX por meio de (i) indicadores de oferta, de demanda e de encaminhamento, de cobertura e de utilização do serviço e (ii) da opinião do usuário cuidador

2.2.Objetivos específicos

A) Investigar a capacidade de oferta e da demanda de encaminhamento e de chegada do serviço a partir do fluxo de atendimento e a forma como é realizado o agendamento e o acompanhamento multidisciplinar na perspectiva do usuário/cuidador.

Artigo 1 - Análise da oferta e da utilização de follow up de bebês de risco no CRDI-FÊNIX e o acolhimento na opinião do usuário cuidador

B) Investigar a cobertura (proporção da população-alvo atingida pelo programa/intervenção) e utilização integral e parcial do serviço a partir do fluxo de atendimento e a qualidade do atendimento, a resolutividade da assistência e o vínculo entre usuário/cuidador/equipe na perspectiva do usuário/cuidador.

Artigo 2 - A cobertura e a utilização de follow up de bebês de risco no CRDI-FÊNIX e a avaliação da assistência na perspectiva do usuário cuidador

Os objetivos específicos serão abordados nos capítulos 4 e 5, respectivamente.

III-SUJEITOS E MÉTODO

Trata-se de pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa aprovada pela Comissão Ética e Pesquisa da FCM/UNICAMP sob nº560/2008 e pela Comissão de Ética do Hospital Municipal Mário Gatti sob nº076/2008.

Foi feito estudo retrospectivo dos prontuários do período de julho de2005 a junho de 2006 para constituição do *corpus* da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas com os cuidadores dos sujeitos que entraram no serviço nas datas acima estipuladas e que receberam alta até o período da coleta de dados (julho de 2008) para avaliação qualitativa do serviço.

Para análise da proporção da população-alvo que teve acesso as atividades do programa foram utilizados dados de julho de 2007 a junho de 2008, uma vez que a Maternidade do estudo não dispunha informação dos anos de 2005 e 2006.

A análise dos indicadores de oferta possibilitou avaliar a disponibilidade e acesso de ações ou atividades do programa/intervenções para a população-alvo, por meio da análise capacidade de oferta do serviço, bem como da demanda de encaminhamento e de chegada. As fórmulas foram elaboradas por um profissional da área de estatística, a partir do referencial teórico adotado neste estudo de avaliação de serviço.

A análise da capacidade de oferta do serviço foi feita através da estimativa do número médio de atendimentos necessários para atender todos os casos. Para tanto, foi necessário calcular o tempo médio em meses da duração do programa e o número médio de bebês que devem ingressar mensalmente no programa:

$$CAPACIDADE = (tempo\ médio) \times (número\ médio\ mensal\ de\ novos\ ingressos)$$

O intervalo de confiança para este índice de demanda será estimado através da teoria de propagação de erros [1]:

$$\sigma_{CAPACIDADE} = CAPACIDADE \cdot \sqrt{\left(\frac{\sigma_{tempo}}{tempo\ médio}\right)^2 + \left(\frac{\sigma_{INGRESSOS}}{N_{INGRESSOS}}\right)^2}$$

Legenda: σ_{tempo} **=** desvio padrão do tempo; $\sigma_{INGRESSOS}$ = desvio padrão do total de ingressos e $N_{INGRESSOS}$ = número total de ingressos.

A *demanda de encaminhamento* é calculada como a razão entre o número de nascimentos de bebês passíveis de risco e o número total de nascimentos como demonstrado na fórmula que se segue:

$$DEMANDA\ DE\ ENCAMINHAMENTO = \frac{(nº\ de\ bebês\ PASSÍVEIS\ DE\ RISCO\ encaminhados\ SUS)}{nº\ de\ nascimentos\ na\ maternidade\ de\ Campinas}$$

O desvio padrão é estimado a partir da Teoria de Propagação de Erros, pois as grandezas envolvidas foram medidas de forma indireta a partir de outras grandezas:

$$\sigma_D = DEMANDA \cdot \sqrt{\left(\frac{\sigma_{PR}}{N_{PR}}\right)^2 + \left(\frac{\sigma_{NASCIMENTOS}}{N_{NASCIMENTOS}}\right)^2}$$

Legenda: σ_{PR} **=** desvio padrão dos bebês passíveis de risco; N_{PR} **=** número de bebês passíveis de risco; $\sigma_{NASCIMENTOS}$ **=** desvio padrão do total de nascimentos e $N_{NASCIMENTOS}$ = número total de nascimentos.

A *demanda de chegada* é calculada como a razão entre o número de nascimentos de bebê*s passíveis de risco* que chegam ao programa e o número de nascimentos de bebês *passíveis de risco* pelo SUS que são encaminhados ao programa no período analisado, como demonstra a fórmula:

$$DEMANDA\ DE\ CHEGADA = \frac{(nº\ de\ bebês\ PR\ que\ chegam)_{SUS}}{(nº\ de\ bebês\ PR\ encaminhados)_{SUS}}$$

Legenda: ***PR*** = bebês passíveis de risco

O desvio padrão é estimado pela Teoria de Propagação de Erros, da mesma forma que o da demanda de encaminhamento.

$$\sigma_D = DEMANDA \cdot \sqrt{\left(\frac{\sigma_{PR-CHEGAM}}{N_{PR-CHEGAM}}\right)^2 + \left(\frac{\sigma_{PR-ENCAMINHADOS}}{N_{PR-ENCAMINHADOS}}\right)^2}$$

Legenda: $\sigma_{PR\text{-}CHEGAM}$ = desvio padrão do total de bebês passíveis de risco que chegam; $N_{PR\text{-}CHEGAM}$ = número de bebês passíveis de risco que chegam; $\sigma_{PR\text{-}ENCAMINHADOS}$ = desvio padrão do total de bebês passíveis de risco que são encaminhados; $N_{PR\text{-}ENCAMINHADOS}$ = número de bebês passíveis de risco que são encaminhados.

A análise do indicador de cobertura permite a identificação da proporção da população-alvo atingida pelo programa/intervenção. A análise do indicador de utilização possibilita analisar o quanto o serviço é utilizado. Foi realizada análise da utilização integral e parcial do programa. As fórmulas de cálculo foram

desenvolvidas por um profissional da área de estatística, com base nos referenciais de avaliação deste estudo.

A cobertura é calculada pela demanda do serviço, ou seja número de bebês passíveis de risco que chegam ao programa, segundo fórmula utilizada:

$$DEMANDA = \frac{(nº\ de\ bebês\ PASSÍVEIS\ DE\ RISCO)_{SUS}\ que\ chegam}{nº\ de\ nascimentos\ na\ maternidade\ de\ Campinas}$$

Para análise da utilização integral do serviço, toma-se como referência o número de bebês passíveis de risco SUS dependentes que utilizam o programa até o final do período de atendimento estabelecido (24 meses), segundo critério de alta da equipe do serviço. Segue fórmula de cálculo:

$$UTILIZAÇÃO\ INTEGRAL = \frac{(nº\ de\ bebês\ PASSÍVEIS\ DE\ RISCO - FINALIZAM\ O\ PROGRAMA)_{SUS}}{nº\ de\ bebês\ PASSÍVEIS\ DE\ RISCO}$$

Para investigação da utilização parcial considera-se o número de bebês passíveis de risco SUS dependentes que comparecem ao menos à primeira consulta do programa, mas que não finalizam o processo de atendimento.

$$UTILIZAÇÃO\ PARCIAL = \frac{(nº\ de\ bebês\ PASSÍVEIS\ DE\ RISCO - NÃO\ FINALIZAM\ O\ PROGRAMA)_{SUS}}{nº\ de\ bebês\ PASSÍVEIS\ DE\ RISCO}$$

Em relação ao estabelecimento do *corpus* para entrevista, dos 48 sujeitos que receberam alta no período estudado, foram entrevistados 13 cuidadores de 11 bebês de risco. Os demais usuários não puderam ser localizados, por razões variadas como: mudança de endereço ou de telefone na maioria dos casos, ou por terem se recusado a participar do estudo.

Nas entrevistas, foi aplicado um questionário semi estruturado denominado de “Avaliação do Acompanhamento de *Follow Up* do Usuário”, no qual foi abordado o agendamento/entrada no serviço, o atendimento multidisciplinar, a qualidade do atendimento da equipe, a resolutividade da assistência e o vínculo entre usuário/cuidador/ equipe para análise da assistência no Programa na perspectiva do usuário cuidador.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora**,** gravadas em vídeo e transcritas ortograficamente. Foram realizadas diversas leituras dos dados para estabelecimento das categorias de análise, segundo os critérios de repetição e de relevância. Conforme explica Turato (2003), pelo critério de repetição busca-se o que é comum nos depoimentos, ou seja, as colocações reincidentes e pelo critério de relevância, seleciona-se os conteúdos relevantes aos objetivos da pesquisa para o pesquisador.

IV. ANÁLISE DA OFERTA E DA UTILIZAÇÃO DE FOLLOW UP DE BEBÊS DE RISCO NO CRDI-FÊNIX E O ACOLHIMENTO NA OPINIÃO DO USUÁRIO

Artigo 1:

ANÁLISE DA OFERTA E DA UTILIZAÇÃO DE FOLLOW UP DE BEBÊS DE RISCO NO CRDI-FÊNIX E O ACOLHIMENTO NA OPINIÃO DO USUÁRIO CUIDADOR.[1]

Denise Sayuri Maruo Meira

Regina Yu Shon Chun

Resumo:

A adequação tecnológica e o estabelecimento de políticas públicas no Brasil voltadas para atenção perinatal contribuíram para aumento da sobrevida de bebês gravemente enfermos com necessidade de acompanhamento longitudinal diferenciado como o Centro de Referência em Desenvolvimento Infantil Fênix (Campinas, SP, Brasil), inserido no banco de projetos do Humaniza-SUS. Interessa nesse estudo investigar a capacidade de oferta e a demanda de encaminhamento e de chegada do serviço a partir do fluxo de atendimento e a opinião do cuidador sobre o agendamento e o acompanhamento interdisciplinar. Foram analisados 108 prontuários e entrevistados 13 cuidadores. Os resultados mostram adesão de 53% e demanda de encaminhamento da maternidade de referência de 28,77%. A demanda de chegada ao serviço foi de 83,22% e a capacidade de oferta estimada em 140 bebês/ano. Os cuidadores indicaram satisfação quanto à assistência. Os achados mostram a importância do atendimento multidisciplinar e traz subsídios para o aprimoramento da atenção à saúde no contexto da integralidade e da rede de cuidados.

Palavras Chaves*: Recém – nascidos, Saúde materno-infantil, Atenção básica a saúde, Serviços de saúde – avaliação, Atenção primária a saúde, Assistência a saúde.*

Meira DSM; Chun RYS. Análise da oferta e da utilização de follow up de bebês de risco no CRDI-FÊNIX e o acolhimento na opinião do usuário cuidador.

Abstract:

The prevalence of neonatal over the postneonatal component and the high proportion of avoidable deaths led to appropriate technology, qualification of the human resources and establishment of public policies in Brazil. These facts contributed to the increase of the survival of newborns with perinatal complications and the necessity of special support, provided by longitudinal programs of Follow Up, such as the Fenix Reference Center in Children Development (Campinas, SP, Brazil), inserted in Humaniza-SUS's project bank. The aim of this work is to evaluate the service assistance through provision indicators and through parents opinion. It were analyzed 108 medical records and 13 caregivers were interviewed. The results show adhesion of 53% and referral demand of 28.77%. The incoming demand to the service was 83.22% and the provision capacity estimated of 140 babies per year. The parents showed satisfaction regarding the assistance. The findings reveal the importance of the multidisciplinary care and bring subsidies to the improvement of health attention in the context of integrality and care network.

***KeyWords*:** Newborn; Maternal and child health; Primary health care; Healthservices, evaluation; Delivery of health care

INTRODUÇÃO

A mudança do perfil da mortalidade infantil, com o predomínio do componente neonatal sobre o pós natal, foi observada ao longo das décadas de 1980 e 1990 no Brasil. Tal acontecimento contribuiu para o conhecimento da elevada proporção de óbitos evitáveis e evidenciou a importância da qualidade da assistência recebida pelo binômio mãe-bebê, principalmente no que se refere ao acesso e a utilização dos serviços de saúde[1].

O desenvolvimento tecnológico fez com que cada vez mais, crianças que antes viriam a óbito viessem a sobreviver, principalmente os extremamente prematuros e aqueles com graves intercorrências perinatais. Houve então, a necessidade da criação dos ambulatórios de *Follow Up* de bebês de risco, que surgiram no Brasil na década de 1980. Traziam o compromisso de promover a atenção interdisciplinar especializada após alta, visando atender a demanda dessas crianças como o maior risco de nova internação após alta[2]. O maior conhecimento da evolução deste grupo específico de bebês, particularmente nos aspectos de desenvolvimento neuropsicomotor, contribui para que os desvios do desenvolvimento sejam detectados mais precocemente. Desta forma, a intervenção se inicia o mais rapidamente possível, levando a uma melhora na qualidade de vida dos bebês e de suas famílias[3].

Apesar disso, não se observou conseqüente redução da mortalidade neonatal, devido a dificuldade de acesso, a desorganização e fragmentação do sistema de saúde além de inadequações técnico-científicas[(4-5)]. Em 1991, por meio do Programa de Assistência Perinatal – PROASP[1], se insere a atenção perinatal, pela primeira vez, como área programática das diretrizes governamentais em nosso país. No contexto de implantação do Sistema Único de Saúde, nessa época, e em consonância com as diretrizes de outros países que obtiveram resultados positivos na atenção perinatal, como pontuam alguns autores[6], essa proposta visava promover mudanças em termos de hierarquização e

regionalização da assistência perinatal, dentre outros aspectos como a valorização e capacitação dos recursos humanos com enfoque interdisciplinar. No entanto, no final da década de 1990 e início de 2000, a dificuldade de acesso, a desorganização e fragmentação do sistema de saúde além de inadequações técnico-científicas, ainda se faziam presentes, sendo que as propostas de atenção à Saúde, nessa área, não trouxeram o impacto idealizado em todo o país, devido sobretudo as diferentes e discrepantes realidades geográficas, étnicas e sociais encontradas[6].

Em vista de melhorar a organização do Sistema de Saúde e superar as dificuldades como as apontadas, outros programas surgiram, como o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar[7] para atendimento à gestante de alto risco, a proposta da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru[8], disseminada a partir de 1999 e em 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)[9].

Em 2003, o Programa de Humanização passa a ser denominado de Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS[10] e busca aumentar a abrangência de sua atuação e mudar o foco do sistema hospitalar para todo Sistema de Saúde. Com uma política pública de saúde que visa aplicar os princípios do SUS, por meio da construção de vínculos e trocas solidárias, o exercício da clínica ampliada, a responsabilização e valorização dos sujeitos envolvidos na produção da saúde, destacando-se o aspecto subjetivos nelas presente, pretende contagiar todos os níveis do sistema, com experiências de ações humanizadoras na rede do SUS[10,11].

Neste contexto foi criado em 2001, o Centro de Referência em Desenvolvimento Infantil (CRDI) Fênix[12] do Municipal Mário Gatti, (Campinas, SP, Brasil), caracterizando-se como um serviço de *Follow Up* de bebês de risco, SUS dependente. O CRDI atende egressos da UTI neonatal da Maternidade Campinas (Campinas, SP, Brasil) e bebês de risco provenientes dos Centros de Saúde da região Metropolitana de Campinas, que por algum motivo, não estejam inseridos em um Ambulatório de *Follow Up* da região. Este projeto recebeu o Prêmio

Experiências Exitosas do Paidéia, em setembro de 2003, oferecida pela Prefeitura Municipal de Campinas.

A equipe do CRDI-Fênix, atualmente, é composta por profissionais de pediatria, neuropediatra e fonoaudiologia com apoio dos demais profissionais que compõem o quadro do Ambulatório de Especialidades do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti (Campinas, SP, Brasil), local em que se insere o Ambulatório de *Follow Up* do estudo.

O agendamento dos bebês é realizado pela Maternidade de Campinas no máximo até uma semana após a alta hospitalar, bem como pelos Centros de Saúde de Campinas por meio do Serviço de agendamento on line (SOL).

O acolhimento inicial é de responsabilidade do pediatra, responsável pela rede de cuidados interna desse serviço, isto é, é o profissional que realiza a interface entre a neuropediatra, a fonoaudióloga e outros profissionais, conforme a demanda dos usuários. Os pais e familiares das crianças são convidados a participar de uma proposta voltada a eles, por meio de reunião com os profissionais do serviço onde são discutidos temas abertos, conforme a demanda do grupo, como por exemplo, sentimentos de culpa, dificuldades no cuidado do recém nascido e outras angústias ou dificuldades decorrentes da situação. Estimula-se a participação e a troca de experiência entre as famílias/cuidadores. Os critérios de alta principais no Ambulatório de Follow Up – CRDI FENIX[11], são o bom desenvolvimento neuro psico motor e sensorial por volta dos 24 meses.

Em 2006, o CRDI FENIX[12] foi inserido no banco de projetos do Humaniza-SUS[10] e em 2008, no Caderno de Saúde da Criança da Prefeitura Municipal de Campinas[13]. O serviço segue as diretrizes dessa política governamental particularmente no sentido da Clínica Ampliada (compromisso com o sujeito e o coletivo) e desenvolve o acolhimento e construção de uma rede de cuidados, tendo em vista superar a fragmentação da rede e do processo de trabalho. Deste modo, procura estabelecer vínculos e responsabilização de diversas equipes (Maternidade, Unidade Básica de Saúde, Centros de Reabilitação), seguindo a lógica de uma rede de cuidados, a partir da articulação com várias unidades e

instituições do município na perspectiva de atenção integral ao sujeito e sua família, como demonstra o organograma de Atendimento do CRDI-Fênix (vide Figura 1), como se segue:

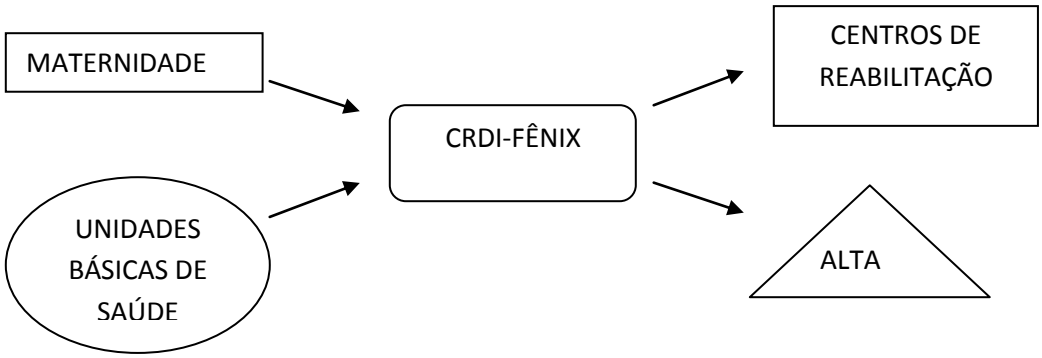

FIGURA 1 – Organograma de Atendimento do CRDI – FÊNIX

Entendendo-se o acolhimento como colocado na proposta governamental do Humaniza-SUS[10], a equipe do CRDI- FENIX busca desenvolver uma escuta qualificada ao usuário desde sua chegada até saída, respeitando singularidades e valorizando suas histórias de vida. É importante salientar que dentro dessa rede de cuidados, a Unidade Básica de Saúde, permanece responsável pela população adstrita, sendo que o modo de funcionamento proposto visa, sobretudo, ajudar o usuário a tramitar pelos diferentes níveis do Sistema de Saúde, que se fizerem necessários, com base nos referenciais de Clinica Ampliada, Apoio Matricial e Equipe de Referencia[14] em que se fundamenta o Humaniza-SUS[10].

Isto posto, cabe considerar que o monitoramento e a avaliação dos serviços possibilitam maior compreensão das dimensões e implicações das ações desenvolvidas com vistas a oferecer um serviço de qualidade às demandas da população atendida. Como alertam alguns autores [15] o usuário é fundamental em um processo avaliativo, uma vez que é a quem se destina o serviço e também quem pode monitorar a atenção recebida.

Outros autores[16,] ao abordarem os modelos de avaliação de serviços, partem do princípio de que quando um determinado programa é oferecido à população, é preciso que o usuário tenha acessibilidade e boa qualidade de assistência. Os autores apontam a necessidade de que a população aceite o programa e o utilize para que produza impacto na sua saúde. Deste modo, colocam os autores[14], o tipo de indicador de avaliação do serviço escolhido depende do uso que se quer dar ao resultado da avaliação.

Dos indicadores descritos por esses autores[16], são enfocados nesta proposta de avaliação da assistência do CRDI-FENIX, os indicadores de oferta, que se referem à disponibilidade e acesso de ações ou atividades do programa/intervenção para a população alvo e indicadores de utilização(proporção de uso do serviço pela população alvo).

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é: avaliar a assistência do CRDI-FÊNIX por meio de: a) indicadores de oferta (capacidade de oferta do serviço), das demandas de encaminhamento e de chegada e de indicadores de utilização (tempo de permanência no serviço), b) a entrada e o acompanhamento multidisciplinar do serviço na perspectiva do usuário cuidador.

SUJEITOS E MÉTODO

Trata-se de pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa aprovada pelo CEP da FCM/UNICAMP sob nº560/2008 e pela Comissão de Ética do Hospital Municipal Mário Gatti sob nº076/2008.

Foi feito estudo retrospectivo dos prontuários do período de julho de 2005 a junho de 2006 para constituição do *corpus* da pesquisa.

Foram entrevistados os cuidadores dos pacientes que entraram no serviço nas datas acima estipuladas e que receberam alta até o início da coleta de dados julho de 2008.

Houve dificuldade de levantamento de prontuários em função da falta de registro.

Para análise da proporção da população-alvo que teve acesso as atividades do programa, foram utilizados dados de julho de 2007 a junho de 2008, uma vez

que a Maternidade do estudo não dispunha informação dos pacientes encaminhados dos anos de 2005 e 2006.

Foram identificados 114 sujeitos no período de julho de 2005 a junho de 2006, sendo que houve extravio de 6 prontuários, portanto, foram analisados 108 prontuários institucionais, que possibilitaram a caracterização da demanda atendida quanto ao acompanhamento multidisciplinar e tempo de permanência no serviço .

A análise dos indicadores de oferta possibilita avaliar a disponibilidade e acesso de ações ou atividades do programa/intervenções para a população-alvo, bem como das demandas de encaminhamento e de chegada, mostrando a capacidade de oferta do serviço. As fórmulas para análise desses indicadores foram elaboradas por um profissional da área de estatística, a partir do referencial teórico adotado neste estudo quanto à avaliação de serviço [14,15].

A análise da capacidade de oferta do serviço é calculada por meio da estimativa do número médio de atendimentos necessário para atender todos os casos. Para tanto foi estimado o tempo médio de duração do atendimento em meses e o número médio de novos bebês que ingressam mensalmente no programa:

$$CAPACIDADE = (tempo\ médio) \times (número\ médio\ mensal\ de\ novos\ ingressos)$$

O intervalo de confiança para este índice de demanda é estimado por meio da teoria de propagação de erros como se segue:

$$\sigma_{CAPACIDADE} = CAPACIDADE \cdot \sqrt{\left(\frac{\sigma_{tempo}}{tempo médio}\right)^2 + \left(\frac{\sigma_{INGRESSOS}}{N_{INGRESSOS}}\right)^2}$$

Legenda: σ_{tempo} **=** desvio padrão do tempo; $\sigma_{INGRESSOS}$ = desvio padrão do total de ingressos e $N_{INGRESSOS}$ = número total de ingressos.

A *demanda de encaminhamento* é calculada como a razão entre o número de nascimentos de bebês passíveis de risco pelo SUS que são encaminhados ao programa e o número total de nascimentos na Maternidade de Campinas no período de julho de 2005 a junho de 2006, como demonstrado na fórmula que se segue:

$$DEMANDA\,DE\,ENCAMINHAMENTO = \frac{nº\,de\,bebês\,PASSÍVEIS\,DE\,RISCO\,\widehat{\ }_{SUS\,encaminhados}}{nº\,de\,nascimentos\,na\,maternidade\,de\,Campinas}$$

O desvio padrão é estimado a partir da Teoria de Propagação de Erros, pois as grandezas envolvidas são medidas de forma indireta a partir de outras grandezas:

$$\sigma_D = DEMANDA \cdot \sqrt{\left(\frac{\sigma_{PR}}{N_{PR}}\right)^2 + \left(\frac{\sigma_{NASCIMENTOS}}{N_{NASCIMENTOS}}\right)^2}$$

Legenda: σ_{PR} **=** desvio padrão dos bebês passíveis de risco; N_{PR} **=** número de bebês passíveis de risco; $\sigma_{NASCIMENTOS}$ **=** desvio padrão do total de nascimentos e $N_{NASCIMENTOS}$ = número total de nascimentos.

A *demanda de chegada* é calculada como a razão entre o número de nascimentos de bebê*s passíveis de risco* pelo SUS que chegam ao programa e o número de nascimentos de bebês *passíveis de risco* pelo SUS que são encaminhados ao programa no período analisado, como demonstra a fórmula:

$$DEMANDA\,DE\,CHEGADA = \frac{nº\,de\,bebês\,PR\,que\,chegam\,\widehat{\ }_{SUS}}{nº\,de\,bebês\,PR\,encaminhados\,\widehat{\ }_{SUS}}$$

Legenda: ***PR*** = bebês passíveis de risco

O desvio padrão é estimado pela Teoria de Propagação de Erros, da mesma forma que o da demanda de encaminhamento.

$$\sigma_D = DEMANDA \cdot \sqrt{\left(\frac{\sigma_{PR-CHEGAM}}{N_{PR-CHEGAM}}\right)^2 + \left(\frac{\sigma_{PR-ENCAMINHADOS}}{N_{PR-ENCAMINHADOS}}\right)^2}$$ **Legenda:** $\sigma_{PR\text{-}CHEGAM}$ =

desvio padrão do total de bebês passíveis de risco que chegam; $N_{PR\text{-}CHEGAM}$ = número de bebês passíveis de risco que chegam; $\sigma_{PR\text{-}ENCAMINHADOS}$ = desvio padrão do total de bebês passíveis de risco que são encaminhados; $N_{PR\text{-}ENCAMINHADOS}$ = número de bebês passíveis de risco que são encaminhados.

Em relação ao estabelecimento do *corpus* para entrevista*,* dos 48 sujeitos que receberam alta no período estudado, foram entrevistados 13 cuidadores de 11 bebês de risco. Os demais usuários não puderam ser localizados, por razões variadas como mudança de endereço ou de telefone na maioria dos casos, ou por terem se recusado a participar do estudo.

Nas entrevistas, foi aplicado um questionário semi estruturado denominado de "Avaliação do Acompanhamento de *Follow Up* do Usuário", no qual foram abordados a entrada no serviço e o atendimento multidisciplinar para análise da assistência no Programa na perspectiva do usuário cuidador. As entrevistas foram realizadas por uma das signatárias deste trabalho, membro da equipe do CRDI-Fênix, as quais foram gravadas em vídeo e transcritas ortograficamente.

Foram realizadas leituras flutuantes dos dados para estabelecimento das categorias de análise segundo os critérios de repetição e de relevância. Pelo critério de repetição buscou-se o que era comum nos depoimentos, ou seja, as colocações reincidentes e pelo critério de relevância, selecionou-se os conteúdos relevantes aos objetivos da pesquisa[17].

RESULTADOS

Apresentam-se os resultados referentes ao fluxograma de atendimento do serviço, aos indicadores de oferta, demanda de encaminhamento e de chegada, aos indicadores de utilização (tempo de permanência no serviço). Além destes são apresentados também os achados relativos à opinião dos cuidadores quanto a entrada e acompanhamento multidisciplinar das crianças no Ambulatório de *Follow Up –CRDI-Fênix.*

Fluxograma de atendimento do CRDI-FENIX

Para análise do fluxo de encaminhamento de bebês de risco da Maternidade Campinas (Campinas, SP, Brasil) ao CRDI-Fenix foram utilizados dados fornecidos pela própria Maternidade estimados no período de julho de 2007 a junho de 2008 bem como os registros dos prontuários do serviço. Os resultados são demonstrados na Figura 2:

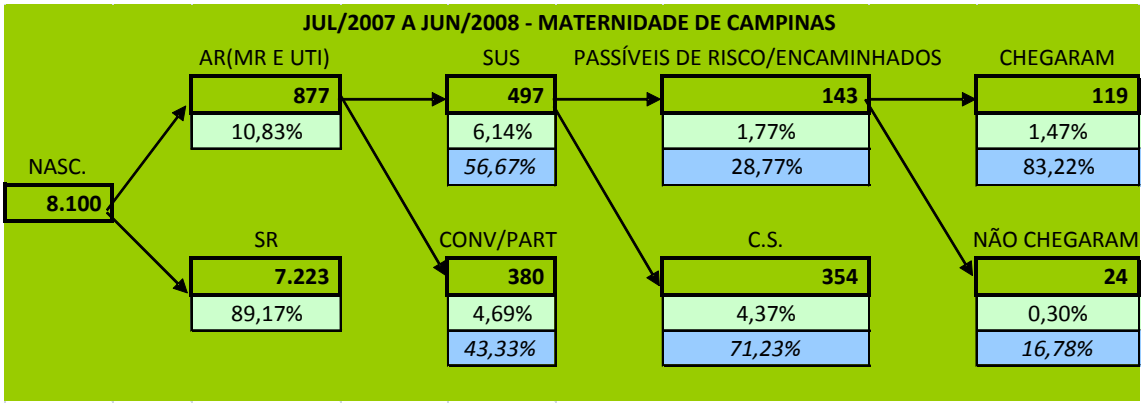

FIGURA 2: Fluxograma de encaminhamento de bebês de risco ao CRDI - FENIX no período de julho de 2007 a junho de 2008

Legenda: NASC = número total de nascimentos na Maternidade Campinas no período estudado; **AR** = bebês de alto risco; **MR** = Berçário de Médio Risco; **UTI** = Unidade de Terapia Intensiva; **SUS** = bebês atendidos pelo Sistema Único de Saúde; **PAS.R** = bebês passíveis de risco; **SR** = bebês sem risco; **CONV** = bebês atendidos por convênio; **PART =** bebês atendidos por assistência particular; **CS** = casos encaminhados pelo Centro de Saúde.

Verifica-se que do total de bebês SUS dependentes que necessitaram de cuidados especiais em UTI neonatal ou em Berçário de Médio Risco foram encaminhados para o Ambulatório de *Follow Up* CRDI-Fênix 28,77% (desvio padrão de 0,15%.) dos bebês, os quais correspondem à chegada no serviço foi de 83,22% (desvio padrão de 3,75%) dos casos (n= 119 bebês de risco), sendo que se estima que a capacidade de oferta do serviço seja de 140 bebês por ano.

Tais dados evidenciam que houve uma oferta do serviço para a grande maioria dos bebês passíveis de risco nascidos no período estudado.

A capacidade de oferta e de utilização do serviço

Dos 108 sujeitos estudados no período de julho de 2005 a junho de 2006, 85 são moradores de Campinas e 23 são de outras cidades. Os achados indicam que houve adesão ao Programa Fênix de 57 (53%) dos sujeitos, sendo que 19

(18%) foram encaminhados para reabilitação. Em relação ao tempo de permanência no serviço até o abandono, 14 (28%) dos sujeitos permaneceram até a primeira consulta, 7 (14%) até o primeiro mês de atendimento, 13 (26%) até os 6 meses, 10 (20%) até 1 ano e os demais 6(12%) por mais de um ano de atendimento. Daqueles que permaneceram no programa, 58% receberam acompanhamento multidisciplinar, ou seja foram atendidos nas áreas de pediatria, neuropediatria e fonoaudiologia. Os demais passaram por um ou outro profissional.

Quanto ao tempo de permanência no programa até a alta ou encaminhamento,17 (35%) permaneceram até 2 anos, 10 (21%) mais que 2 anos, 10 (21%) em até 6 meses, 7 (15%) até 1 mês e 4 (8%) em até 1 ano, conforme demonstrado no Gráfico 1:

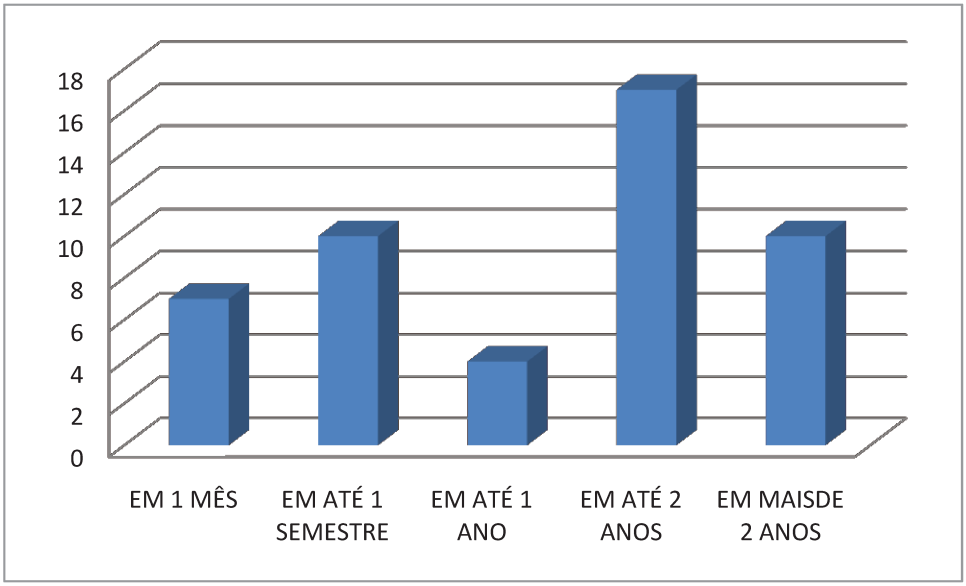

Gráfico 1 - Distribuição do tempo de permanência no programa até alta ou encaminhamento

A análise das variáveis local de moradia, acompanhamento multidisciplinar, tempo de permanência no serviço e abandono mostrou correlação positiva somente, na associação entre as variáveis abandono e recebimento de acompanhamento multidisciplinar, ou seja, os usuários que receberam

atendimento multidisciplinar apresentaram maior adesão ao programa. Foi testada esta inferência através do teste de χ^2 para tabelas de contingência 2X2.

TABELA 1 – Associação entre as variáveis abandono e recebimento de acompanhamento multidisciplinar

JUL/2005 A JUN/2006		**Receberam acompanhamento multidisciplinar**		
		SIM	**NÃO**	**TOTAL**
ABANDONO	**SIM**	*22*	29	*51*
	NÃO	41	16	*57*
	TOTAL	*63*	*45*	*108*

*** houve associação entre atendimento por todas as modalidades e o não abandono (p=0,002)**

Opinião dos cuidadores quanto a entrada e acompanhamento multidisciplinar no serviço

Os resultados das entrevistas com os familiares/cuidadores evidenciam um alto grau de satisfação daqueles cujas crianças receberam alta. Em relação a entrada no serviço a maioria dos sujeitos indicou a efetividade, o acolhimento, o acompanhamento e/ou a agilidade do esquema de agendamento entre a Maternidade Campinas ou a Unidade de Saúde e o CRDI-Fênix, distribuídos da seguinte forma: seis sujeitos apontaram a agilidade e ao acolhimento do agendamento, dois sujeitos fizeram referência a efetividade e ao acompanhamento do serviço, outros dois sujeitos indicaram a efetividade e a agilidade, um sujeito referiu-se a agilidade, outro a importância do acolhimento.

O depoimento de um dos sujeitos que ilustra a efetividade e acolhimento do agendamento na opinião do usuário:

"- Acho que foi ótimo, né? Senão eu ficaria perdida. Não tinha como. Eles tinha que já me dar uma... uma posição, assim né, ela já me deu o papel, tudo certinho vai tal dia, horário, por que senão o que que eu ia fazer, onde que eu ia correr, eu não sabia o que eu ia fazer com ele. O que que ele ia ter, foi ótimo..." (Sujeito 6)

Um trecho do depoimento do Sujeito 2 evidencia a agilidade e o acolhimento do agendamento segundo o cuidador:

"Ah, o agendamento foi bem rapidinho, eu marquei, agendei sempre marcava na hora certa e no dia certo e sempre chamava tudo certinho... Ah... eu achava bom né? pelos menos... pra passa ele né?..." (Sujeito 2)

Em relação ao outro aspecto estudado, o acompanhamento multidisciplinar, verifica-se que a totalidade dos sujeitos mostrou-se satisfeita com a assistência recebida, indicando razões diversas para seu grau de satisfação como: o acolhimento, a qualidade do atendimento da equipe, os encaminhamentos realizados, o esclarecimento de dúvidas ou a efetividade do serviço.

O depoimento que se segue mostra a opinião de um dos sujeitos:

"*Sempre que ela passava lá, sempre foi muito bem recebida, eles explicavam tudinho minhas dúvidas, me orientavam, as vez tirava uma dúvida, e assim, eu precisava de exames, sempre foi feito, encaminhavam pra outro especialista quando precisava, e eu acho que esse centro foi tudo de bom pra essas crianças.*" (Sujeito 4)

Além disso, um trecho extraído de uma das entrevistas evidencia a importância da rede de cuidados estabelecida pelo serviço diante das angústias do cuidador frente à condição da criança:

"*senão o que que eu ia fazer, onde que eu ia correr, eu não sabia o que eu ia fazer com ele...*". (Sujeito 6)

DISCUSSÃO

Em relação ao acolhimento, como concebido na proposta do Humaniza-SUS[10], os resultados evidenciam que a garantia de acompanhamento no CRDI-FENIX, após a saída da Maternidade, por meio da rede de cuidados estabelecida, contribui para que essas famílias se sintam acolhidas frente suas dificuldades, angústias e dúvidas diante de uma nova situação – o cuidar de um bebê de risco. Tal fato se inicia no agendamento, que se mostra eficiente na perspectiva dos cuidadores, e segue no próprio atendimento multidisciplinar no Ambulatório de Follow Up.

Os resultados evidenciam a efetividade da articulação entre as equipes envolvidas no processo de encaminhamento e de acolhimento dos sujeitos estudados, envolvendo diversos serviços da cidade de Campinas, particularmente o fluxo entre a Maternidade de Campinas e o CRDI-Fênix. Tais achados podem contribuir para superar a fragmentação da rede assistencial e fragmentação do processo de trabalho, razões indicadas por alguns autores[6], dentre outras, como fatores existentes em nosso país em algumas regiões para que melhores resultados perinatais não sejam alcançados.

Observa-se que a responsabilização do cuidado, o acolhimento e o vínculo estabelecido entre os profissionais de saúde e os usuários assumem grande importância para a efetividade dessas ações[10].

O estudo dos indicadores de oferta possibilitou analisar as demandas de encaminhamento e de chegada do serviço, fornecendo subsídios para maior compreensão do fluxo de atendimento desse grupo populacional.

O avanço da tecnologia e das políticas públicas de assistência ao recém-nascido de risco, dentre outros fatores, concorrem para um conseqüente aumento desse grupo populacional, implicando a necessidade de avaliação e de reestruturação dos serviços oferecidos nos Ambulatórios de Follow Up, como no caso do CRDI-Fenix e portanto, estudos que envolvam tal temática, como o aqui desenvolvido podem fornecer importantes subsídios para que os serviços possam melhor se organizar para o recebimento desta crescente demanda

Como indicado no Programa Nacional Avaliação Serviços de Saúde 2004-2006[18], o planejamento e a gestão do serviço depende do conhecimento das necessidades de seu público alvo, para que se possa dar maior racionalidade ao uso dos recursos. A estrutura organizacional tem um impacto direto na qualidade do processo que, por sua vez, se reflete na melhora dos resultados, o que reitera a importância de estudos desta natureza.

Cabe considerar que a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios-2003[19] apontou que ainda existiam no Brasil importantes limitações de acesso aos serviços de saúde. Os principais motivos indicados para o não atendimento das demandas numa primeira busca foram indisponibilidade de senha ou vaga (48,9%) e a falta de médico para o atendimento (25,5%). O censo do IBGE de 2003[19] mostra que as principais barreiras de acesso referidas pelas pessoas que não procuraram serviços, quando necessitaram, foram: barreiras financeiras (23,8%), demora no atendimento (18,1%) e barreiras geográficas (12,7%).

Os resultados encontrados neste estudo apontam possibilidades de mudanças nesse panorama em alguns aspectos como a oferta de atendimento disponibilizada pelo serviço. Além disso, a efetividade do processo de entrada e a rede de cuidados estabelecida contribuem para superar a queixa de demora no atendimento. Vale ressaltar que no CRDI- Fênix, todos os casos encaminhados são atendidos pela equipe no máximo até 10 dias após sua saída da Maternidade e não há fila de espera. Todos os bebês encaminhados são acolhidos pela equipe multidisciplinar. Busca-se assim atender aos propósitos do Humaniza-SUS[10].

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou avaliar o fluxograma de atendimento e a disponibilidade e o acesso de ações e atividades do programa/intervenções para a população-alvo, por meio da análise da capacidade de oferta e de utilização do serviço.

Verifica-se a utilidade dos indicadores de oferta para avaliação da entrada no serviço, mostrando a sua eficiência em dimensionar a percentagem de bebês

passíveis de riscos que chegam ao Ambulatório, mostrando a capacidade de oferta do serviço. Desta forma, encontram-se subsídios para realizar os ajustes necessários em prol de melhor qualidade da assistência, aproximando o serviço da realidade da população atendida.

Os achados mostram a adesão do usuário ao serviço e a importância do acompanhamento multidisciplinar para sua permanência no serviço.

Os resultados evidenciam a efetividade da assistência na perspectiva do usuário cuidador em uma abordagem multidisciplinar, humanizada e integral com vistas à Promoção da Saúde e favorecimento da qualidade de vida das populações atendidas.

Os achados evidenciam que a responsabilização dos diferentes sujeitos implicados no processo dessa rede de cuidados à população estudada contribui para a desburocratização da assistência bem como para maior autonomia dos atores sociais envolvidos, exercendo-se assim, a humanização do Sistema Único de Saúde, como proposta pelas políticas vigentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. *Programa de Assistência à Saúde Perinatal. Bases Programáticas*. Brasília, 1991.

2. Escobar GJ, Steven J, Gardner MN, Armstrong MA, Folk BF, Carpenter DM. Rehospitalization in the first two weeks after discharge from the neonatal intensive care unit. Pediatrics. 1999; 104(1):1-9.

3. Lopes SMB Introdução. In: Lopes SMBL e Lopes JMAL, organizadores. Follow up do Recém-Nascido de Alto Risco. Rio de Janeiro: Editora Medsi; 1999. p. 1-4.

4. Lansky, S; França, E; Leal, MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. Rev. Saúde Pública. 36(6):759-772, 2002.

5. Gomes MASM; Lopes JMA; Moreira MEL; Gianini NOM. Assistência e mortalidade neonatal no setor público do Município do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise do período 1994-2000. Cad Saúde Pública. 21(40):1269-1277, 2005.

6. Carvalho M; Gomes, MASM. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. J. Pediatr. 8(1): S111-118, 2005.

7. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.016, de 19 de junho de 1998. Brasília. Dispõe sobre o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco.

8. Lamy Filho, F. Avaliação dos resultados neonatais do Método Canguru no Brasil. J. *Pediatr.* 84(5):428-435, 2008.

9. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré natal e Nascimento. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica Saúde da Mulher. Brasília, 2000

10. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004.

11. Campos, GWS. Clinica e Saúde Coletiva Compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GW, Minayo MC, Akerman M, Drumond JÃºnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006, p.41-80.

12. Ministério da Saúde. Humanizasus. Banco de Projetos – Centro de Referência em Desenvolvimento Infantil.- *Fênix.* Brasília, 2006.

13. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Caderno Saúde da Criança. Campinas, 2008, pag 65-66.

14. Campos GWS; Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. 23(2): 399-407, 2007.

15. AKerman M; Nadanovsky P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê?. Cad. Saúde Pública, v. 8, n. 4, p 361-5,1992

16. Habicht JP, Victoria CG, Vaughan JP. *Evaluation designs for adequacy,plausibility and probability of public health programme performance and impact*.Intern J Epidemiology v28 p10-18, 1999.

17. Turato, ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2003.

18. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde- Relatório 2004-2006. Brasília: 2007.

19. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde-Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios, 2003. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2003.

V-A COBERTURA E A UTILIZAÇÃO DE FOLLOW UP DE BEBÊS DE RISCO NO CRDI-FÊNIX E A AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO CUIDADOR

V. ANÁLISE DA OFERTA E DA UTILIZAÇÃO DE FOLLOW UP DE

Artigo 2

A COBERTURA E A UTILIZAÇÃO DE FOLLOW UP DE BEBÊS DE RISCO NO CRDI-FÊNIX E A AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO CUIDADOR[2]

Denise Sayuri Maruo Meira
Regina Yu Shon Chun

RESUMO

Objetivo: Este estudo volta-se para avaliação de serviço do Centro de Referência em Desenvolvimento Infantil Fênix – CRDI (Campinas, SP),quanto a cobertura e utilização integral e parcial a partir do fluxo de atendimento, além da opinião do cuidador acerca da qualidade do atendimento, resolutividade da assistência e vínculo entre usuário/cuidador/equipe.

Método: Trata-se de pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa. Foram analisados 108 prontuários para caracterização da demanda. Destes, foram entrevistados aqueles que receberam alta no período estudado, num total de 13 cuidadores. Foi feita análise do fluxograma do serviço e aplicado questionário semi-estruturado aos cuidadores.

Resultados: Os resultados mostram adesão de 53% dos sujeitos e tempo de permanência no serviço até o abandono de 28% até a primeira consulta, 14% até o primeiro mês de atendimento, 26% até 6 meses, 20% até 1 ano e 12% até mais de um ano de atendimento. Verificou-se que do total de nascimentos, 10,74% dos bebês foram encaminhados para cuidados intensivos e intermediários, sendo que 6,09% pertenciam ao Sistema Único de Saúde. Desses, chegaram ao serviço 1,60% por apresentarem risco para alteração no desenvolvimento neuropsicomotor. A utilização integral do serviço foi de 52,78% e a parcial, de 47,22%. Os resultados das entrevistas evidenciam alto grau de satisfação quanto à assistência e resolutividade.

Conclusão: A avaliação de serviço por meio dos indicadores estudados e a escuta ao usuário revelaram-se como ferramentas eficazes. Traz subsídios que contribuem para aprimoramento da assistência à saúde no contexto da atenção integral, humanizada, promoção da saúde e favorecimento da qualidade de vida deste grupo populacional.

***Palavras Chaves**: **Palavras Chaves**: Recém – nascidos, Saúde materno-infantil, Atenção básica a saúde, Serviços de saúde – avaliação, Atenção primária a saúde, Assistência a saúde.*

[2]Meira DSM ;Chun RYS. A cobertura e a utilização de follow up de bebês de risco no CRDI-FÊNIX e a avaliação da assistência na perspectiva do usuário cuidador.

ABSTRACT

Objective: this study aims to evaluate the assistence developed at the Fenix Reference Center in Children Development - CRDI FENIX (Campinas, SP, Brazil), a proposal of the Humaniza-SUS, regarding the coverage and use capacity and the attending quality, the effectiveness of the assistance and relations of user, caregiver and the multidisciplinary team in the opinion of the caregiver users.

Method: It follows a quantitative and qualitative approach. It was analyzed 108 medical records. Among them, 13 caregiver's users that received medical discharge during the study period were interviewed. A semi-structured interview was applied to the caregivers.

Results: The findings showed adhesion of 53% subjects and the permanence period in the service up to abandonment: 28% until the first attending, 14% until the first month, 26% until 6 months, 20% until 1 year and 12% until more than one year of attending. The results showed that from the total of the new bourns, 10,74% need intensive care, from that 6,09% are dependent from the Brazilian Unified Health System (SUS) and 1.6% arrived at the service. The integral use of the service was 52.78% and partial, 47.22%. The results of the interview show satisfaction level regarding the assistance and solving problems.

Conclusion: The service evaluation through the studied methods and the user's listening was shown as an efficient tool. It brings subsidies that contribute to the

improvement of health assistance in the context of integral and humanized attention, health promotion and improvement of the quality of life of the studied group.

***KeyWords*:** Newborn; Maternal and child health; Primary health care; Healthservices, evaluation; Delivery of health care

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de novos conhecimentos e de novas tecnologias, juntamente com a especialização, a valorização e a capacitação de recursos humanos, além do estabelecimento de políticas públicas de saúde voltadas especificamente à Atenção Materno-Infantil têm contribuído para maior sobrevida de bebês com graves intercorrências perinatais nas últimas décadas. Porém, essa sobrevivência trouxe riscos para desvios do desenvolvimento neuropsicomotor nessas crianças, o que implicou no atendimento multidisciplinar especializado em Ambulatórios de *Follow Up* de bebês de risco[1].

Em nosso país, tais serviços surgiram nos anos de 1980 com os objetivos primordiais de acompanhamento longitudinal, pesquisa e avaliação dos resultados (a curto e médio prazo), técnicas, efeitos de drogas e procedimentos no período neonatal. Considerando-se que a recuperação é melhor no cérebro em desenvolvimento, a identificação de crianças de alto risco, se constitui em um dos principais objetivos desses ambulatórios de seguimento. Como colocam alguns autores[2], a implantação da estimulação psicosomatosensitiva de forma precoce, evidencia-se como um dos instrumentos capazes de promover a reorganização da citoarquitetura do sistema nervoso afetado desse grupo populacional.

A identificação precoce desses bebês de risco possibilita a devida atenção à saúde dessas crianças[3].

A preocupação em proporcionar um atendimento humanizado a famílias que possuem seus filhos internados em Unidades de Terapias Intensivas (UTIs) neonatais, cujos filhos necessitam enfrentar intervenções, muitas vezes, invasivas e agressivas, mas imprescindíveis para a sua sobrevida, se tornam presentes[4,5]. O seguimento desses bebês se constitui em um grande desafio no cenário brasileiro, contudo, ainda, não se dispõe da cobertura necessária como pontuam outros autores[6], além do conhecimento da evolução desses casos nas pesquisas nacionais ser ainda bastante restrito[7].

A Política Nacional de Humanização instituída no país em 2003[8], com a divulgação de experiências do SUS que "dá certo", tem agregado forças a esses objetivos na Atenção à Saúde Materno-Infantil da população de risco e incentivado a valorização dos diferentes sujeitos implicados nesse processo de produção e de cuidado à saúde. A partir da preconização do exercício da clinica ampliada, visa o compromisso com o sujeito e seu coletivo, fortalecendo vínculos, respeitando singularidades, valores e histórias próprias de vida. Tornam-se assim, os sujeitos, protagonistas de suas histórias no cuidado de sua saúde[8].

Nesse contexto, um dos grandes desafios consiste em proporcionar condições para o desenvolvimento psicoafetivo, cognitivo e motor dessas crianças de modo a proporcionar assistência à saúde e inserção social[9].

Nessa direção, tendo em vista o acompanhamento de bebês de risco, com ênfase nas diversas formas de prevenção de seqüelas, foi criado em 2000, o

Ambulatório de Follow Up de bebês de risco - o Centro de Referência em Desenvolvimento Infantil Fênix (CRDI-Fênix) [10]. Este serviço recebe bebês de risco da Maternidade Campinas (Campinas, São Paulo, Brasil), que possui uma média de 700 nascimentos/mês, e dos Centros de Saúde da região Metropolitana de Campinas, que por algum motivo, não estejam inseridos em outros Ambulatórios de *Follow Up*.

A equipe do CRDI-Fênix, atualmente, é composta por profissionais de pediatria, neuropediatra e fonoaudiologia com apoio dos demais profissionais que compõem o quadro do Ambulatório de Especialidades do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti (Campinas, SP, Brasil), local em que se insere o Ambulatório de *Follow Up* do estudo.

O agendamento dos bebês é realizado pela Maternidade Campinas no máximo até uma semana após a alta hospitalar, bem como pelas Unidades de Saúde da cidade de Campinas por meio do Serviço de Agendamento On Line (SOL). O acolhimento inicial no CRDI-Fênix é realizado pela pediatra, profissional responsável pelo fluxo dos usuários no contexto dessa equipe. As consultas são realizadas por cada membro da equipe, seguindo-se um protocolo de atendimento próprio de cada especialidade. Além disso, os pais ou responsáveis são convidados a participar de um grupo de orientação e, juntamente com a equipe, são encorajados a trocar experiências acerca das dificuldades, angústias e experiências no cuidado com o bebê.

O serviço segue as diretrizes da Política Nacional de Humanização[9], particularmente no sentido da Clínica Ampliada (compromisso com o sujeito e o coletivo) e desenvolve o acolhimento e construção de uma rede de cuidados,

tendo em vista superar a fragmentação da rede e do processo de trabalho[11]. Deste modo, procura estabelecer vínculos e responsabilização de diversas equipes (Maternidade, Unidade Básica de Saúde, Centros de Reabilitação), seguindo a lógica de uma rede de cuidados, a partir da articulação com várias unidades e instituições do município na perspectiva de atenção integral ao sujeito e sua família. Este projeto recebeu o Prêmio Experiências Exitosas do Paidéia, em setembro de 2003, oferecida pela Prefeitura Municipal de Campinas.

Os critérios de inclusão no CRDI-Fênix[10] são: recém nascido pré termo com idade gestacional menor ou igual a 34 semanas, bebês com peso menor ou igual a 1500 gramas, desnutridos severos intra uterinos, asfixia severa no período peri-natal, afecções neurológicas, afecções genéticas, malformações e tocotraumatismos.

Uma vez detectado atraso em qualquer área do desenvolvimento da criança, os pais recebem orientações específicas, bem como é agendado um novo retorno do caso. Quando necessário, a família é encaminhada para outros especialistas, como terapeutas ocupacionais, fisiatras e fisioterapeutas. A alta do serviço é dada quando se considera que houve evolução no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) em aspectos como aquisição da marcha e desenvolvimento da linguagem e das funções motoras orais

Esta proposta foi em 2006 inserida no Banco de Projetos do Humanizasus[10] e em 2008, passou a fazer parte do Caderno de Saúde da Criança da Prefeitura Municipal de Campinas[12].

Considerando-se que o Ambulatório de Desenvolvimento Infantil – CRDI-Fênix, tem desenvolvido suas ações há alguns anos, é importante que se realize

uma avaliação do serviço, foco deste artigo, como subsídio para aprimoramento desse processo de trabalho voltado ao cuidado à saúde da população atendida com vistas ao aprimoramento da qualidade de assistência à saúde desse grupo populacional.

O Programa Nacional Avaliação de Serviços de Saúde[13] alerta sobre a importância de se criar mecanismos de avaliação e de controle da qualidade assistencial. Assim como alguns autores[14] enfatizam a importância da opinião aqueles aos quais os serviços se destinam. Os resultados da avaliação constituem em importante subsídio para reorganização das ações e serviços de forma a contemplar as necessidades de seu público bem como dando maior racionalidade ao uso dos recursos.

Em 1999, outros autores [15] desenvolveram um modelo de avaliação de programas/intervenções em saúde e nutrição que utilizam dois eixos: o primeiro estuda o tipo de indicador necessário para a avaliação e o segundo, o grau de inferência exigido para a tomada de decisões. Deste modo, o tipo de indicador escolhido depende do uso que se quer dar ao resultado da avaliação. Indicadores de oferta, utilização e cobertura analisam o processo; indicadores de impacto, o resultado.

Historicamente, a literatura mostra que a qualidade assistencial tem sido, frequentemente avaliada por profissionais encarregados da assistência prestada. No entanto, o aumento do conhecimento proporcionado pelo maior acesso às informações, tornaram as pessoas mais conscientes de seus direitos, levando a sociedade, ao exercer sua cidadania, a exigir o oferecimento de um serviço de saúde de qualidade e equidade de acesso à população. Tais fatores associados

aos altos custos da assistência estão direcionando as instituições públicas a buscarem evidências objetivas de que os serviços de saúde estão sendo providos, de maneira eficiente e com qualidade. Conseqüentemente, há maior busca por metodologias de avaliação que envolva o usuário[13].

Diante do exposto, justifica-se a necessidade de estudos como o aqui proposto, em que se busca avaliar o serviço, no caso o CRDI- FENIX, a partir de indicadores de cobertura (proporção da população-alvo atingida pelo programa/intervenção) e de utilização (proporção de uso do serviço da população alvo) Para tanto, foram investigados os índices de utilização parcial e integral a partir do fluxo de atendimento desse Ambulatório de *Follow Up* no período de 12 meses. Além disso, procurou-se também investigar a avaliação do serviço com aqueles a quem ele se destina, ou seja, os usuários, no caso os cuidadores - pais dos bebês atendidos no serviço.

O objetivo do estudo volta-se, portanto, à avaliação do serviço quanto à cobertura e utilização integral e parcial como também à avaliação da assistência na perspectiva do usuário cuidador quanto a qualidade do atendimento, resolutividade da assistencia e vinculo usuário/cuidador/equipe.

SUJEITOS E MÉTODO

Trata-se de pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa aprovada pela Comissão Ética e Pesquisa da FCM/UNICAMP sob nº560/2008 e pela Comissão de Ética do Hospital Municipal Mário Gatti sob nº076/2008.

Foi feito estudo retrospectivo dos prontuários para: levantamento dos sujeitos que foram encaminhados e que entraram no serviço de junlho de 2005 a

junho de 2006 para constituição do *corpus* da pesquisa e caracterização do perfil da população atendida.

As entrevistas foram realizadas com os cuidadores dos sujeitos que receberam alta do serviço até o período da coleta de dados (julho de 2008) dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS) para análise qualitativa do serviço.

Foram identificados 114 sujeitos no período estudado, porém como houve extravio de 6 prontuários, foram analisados 108 prontuários institucionais, que possibilitaram a caracterização da demanda atendida quanto ao local de moradia, acompanhamento multidisciplinar, tempo de permanência no serviço e de abandono.

Os indicadores de cobertura e de utilização parcial e integral foram calculados a partir do fluxo de atendimento originado na Maternidade de Campinas no período de julho de 2005 a junho de 2006.

O indicador de cobertura permite a identificação da proporção da população-alvo atingida pelo programa/intervenção e o indicador de utilização quanto o serviço propicia de assistência ao usuário. Foi calculada a utilização integral e parcial do programa. As fórmulas dos cálculos foram desenvolvidas por um profissional especializado da área de estatística tomando-se como base os referenciais de avaliação de serviço (Habitch et al,1999)[15] adotados neste estudo.

O indicador de cobertura é calculado por meio da estimativa da demanda do serviço, ou seja, corresponde ao número de bebês passíveis de risco que chegam ao programa, conforme a fórmula que se segue:

$$DEMANDA = \frac{(nº\ de\ bebês\ PASSÍVEIS\ DE\ RISCO)_{SUS\ QUE\ CHEGAM}}{nº\ de\ nascimentos\ na\ maternidade\ de\ Campinas}$$

Para análise da utilização integral do serviço, tomou-se como referência o número de bebês passíveis de risco que permaneceram no programa até o final do período de atendimento estabelecido, segundo critério de alta da equipe do serviço. Segue a fórmula utilizada para o cálculo:

$$UTILIZAÇÃO\ INTEGRAL = \frac{(nº\ de\ bebês\ PASSÍVEIS\ DE\ RISCO - FINALIZAM\ O\ PROGRAMA)_{SUS}}{nº\ de\ bebês\ PASSÍVEIS\ DE\ RISCO}$$

Para investigação da utilização parcial é considerado o número de bebês passíveis de risco que compareceram ao menos à primeira consulta do programa, mas que não finalizaram o processo de atendimento, como demonstrado na fórmula que se segue:

$$UTILIZAÇÃO\ PARCIAL = \frac{(nº\ de\ bebês\ PASSÍVEIS\ DE\ RISCO - NÃO\ FINALIZAM\ O\ PROGRAMA)_{SUS}}{nº\ de\ bebês\ PASSÍVEIS\ DE\ RISCO}$$

Em relação ao estabelecimento do *corpus dos sujeitos* para entrevista, embora tenha se encontrado que 48 sujeitos receberam alta no período estudado, foram entrevistados apenas 13 cuidadores de 11 bebês de risco, uma vez que os demais usuários não puderam ser localizados por razões variadas (mudança de

endereço ou de telefone na maioria dos casos ou por terem se recusado a participar do estudo).

Nas entrevistas foi aplicado um questionário semi-estruturado denominado de “Avaliação do Acompanhamento de *Follow Up* do Usuário”, no qual foram abordados a qualidade do atendimento da equipe, a resolutividade da assistência e o vínculo entre usuário/cuidador/ equipe para análise da assistência no Programa na perspectiva do usuário cuidador.

As entrevistas foram realizadas por uma das pesquisadoras signatárias deste artigo e foram gravadas em vídeo e transcritas ortograficamente. Foram realizadas leituras flutuantes dos dados para estabelecimento das categorias de análise segundo os critérios de repetição e de relevância. Pelo critério de repetição busca-se o que é comum nos depoimentos, ou seja, as colocações reincidentes e pelo critério de relevância, seleciona-se os conteúdos relevantes aos objetivos da pesquisa para o pesquisador[16].

RESULTADOS

Apresentam-se aqui os resultados referentes ao fluxograma de atendimento do serviço, aos indicadores de cobertura e de utilização parcial e integral do serviço, tempo de permanência até o abandono e o índice de adesão e de abandono dos usuários. Além destes, são apresentados também, os achados relativos à opinião dos cuidadores quanto ao acompanhamento multidisciplinar, o vínculo entre usuário/cuidador/ equipe e a resolutividade da assistência.

Fluxograma do Atendimento do CRDI-Fênix e a cobertura e utilização do serviço

Os achados mostram que no período de julho de 2005 a junho de 2006, nasceram 7.129 bebês na Maternidade de Campinas (SP, Brasil), dos quais 766 (10,74%) necessitaram de cuidados especiais, tendo sido encaminhados para a Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal ou para Berçários de Médio Risco, segundo as necessidades de cada caso. Destes, 434 crianças (6,09%) eram oriundos do Sistema Único de Saúde e 332 (4,66%) de convênios e/ou particulares. Dos 434 bebês, 114 (1,60%) crianças apresentaram risco de desenvolvimento e foram recebidos no CRDI –FENIX, conforme demonstra o Fluxograma de Atendimento (vide Figura 1) que se segue:

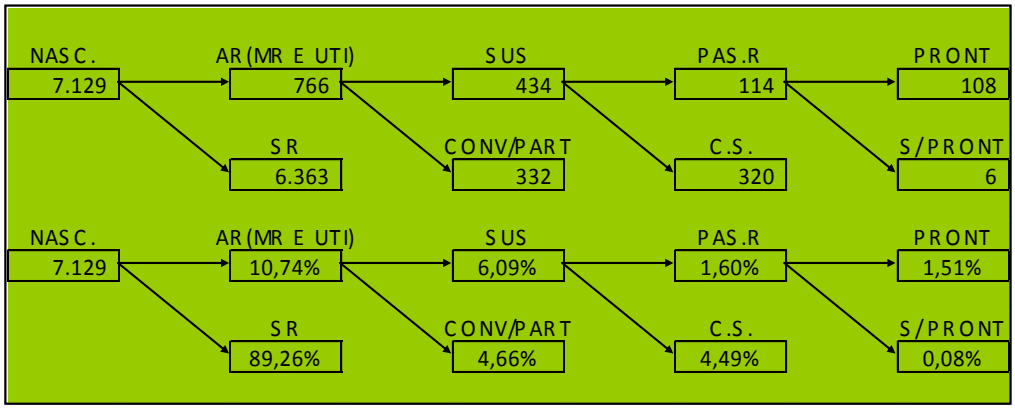

Figura 1 - Fluxograma de Atendimento do CRDI-FENIX de julho de 2005 a junho de 2006

Legenda: NASC = número total de nascimentos no período; **AR** = bebes de alto risco; **MR** = Berçário de Médio Risco; **UTI** = Unidade de Terapia Intensiva; **SUS** = Bebês atendidos pelo Sistema Único de Saúde; **PAS.R** = bebês passíveis de risco; **PRONT** = prontuários; **SR** = bebês sem risco; CONV= Bebês atendidos por convênios; PART= Bebês atendidos particularmente; CS= Centro de Saúde; S/PRONT= bebês sem prontuário

Do total de nascimentos no período estudado, foram encaminhados 10,74% para atendimento em berçário de médio risco e UTI Neonatal. Sendo que desses,

mais da metade (56,65%) pertenciam ao SUS. Do total de pacientes SUS dependentes que receberam cuidados especiais em UTI neonatal ou berçário de médio risco 26,26% foram encaminhados ao CRDI-Fênix[11], por apresentarem alto risco para desvio do desenvolvimento neuropsicomotor.

Dos 108 sujeitos estudados, 85 são moradores de Campinas e 23 são de outras cidades. Os achados indicam que houve adesão ao Programa Fênix de 53% dos sujeitos. Daqueles que abandonaram (47%), 46% são de Campinas e 52% de outras cidades. Em relação ao tempo de permanência no serviço até o abandono, 14 (28%) dos sujeitos permaneceram até a primeira consulta, 7 (14%) até o primeiro mês de atendimento, 13 (26%) até 6 meses, 10 (20%) até 1 ano e os demais 6 (12%) mais de um ano de atendimento, conforme demonstra o Gráfico 1:

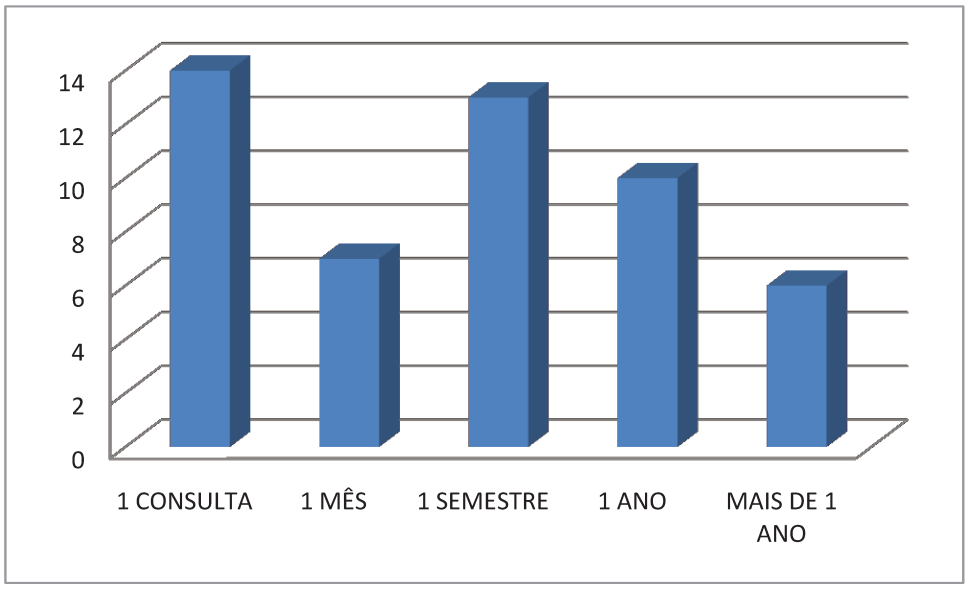

Gráfico 1 – Tempo de permanência no CRDI – FÊNIX até o abandono

A partir das fórmulas (expostas anteriormente) para análise da cobertura verifica-se que do total de bebês SUS dependentes que necessitaram de cuidados especiais em UTI neonatal ou Berçário de Médio Risco que chegaram ao serviço foi de 1,60%, sendo que a utilização integral do serviço foi de 52,78% e a utilização parcial foi de 47,22%.

Avaliação da assistência na perspectiva dos usuários

Os resultados das entrevistas com os familiares evidenciam um alto grau de satisfação daqueles cujas crianças receberam alta no período estudado. Em relação à qualidade do atendimento no serviço, 12 sujeitos referiram-se ao conceito ótimo e 1 sujeito, bom. Segue depoimento de um dos sujeitos que ilustra esse aspecto:

> *"Eu acho que todo o atendimento todas as orientações que nós tivemos foi especial... foi necessária né? Eu acho que é um conjunto de todo mundo ali...* (Sujeito 2)

Em relação à resolutividade da assistência, 12 sujeitos indicaram que foi ótima e 1 sujeito, que foi boa, como demonstra um trecho do depoimento do Sujeito 7 :

> *"Foi muito bom... nossa!... ajudou bastante... tudo que eu tinha duvidas assim esclareceram completamente... foi uma escola para mim..."* (Sujeito 7)

Na questão acerca do vínculo estabelecido com a equipe do serviço, 9 sujeitos referiram que foi ótimo o vínculo com a equipe, 1 sujeito indicou que foi bom esse vínculo. Além disso, dois sujeitos fizeram referência ao ótimo vínculo estabelecido com o médico e outro sujeito apontou o bom vínculo estabelecido com o médico. Nesse sentido, cabe ressalvar, que as entrevistas evidenciam que nem sempre o usuário tinha clareza acerca da especialidade do profissional que o atendeu, destacando o cuidado recebido, sem saber, às vezes, discriminar qual membro da equipe era responsável pelo atendimento. Segue depoimento que evidencia a relação usuário/profissional/equipe na produção do cuidado no serviço:

> *"Muitos interessados... interesses de verdade... sem contar que antes e depois da consulta, se a gente esquecia de alguma coisa, voltava para confirmar e a gente era atenciosamente correspondido por cada um deles!"*
>
> (Sujeito 13)

DISCUSSÃO

A necessidade de leitos neonatais depende da freqüência de nascimentos prematuros e de alto risco com indicação de UTI, havendo grandes diferenças regionais, e até mesmo entre maternidades de uma mesma cidade. Em Swyer[17], Canadá, é de 4,7: 1000, em Wisconsin[18], EUA, é de 2:1000, ambos considerando como 7% a taxa de nascimentos prematuros. No trabalho de Barbosa et al[19], 2002, no Rio de Janeiro, encontrou-se uma média de 7% para a taxa de internações em

UTI-Neonatal em relação ao número de nascimentos no Estado. A Maternidade de Campinas é referência para atendimento de gestantes de risco, com média de 10% dos nascimentos encaminhados para UTI neonatal e Berçário de Médio Risco.

Os achados relativos ao percentual de bebês passíveis de risco encaminhados ao CRDI-Fênix reiteram a importância da criação do serviço para o acompanhamento diferenciado desses sujeitos.

O estabelecimento de uma rede de cuidados, integrando várias equipes responsáveis pelo cuidado (Maternidade de Campinas, a rede de atenção básica do Município e o CRDI-Fênix), um acolhimento que busca desenvolver uma escuta qualificada ao usuário, respeitando-se suas singularidades, demandas e histórias, aliados à utilização dos referenciais de clínica ampliada e equipe de referência[20], contribuíram para um atendimento mais humanizado, evitando a fragmentação da rede assistencial e do processo de trabalho. Razões indicadas por alguns autores [6], dentre outras, como fatores existentes em nosso país em algumas regiões para que melhores resultados perinatais não sejam alcançados.

A análise da associação entre as variáveis entre abandono mostra que, quando há atendimento por todas as especialidades que compõe a equipe, o número de abandonos é menor, o que evidencia a importância da atuação multidisciplinar.

As causas do abandono necessitam de maiores estudos, porém os dados do IBGE[21] apontam dados interessantes que ajudam a compreender o índice de abandono encontrado em nosso estudo (p.ex. a cultura de procura aos serviços de saúde baseados na doença). Dessa forma levanta-se como uma das hipóteses

prováveis, a necessidade de maior compreensão/aceitação de proposta de intervenção precoce.

Verifica-se também em relação à avaliação do serviço na perspectiva do usuário, que os resultados encontrados são similares aos do IBGE (2003) [21], mostrando que a maioria dos serviços foram bem avaliados.

Observa-se que a responsabilização do cuidado, o acolhimento e o vínculo estabelecido entre os profissionais de saúde e os usuários assumem grande importância para a efetividade dessas ações[11].

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou um levantamento da população de alto risco SUS - dependente nascida na Maternidade de Campinas, no município de Campinas-SP no período estudado e possibilitou analisar a proporção da população-alvo atingida pelo programa/intervenção, mostrando a importância da cobertura do CRDI-Fênix no atendimento da população de risco no município de Campinas. Verifica-se adesão do serviço, mas também a necessidade de aprofundar os estudos de causas de abandono para que se possam criar mecanismos capazes de minimizá-lo.

Além disto os resultados evidenciam o grau de satisfação da assistência desenvolvida no CRDI-Fênix na perspectiva do usuário cuidador. O exercício da clínica ampliada, respeitando-se as singularidades e valores de cada sujeito, implica no estabelecimento de vínculo e co-responsabilização na produção de saúde. Cada avanço é resultado do esforço e empenho conjunto de todos os

atores sociais envolvidos, sejam os usuários, sejam os profissionais do serviço, seja a rede de cuidados estabelecida.

Por fim a avaliação de serviço por meio dos indicadores estudados e a escuta ao usuário revela-se como uma ferramenta eficaz para se conhecer melhor o processo de trabalho do serviço. Traz subsídios centrados na perspectiva do usuário, que contribuem para mudanças, adequação e aprimoramento da assistência à saúde no contexto da atenção integral, promoção da saúde e favorecimento da qualidade de vida do grupo populacional estudado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lopes SMB. Organização de um Programa de Acompanhamento do Recém-Nascido de Risco. In: Lopes SMBL e Lopes JMAL, organizadores. Follow up do Recém-Nascido de Alto Risco. Rio de Janeiro: Editora Medsi; 1999. p. 5-16.
2. Piovesana AMSG; Gonçalves VMG., Neuroplasticidade. In: Moura-Ribeiro MVL, Gonçalves VMG (org). Neurologia do Desenvolvimento da Criança. Rio de Janeiro: Revinter, 2006, p130-141.
3. Brasil. Ministério do Bem-Estar Social. CORDE (Coordenadoria para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência). *Plano nacional de ação conjunta para a integração da pessoa deficiente*. Comitê Nacional para a Educação Especial, Rio de Janeiro, 1986.
4. Conner J.M, Nelson E.C. Neonatal Intensive Care: satisfaction measured from a parent's perspective. Pediatrics. 103(Suppl):332-49, 1999.

5. Cisneros K.A, Coker K, Dubuisson A.B, Swett B, Edwards W.H. Implementing potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units: successes and challenges. Pediatrics. 111(4):e450-460, 2003.
6. Carvalho, M; Gomes, MASM. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. J. Pediatr. 8(1): S111-118, 2005.
7. Méio MDBB, Lopes CS, Morsch DS. Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. Rev Saúde Pública. 37(3):311-318, 2003.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004.
9. Procianoy RS, Guinsburg R. Avanços no manejo do recém-nascido prematuro extremo. J Pediatr 2005; 81: S1-2.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Humanizasus- Banco de Projetos – Centro de Referência em Desenvolvimento Infantil Fênix, 2006. Brasília, 2006.
11. Campos, GWS. Clinica e Saúde Coletiva Compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GW, Minayo MC, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (organizadores). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006, p.41-80.
12. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Caderno Saúde da Criança. Campinas, 2008, p.65-66.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde- Relatório 2004-2006. Brasília, 2007.

14. Akerman M; Nadanovsky P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê?. Cad. Saúde Pública, v. 8, n. 4, p 361-5,1992.
15. Habicht JP, Victoria CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. Intern J Epidemiology. v28 p10-18, 1999.
16. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis; Vozes, 2003.
17. Swyer PR. Organisation of perinatal/neonatal care. Acta Paediatr Suppl 1993; 385:1-18.
18. Fanaroff AA, Graven SN. Perinatal services and resources. In: Fanaroff AA and Martin RJ. Neonatal-Perinatal Medicine. 5ed. St. Louis: Mosby Year Book, 1992.
19. Barbosa AR, Cunha AJLA, Carvalho ERM, Portella AF, Andrade MPF, Barbosa MCM. Trabalho realizado no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG), da UFRJ – Rio de Janeiro Rev Assoc Med Bras; 48(4): 303-11, 2002.
20. Campos GWS; Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. 23(2):399-407, 2007.
21. Brasil. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde-Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios-2003. Rio de Janeiro, RJ: IBGE; 2004.

VI-DISCUSSÃO GERAL

Os achados relativos ao percentual de bebês passíveis de risco encaminhados ao CRDI-Fênix reiteram a importância da criação de serviços de seguimentos longitudinais para o acompanhamento diferenciado desses sujeitos, como pontuam Lopes e Lopes (1999).

O Programa de Assistência à Saúde Perinatal, em 1991, enfatiza a importância da qualidade assistencial recebida pelo binômio mãe-bebê, para que seja possível a diminuição da mortalidade perinatal evitável, ou seja, a melhora na qualidade do acesso e a utilização dos serviços de saúde.

O estudo dos indicadores de oferta possibilitou analisar as demandas de encaminhamento e de chegada do serviço, fornecendo subsídios para maior compreensão do fluxo de atendimento desse grupo populacional. O aumento desse grupo, conforme colocam Lopes e Lopes (1999), implica a necessidade de avaliação e de reestruturação dos serviços oferecidos em Ambulatórios de *Follow Up*, como no caso do CRDI-Fenix, e portanto, estudos que envolvam tal temática, como o aqui desenvolvido, podem fornecer importantes subsídios, como mostram os resultados, para que os serviços possam melhor se organizar para o recebimento desta crescente demanda.

Os achados evidenciam a efetividade da articulação entre as equipes envolvidas na assistência dos sujeitos estudados, no caso, a Maternidade de Campinas e o CRDI-Fênix, o que contribui para superar a fragmentação da rede assistencial e fragmentação do processo de trabalho, razões indicadas por Carvalho e Gomes (2005), dentre outras, como fatores existentes em nosso país

em algumas regiões para que melhores resultados perinatais não sejam alcançados. A avaliação da rede de cuidados configurada pelo serviço permite dimensionar o quanto a população aceita o esquema criado. Habicht et al (1999), ao abordarem os modelos de avaliação de serviços, apontam a necessidade de que a população aceite o programa e o utilize para que produza impacto na sua saúde. Os resultados indicam uma porcentagem significativa de adesão e de utilização do serviço.

Em relação ao acolhimento, como concebido na proposta do Humaniza-SUS (Brasil, 2008), os resultados evidenciam que a possibilidade de continuidade do atendimento no CRDI-FENIX, após a saída da maternidade, por meio da rede de cuidados estabelecida, contribui para que essas famílias se sintam acolhidas frente as dificuldades, angústias e dúvidas diante de uma nova situação – o cuidar de um bebê de risco. Tal fato se inicia no agendamento, que se mostra eficiente na perspectiva dos cuidadores, e segue no próprio atendimento no Ambulatório.

Nos termos de Campos (2006), observa-se que a responsabilização do cuidado, o acolhimento e o vínculo estabelecido entre os profissionais de saúde e os usuários assumem grande importância para a efetividade dessas ações, como mostram as opiniões dos usuários cuidadores.

A análise da associação entre as variáveis entre abandono mostra que quando há passagem por todas as especialidades que compõe a equipe, o número de abandonos é menor, o que evidencia a importância da atuação multidisciplinar.

As causas do abandono necessitam de maiores estudos, porém os dados do IBGE (*Acesso e Utilização de Serviços de Saúde-Pesquisa Nacional por*

Amostra de domicílios-2003) apontam dados interessantes que ajudam a compreender o índice de abandono encontrado em nosso estudo (P. ex. a cultura de procura aos serviços de saúde baseados na doença). Dessa forma levanta-se como uma das hipóteses prováveis, a necessidade de maior compreensão/aceitação de proposta de intervenção precoce. Evidentemente as causas de abandono carecem de mais estudo.

Verifica-se também em relação à avaliação do serviço na perspectiva do usuário, que os resultados aqui encontrados são similares aos do IBGE (2003), os quais mostram que, no geral, a maioria dos serviços foram bem avaliados.

De acordo com o Programa Nacional Avaliação Serviços de Saúde - Relatório 2004-2006 (Brasil, 2007), o planejamento e a gestão do serviço depende do conhecimento das necessidades de seu público alvo, para que se possa dar maior racionalidade ao uso dos recursos. A estrutura organizacional tem um impacto direto na qualidade do processo que, por sua vez, se reflete na melhora dos resultados. Dessa forma o estudo dos indicadores estudados traz subsídios que podem favorecer maior impacto do programa.

VII-CONCLUSÃO GERAL

CONCLUSÃO GERAL

O estudo possibilitou o conhecimento da população de alto risco SUS - dependente nascida na Maternidade de Campinas, no município de Campinas (São Paulo, Brasil), que freqüenta o CRDI-Fênix. O delineamento do fluxograma de atendimento do serviço no período estudado possibilitou analisar a disponibilidade e acesso de ações ou atividades do programa/intervenção para a população-alvo, por meio da capacidade de oferta do serviço, bem como da demanda de encaminhamento e de chegada ao serviço. Além disto, proporcionou o conhecimento da população-alvo atingida pelo programa/intervenção bem como o quanto o serviço é utilizado.

Verifica-se, assim, a utilidade dos indicadores de oferta para avaliação da entrada no serviço, mostrando a sua eficiência em dimensionar qual a percentagem de bebês passíveis de risco que necessitaram ser encaminhados, o número de pacientes que chegaram ao Ambulatório e a capacidade de oferta oferecida pelo serviço. Desta forma, encontram-se subsídios para adequação e oferecimento de um serviço de melhor qualidade à população, aproximando-o mais da realidade e necessidade dos usuários.

Os achados apontam a importância de se estudar as causas de abandono nesta população de risco específica, para que se possa criar mecanismos capazes de minimizá-lo.

Os usuários/cuidadores indicam satisfação em relação à qualidade, resolutividade da assistência e a importância do acompanhamento multidisciplinar do CRDI-Fênix.

A avaliação de serviço, portanto, revela-se como uma ferramenta eficaz para se conhecer melhor o processo de trabalho no qual o serviço se fundamenta.

O exercício da clínica ampliada, em que se assenta este trabalho, respeitando-se singularidades e valores individuais e da coletividade, além do vínculo e co-responsabilização dos atores sociais envolvidos na produção do cuidado à saúde dessa população, implica compromisso e empenho de cada um e torna cada conquista um mérito de todos em prol da atenção integral humanizada e favorecimento da qualidade de vida dos sujeitos.

A abordagem de trabalho adotada, centrada na perspectiva do usuário, abre novos horizontes e contribui para subsidiar mudanças no serviço com vistas à adequação e aprimoramento da assistência à saúde no contexto da atenção integral e promoção da saúde deste grupo populacional.

VIII- BIBLIOGRAFIA GERAL

VIII.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VIII- BIBLIOGRAFIA GERAL

Akerman M; Nadanovsky P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê?. Cad. Saúde Pública, v. 8, n. 4, p 361-5,1992.

Brasil. Ministério da Saúde. CORDE (Coordenadoria para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência). Plano nacional de ação conjunta para a integração da pessoa deficiente. Rio de Janeiro: Comitê Nacional para a Educação Especial, 1986.

Brasil. Programa de Assistência à Saúde Perinatal. Bases Programáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

Brasil. Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco. Portaria nº 3.016, de 19 de junho de 1998. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

Brasil. Programa de Humanização no Pré natal e Nascimento. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

Brasil. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde-Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios-2003. Rio de Janeiro, RJ: IBGE; 2004.

Brasil. Humanizasus. Banco de Projetos – Centro de Referência em Desenvolvimento Infantil.- Fênix Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde-PNASS. Relatório 2004-2006. Brasília: Ministério da Saúde 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Humanizasus. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS 2008. Brasília, 2008.

Campos, GWS. Clinica e Saúde Coletiva Compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GW, Minayo MC, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006, p.41-80.

Campos GWS; Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. 23(2):399-407, 2007.

Carvalho, M; Gomes, MASM. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. J. Pediatr. 8(1): S111-118, 2005.

Cisneros K.A, Coker K, Dubuisson A.B, Swett B, Edwards W.H. Implementing potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units: successes and challenges. Pediatrics. 111(4):e450-460, 2003.

Conner J.M, Nelson E.C. Neonatal Intensive Care: satisfaction measured from a parent's perspective. Pediatrics. 103(Suppl):332-49, 1999.

Escobar G.J, Steven J, Gardner M.N, Armstrong M.A, Folk B.F, Carpenter D.M. Rehospitalization in the first two weeks after discharge from the neonatal intensive care unit. Pediatrics. 104(1):1-9 1999.

Gomes MASM; Lopes JMA; Moreira MEL; Gianini NOM. Assistência e mortalidade neonatal no setor público do Município do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise do período 1994-2000. Cad Saúde Pública. 21(40):1269-1277, 2005.

Habicht JP, Victoria CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy,plausibility and probability of public health programme performance and impact.Intern J Epidemiology. v28 p10-18, 1999.

Lamy Filho, F. Avaliação dos resultados neonatais do Método Canguru no Brasil. J. Pediatr. 84(5): 428-435, 2008.

Lansky, S; França, E; Leal, MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. Rev. Saúde Pública. 36(6): 759-772, 2002.

Lopes SMB. Introdução. In: Lopes SMBL e Lopes JMAL, organizadores. Follow up do Recém-Nascido de Alto Risco. Rio de Janeiro: Editora Medsi, 1999, p. 1-4.

Lopes SMB. Organização de um Programa de Acompanhamento do Recém-Nascido de Risco. In: Lopes SMBL e Lopes JMAL, organizadores. Follow up do Recém-Nascido de Alto Risco. Rio de Janeiro: Editora Medsi; 1999. p. 5-16.

Méio MDBB, Lopes CS, Morsch DS. Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. Rev Saúde Pública. 37(3):311-318, 2003.

Piovesana AMSG; Gonçalves VMG. Neuroplasticidade.In: Moura-Ribeiro MVL, Gonçalves VMG (org). Neurologia do Desenvolvimento da Criança. Rio de Janeiro: Revinter, 2006, p.130-141.

Procianoy RS, Guinsburg R. Avanços no manejo do recém-nascido prematuro extremo. J Pediatr (Rio J). 2005; 81:S1-2.

Turato, ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

IX-ANEXOS

ANEXO I- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PAIS

Eu,_____RG_____, responsável por _____dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário(a) do projeto de pesquisa: **" ACOMPANHAMENTO MULTIDISCIPLINAR EM UM AMBULATÓRIO DE FOLLOW UP DE BEBÊS DE RISCO NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO CUIDADOR",** sob responsabilidade da pesquisadora Denise Sayuri Maruo Meira (aluna do Mestrado Profissional - CEPRE, UNICAMP) e orientação da Profª Drª Regina Yu Shon Chun (docente do Mestrado Profissional CEPRE, UNICAMP), sendo que uma cópia do projeto encontra-se à disposição. Fui esclarecido (a) pela pesquisadora responsável e tenho ciência de que:

- O objetivo é analisar o acompanhamento multidisciplinar recebidos pelos bebês com risco de apresentarem problemas no seu desenvolvimento neuropsicomotor e avaliar o atendimento recebido durante o acompanhamento do recém nascido nesse ambulatório.
- Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de avaliação sobre a qualidade e eficácia do atendimento.
- Os procedimentos da pesquisa serão: estudo dos prontuários da criança e entrevista gravada em vídeo realizada pela médica Denise Sayuri Maruo Meira.
- Não estão previstos riscos nem desconfortos pela participação nesta pesquisa, porém caso ocorram, minha participação poderá ser interrompida a qualquer momento por minha solicitação ou da pesquisadora responsável;
- Minha participação nesta pesquisa não implica em nenhum gasto adicional para minha criança ou para mim e, portanto, a pesquisadora não prevê nenhuma forma de reembolso pela minha participação neste estudo. Também não terei nenhum custo referente à pesquisa. No caso de ocorrerem quaisquer despesas em função da minha participação serei reembolsada pela pesquisadora. Esse reembolso se refere apenas a despesas que eu venha a ter pela participação exclusiva nesta pesquisa e que não teria se não participasse. Este item não se aplica aos gastos que tenho na rotina da assistência médica ou de outras áreas que meu filho realiza no CRDI-Fênix como o transporte de casa para o atendimento no hospital.
- A pesquisadora responsável garante o sigilo da identidade minha criança e dos dados confidenciais obtidos na entrevista ou do prontuário do setor que, de algum modo, possam provocar constrangimentos ou prejuízos a mim ou à minha criança, garantindo que os dados serão utilizados exclusivamente para fins didáticos e/ou científicos.
- Tenho a liberdade de interromper a participação neste estudo a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer espécie, como na assistência médica e de outras especialidades que o(a) meu (minha) filho(a) recebe no serviço do Ambulatório de Especialidades .
- Posso solicitar quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento.

Data: Assinatura: _____

Contatos:

Pesquisadora: (19) 97722156

Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP: (19) 3521-8936

CEPRE: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – Barão Geraldo – Campinas/SP, Tel: 19 3521 8813

ANEXO II- Roteiro de Entrevista

I - Dados de identificação da criança:

Nome: Data nascimento:

Hipótese diagnóstica:

Seguimento atual:
Escolaridade atual:

Nome do cuidador:

Profissão:

Escolaridade:

Número de filhos:

II. Dados do pré natal e do parto

Quantas consultas foram realizadas:

Uso de remédios na gravidez:

Uso de fumo e de bebidas alcoólicas em qual quantidade

Seguimento das orientações do pré-natal:

Tipo de parto:

Indicação do tipo de parto:

Local do parto

III. Dados de seguimento no CRDI-Fênix

Data primeira consulta:

Tempo de seguimento:

Profissionais envolvidos:

IV. Avaliação do serviço

1- Conte um pouco, como foi seu encaminhamento para esse ambulatório

2- Como você avalia o atendimento recebido pelo seu filho (a) durante o acompanhamento recebido?
3- Como está o desenvolvimento geral do seu filho quanto a:
    a. Crescimento físico
    b. Fala
    c. Visão
    d. Alimentação
4- Você sabe dizer quais os profissionais que atenderam seu filho (a), aqui no ambulatório?
5- Nessas consultas você conseguia tirar as dúvidas em relação aos cuidados do seu filho?(Justifique a re sposta)
6- Desses profissionais quais orientações você seguiu? Quais você acha que deram mais resultados? Como você utiliza as orientações no seu dia a dia?
7- Quais orientações você sentiu mais dificuldades em seguir? Por que?
8- Quais orientações você acha que ajudaram mais seu filho?
9- Fale um pouco sobre como você sentiu o trabalho de cada profisional
10- Dê sua opinião sobre a forma de atendimento do serviço quanto a (o):
    a. Agendamento na Maternidade
    b. Realizar consultas com vários profissionais no mesmo dia
    c. Quantidade de informações recebidas
11- Você quer falar mais alguma coisa sobre o trabalho da equipe? Você tem alguma crítica ou sugestão?

ANEXO III - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

Título do Projeto: Análise do acompanhamento multidisciplinar de bebês de risco em uma maternidade de uma cidade de médio porte do interior de SP na perspectiva do usuário cuidador

Eu, Denise Sayuri Maruo Meira, pesquisadora responsável pelo presente projeto me comprometo a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa, cujos dados serão coletados em prontuários (ou base e/ou banco de dados) do Hospital Municipal Doutor Mário Gatti. Concordo que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. Comprometo-me, igualmente, a fazer divulgação dessas informações coletadas somente de forma anônima.

Campinas, ____ de _____ de 2008____.

Assinatura Denise Sayuri Maruo Meira

ANEXO IV – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA – HMMG

O Comitê de Ética em Pesquisa deste hospital, que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CNS/MS sob o registro 25000.061914/2005-91 analisou:

Projeto nºCEP: 030/08 **CAAE:** **Projeto nºCEPEC: 076/2008**

Título: "ACOMPANHAMENTO MULTIDISCIPLINAR EM UM AMBULATÓRIO DE FOLLOW UP DE BEBÊS DE RISCO NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO CUIDADOR"

Pesquisadores Responsáveis/ Orientadores: Denise Sayuri Maruo Meira / Regina Yu Shon Chun

Pesquisadores Executantes: Denise Sayuri Maruo Meira

Classificação Temática: 4.00 Ciências em Saúde, 4.01 Medicina Preventiva – Grupo III

Este trabalho foi avaliado pelos relatores do CEP e discutido em plenária no dia 26/08/2008, sendo considerado *APROVADO* **, conforme parecer consubstanciado em anexo, seguindo as diretrizes e normas nacionais e internacionais, especialmente as resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.**

O projeto de pesquisa poderá ser iniciado a partir deste momento. Toda e qualquer alteração ou qualquer evento adverso verificado em decorrência de seu desenvolvimento deverão ser documentados e enviados imediatamente ao CEP-HMMG.

O pesquisador se compromete ainda a encaminhar a este CEP os relatórios semestrais de acompanhamento da implantação deste projeto, sendo o primeiro deles dentro de seis meses a contar desta data.

Campinas, 26/08/2008

Dra. Lenita Noguerol Martins
Presidente do Comitê de
Ética em Pesquisa
CEP - H.M.M.G.

Presidente do CEP-HMMG

RECEBIDO EM 29/09/08

ELISÂNGELA RODRIGUES OLIVEIRA
CEPEC - CEP
HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI

Ciência do pesquisador:

Declaro que recebi este documento em e me comprometo a cumprir as determinações relativas à comunicação formal a este CEP de alterações e eventos adversos e à necessidade de entrega de relatórios periódicos de acompanhamento deste projeto.

Pesquisador / data

ANEXO V – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA – FCM/UNICAMP

UNICAMP

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 22/07/08.
(Grupo III)

PARECER CEP: N° 560/2008 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0452.0.146.000-08

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: **"ACOMPANHAMENTO MULTIDISCIPLINAR EM UM AMBULATÓRIO DE FOLLOW UP DE BEBÊ DE RISCO NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO CUIDADOR".**
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Denise Sayuri Maruo Meira
INSTITUIÇÃO: Hospital Municipal Dr. Mário Gatti
APRESENTAÇÃO AO CEP: 11/07/2008
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 22/07/09 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Analisará o acompanhamento multidisciplinar recebido por bebês de risco em uma maternidade de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, da perspectiva do usuário cuidador.

III - SUMÁRIO

Os critérios de inclusão estão bem estabelecidos para a seleção de bebês que tiveram alta desse ambulatório e que participarão da pesquisa. A pesquisa prevê a realização de uma avaliação, mediante entrevista com a cuidadora do bebê, do atendimento recebido durante o acompanhamento do recém-nascido no ambulatório.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é redigido de forma clara e se ajusta à pesquisa qualitativa a ser realizada com o usuário cuidador de bebê de risco. No entanto, não consta dele a informação de que a entrevista com o cuidador do bebê será gravada em vídeo para posterior análise. Tal análise será qualitativa (considerando a complexidade das relações que o usuário estabelece com atendimento dispensado ao bebê) e quantitativa (total da população atendida; profissionais envolvidos). Na análise dos dados será respeitado o sigilo do entrevistado. O orçamento (de R$1591,80) é para material de consumo e é por conta do pesquisador.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13084-971 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na VII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de julho de 2008.

Profa. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO VI - NORMAS DA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA (ARTIGO 1)

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.
Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. **CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:**

1.1 - Revisão – revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);
1.2 - Artigos – resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
1.3 - Notas – nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 5 ilustrações);
1.4 - Resenhas – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
1.5 - Cartas – crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);
1.6 - Debate – artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
1.7 - Fórum – seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. **Normas para envio de artigos**

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
2.2 - Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.
2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.
2.4 - A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. **Publicação de ensaios clínicos**

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.
3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.
3.3 - As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

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

4. **Fontes de financiamento**

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).
4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. **Conflito de interesses**

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

6. **Colaboradores**

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. **Agradecimentos**

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

8. **Referências**

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/).
8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).
8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote ®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. **Nomenclatura**

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

10. **Ética em pesquisas envolvendo seres humanos**

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.
10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.
10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).
10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.
10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. **Processo de submissão *online***

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/csp/.
11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contado com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br .
11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".
11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. **Envio do artigo**

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos http://www.ensp.fiocruz.br/csp/. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".
12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.
12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.
12.4 - O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.
12.5 - O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.
12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: http://decs.bvs.br/.
12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.
12.8 - *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.
12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.
12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.
12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.
12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e *abstract*; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".
12.15 - *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.
12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
12.18 - *Tabelas*. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.
12.19 - *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.
12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não

serão aceitos.
12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.
12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.
12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.
12.26 - *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.
12.27 - *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".
12.28 - *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br .

13. **Acompanhamento do processo de avaliação do artigo**

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

14. **Envio de novas versões do artigo**

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos http://www.ensp.fiocruz.br/csp/ do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. **Prova de prelo**

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html.
15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

© 2009 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

ANEXO VII – NORMAS DA REVISTA JORNAL DE PEDIATRIA (ARTIGO 2)

Normas de Publicação

Informações Gerais

Março de 2006

O Jornal de Pediatria é a publicação científica da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), com circulação regular desde 1934. Atualmente, sua versão impressa atinge quase 20.000 leitores e instituições no Brasil e na América Latina. Todo o conteúdo do Jornal de Pediatria está disponível em português e inglês no site **http://www.jped.com.br**, que é de livre acesso. O Jornal de Pediatria é indexado pelo Index Medicus/MEDLINE (**http://www.pubmed.gov**), SciELO (**http://www.scielo.org**), LILACS (**http://www.bireme.br/abd/P/lilacs.htm**), EMBASE/Excerpta Medica (**http://www.embase.com**), Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) Data Bases (**http://www.siicsalud.com**), Medical Research Index (**http://www.purplehealth.com/medical-research-index.htm**) e University Microfilms International.

O Jornal de Pediatria publica resultados de investigação clínica em pediatria e, excepcionalmente, de investigação científica básica. O Jornal de Pediatria aceita a submissão de artigos em português e inglês. Na versão impressa da revista, os artigos são publicados exclusivamente em inglês. A grafia adotada é a do inglês americano. No site, todos os artigos são publicados em português e inglês, tanto em HTML quanto em PDF. Os sócios da SBP também recebem uma cópia impressa da revista em português.

Processo de revisão (Peer review)

Todo o conteúdo publicado pelo Jornal de Pediatria passa por processo de revisão por especialistas (peer review). Cada artigo submetido para apreciação é encaminhado aos editores, que fazem uma revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigência do Jornal de Pediatria e ao atendimento de todas as normas requeridas para envio dos originais. A seguir, remetem o artigo a dois revisores especialistas na área pertinente, selecionados de um cadastro de revisores. Os revisores são sempre de instituições diferentes da instituição de origem do artigo e são cegos quanto à identidade dos autores e local de origem do trabalho. Após receber ambos os pareceres, o Conselho Editorial os avalia e decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Conforme a necessidade, um determinado artigo pode retornar várias vezes aos autores para esclarecimentos e, a qualquer momento, pode ter sua recusa determinada, mas cada versão é sempre analisada pelo Conselho Editorial, que detém o poder da decisão final.

Tipos de artigos publicados

O Jornal de Pediatria aceita a submissão espontânea de artigos originais, comunicações breves, artigos especiais e cartas ao editor.

Editoriais e comentários, que geralmente referem-se a artigos selecionados, são encomendados a autoridades em áreas específicas. O Conselho Editorial também analisa propostas de comentários submetidas espontaneamente.

Artigos originais incluem estudos controlados e randomizados, estudos de testes diagnósticos e de

triagem e outros estudos descritivos e de intervenção, bem como pesquisa básica com animais de laboratório. O texto deve ter no máximo 3.000 palavras, excluindo tabelas e referências; o número de referências não deve exceder 30. O número total de tabelas e figuras não pode ser maior do que quatro.

Artigos que relatam ensaios clínicos com intervenção terapêutica (clinical trials) devem ser registrados em um dos Registros de Ensaios Clínicos listados pela Organização Mundial da Saúde e pelo International Committee of Medical Journal Editors. Na ausência de um registro latino-americano, o Jornal de Pediatria sugere que os autores utilizem o registro www.clinicaltrials.gov, dos National Institutes of Health (NIH). O número de identificação deverá ser apresentado ao final do resumo.

Comunicações breves são artigos curtos, com um limite de 1.500 palavras, excluindo referências e tabelas, que descrevem observações experimentais que não justificam a publicação como artigo original. Excepcionalmente, serão considerados nessa categoria relatos de casos de pacientes ou situações singulares, doenças raras ou nunca descritas, assim como formas inovadoras de diagnóstico ou tratamento. Dependendo do tópico, o texto pode ser organizado como um artigo original (ver acima) ou seguir o formato de relato de caso, ou seja: iniciar por uma introdução breve que situa o leitor quanto à importância do assunto e apresenta os objetivos da apresentação do(s) caso(s); por um relato resumido do caso; e por comentários que discutem aspectos relevantes e comparam o relato com outros casos descritos na literatura. O número máximo de referências é 15. Não incluir mais de duas figuras ou tabelas. O resumo deve ser estruturado conforme o tipo de artigo (ver Diretrizes para a Preparação do Original).

Cartas ao editor devem comentar, discutir ou criticar artigos publicados no Jornal de Pediatria. O tamanho máximo é de 1.000 palavras, incluindo no máximo seis referências bibliográficas. Sempre que possível, uma resposta dos autores será publicada junto com a carta.

Artigos de revisão – avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância clínica, com ênfase em fatores como causas e prevenção de doenças, seu diagnóstico, tratamento e prognóstico – são em geral escritos, mediante convite, por profissionais de reconhecida experiência. Metanálises se incluem nesta categoria. Autores não convidados podem também submeter ao Conselho Editorial uma proposta de artigo de revisão, com um roteiro. Se aprovado, o autor pode desenvolver o roteiro e submetê-lo para publicação. Artigos de revisão devem limitar-se a 6.000 palavras, excluindo referências e tabelas. As referências bibliográficas deverão ser atuais e em número mínimo de 30.

Artigos especiais são textos não classificáveis nas categorias acima, que o Conselho Editorial julgue de especial relevância. Sua revisão admite critérios próprios, não havendo limite de tamanho ou exigências prévias quanto à bibliografia.

Instruções para envio de material para publicação

Os manuscritos devem ser enviados preferencialmente através do site de submissão de artigos http:// www.jpededitorial.com.br

O autor responsável pela correspondência deve efetuar seu cadastro antes de submeter seu artigo.

Excepcionalmente, aceitaremos a submissão de artigos via e-mail.

Instruções para envio de material por e-mail

1. Enviar para: jped@jped.com.br

2. **Assunto**: escrever o título abreviado do artigo

3. **Corpo da mensagem**: deve conter o título do artigo e o nome do autor responsável pelos contatos pré-publicação, seguidos de uma declaração em que os autores asseguram que:

a) o artigo é original;
b) nunca foi publicado e, caso venha a ser aceito pelo Jornal de Pediatria, não será publicado em outra revista;
c) não foi enviado a outra revista e não o será enquanto sua publicação estiver sendo considerada pelo Jornal de Pediatria;
d) todos os autores participaram da concepção do trabalho, da análise e interpretação dos dados e de sua redação ou revisão crítica;
e) todos os autores leram e aprovaram a versão final;
f) não foram omitidas informações sobre quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias ou pessoas que possam ter interesse no material abordado no artigo;
g) todas as pessoas que fizeram contribuições substanciais para o artigo, mas não preencheram os critérios de autoria, são citados nos agradecimentos, para o que forneceram autorização por escrito;
h) reconhecem que a Sociedade Brasileira de Pediatria passa a ter os direitos autorais, caso o artigo venha a ser publicado. (Obs.: caso o artigo seja aceito para publicação, será solicitado o envio desta declaração com a assinatura de todos os autores.)

4. Arquivos anexados: anexar dois arquivos separados, contendo respectivamente: (a) página de rosto, resumo em português (ou inglês, se o artigo for submetido em inglês), palavras-chave, texto e referências bibliográficas, (b) tabelas e figuras. Esses arquivos devem permitir a leitura pelos programas do Microsoft Office® (Word, Excel e Access).

Diretrizes para a Preparação do Original

Orientações gerais

O original – incluindo tabelas, ilustrações e referências bibliográficas – deve estar em conformidade com os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas1,2 (ver a última atualização, de fevereiro de 2006, disponível em **http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp**).

Cada seção deve ser iniciada em nova página, na seguinte ordem: página de rosto, resumo em português, resumo em inglês, texto, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas (cada tabela completa, com título e notas de rodapé, em página separada), figuras (cada figura completa, com título e notas de rodapé em página separada) e legendas das figuras.

A seguir, as principais orientações sobre cada seção:

Página de rosto

A página de rosto deve conter todas as seguintes informações:

a) título do artigo, conciso e informativo, evitando termos supérfluos e abreviaturas; evitar também a indicação do local e da cidade onde o estudo foi realizado, exceto quando isso for essencial para a

compreensão das conclusões;
b) título abreviado (para constar na capa e topo das páginas), com máximo de 50 caracteres, contando os espaços;
c) nome de cada um dos autores (o primeiro nome e o último sobrenome devem obrigatoriamente ser informados por extenso; todos os demais nomes aparecem como iniciais);
d) titulação mais importante de cada autor;
e) endereço eletrônico de cada autor;
f) informar se cada um dos autores possui currículo cadastrado na plataforma Lattes do CNPq;
g) a contribuição específica de cada autor para o estudo;
h) declaração de conflito de interesse (escrever "nada a declarar" ou a revelação clara de quaisquer interesses econômicos ou de outra natureza que poderiam causar constrangimento se conhecidos depois da publicação do artigo);
i) definição de instituição ou serviço oficial ao qual o trabalho está vinculado para fins de registro no banco de dados do Index Medicus/MEDLINE;
j) nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência;
k) nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pelos contatos pré-publicação;
l) fonte financiadora ou fornecedora de equipamento e materiais, quando for o caso;
m) contagem total das palavras do texto, excluindo o resumo, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas e legendas das figuras;
n) contagem total das palavras do resumo;
o) número de tabelas e figuras.

Resumo

O resumo deve ter no máximo 250 palavras ou 1.400 caracteres, evitando o uso de abreviaturas. O resumo das comunicações breves deve ter no máximo 150 palavras. Todas as informações que aparecem no resumo devem aparecer também no artigo. O resumo deve ser estruturado3, conforme descrito a seguir:

Resumo de artigo original

Objetivo: informar por que o estudo foi iniciado e quais foram as hipóteses iniciais, se houve alguma. Definir precisamente qual foi o objetivo principal e informar somente os objetivos secundários mais relevantes.

Métodos: informar sobre o delineamento do estudo (definir, se pertinente, se o estudo é randomizado, cego, prospectivo, etc.), o contexto ou local (definir, se pertinente, o nível de atendimento, se primário, secundário ou terciário, clínica privada, institucional, etc.), os pacientes ou participantes (definir critérios de seleção, número de casos no início e fim do estudo, etc.), as intervenções (descrever as características essenciais, incluindo métodos e duração) e os critérios de mensuração do desfecho.

Resultados: informar os principais dados, intervalos de confiança e significância estatística.

Conclusões: apresentar apenas aquelas apoiadas pelos dados do estudo e que contemplem os objetivos, bem como sua aplicação prática, dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares.

Resumo de artigo de revisão

Objetivo: informar por que a revisão da literatura foi feita, indicando se ela enfatiza algum fator em especial, como causa, prevenção, diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

Fontes dos dados: descrever as fontes da pesquisa, definindo as bases de dados e os anos pesquisados. Informar sucintamente os critérios de seleção de artigos e os métodos de extração e avaliação da qualidade das informações.
Síntese dos dados: informar os principais resultados da pesquisa, sejam quantitativos ou qualitativos.

Conclusões: apresentar as conclusões e suas aplicações clínicas, limitando generalizações aos domínios da revisão.
Resumo de comunicação breve
Para observações experimentais, utilizar o modelo descrito para resumo de artigo original.
Para relatos de caso, utilizar o seguinte formato:

Objetivo: informar por que o caso merece ser publicado, com ênfase nas questões de raridade, ineditismo ou novas formas de diagnóstico e tratamento.

Descrição: apresentar sinteticamente as informações básicas do caso, com ênfase nas mesmas questões de ineditismo e inovação.

Comentários: conclusões sobre a importância do relato para a comunidade pediátrica e as perspectivas de aplicação prática das abordagens inovadoras.

Abaixo do resumo, fornecer de três a seis **descritores**, que são palavras-chave ou expressões-chave que auxiliarão a inclusão adequada do resumo nos bancos de dados bibliográficos. Empregar descritores integrantes da lista de "Descritores em Ciências da Saúde"4, elaborada pela BIREME e disponível nas bibliotecas médicas ou na Internet (**http://decs.bvs.br**). Se não houver descritores adequados na referida lista, usar termos novos.

Abreviaturas

Devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título e nos resumos.

Texto

O texto dos **artigos originais** deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo:

a) Introdução: sucinta, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.

b) Métodos: descrever a população estudada, a amostra e os critérios de seleção; definir claramente as variáveis e detalhar a análise estatística; incluir referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e informação de eventuais programas de computação. Procedimentos, produtos e equipamentos utilizados devem ser descritos com detalhes suficientes para permitir a reprodução do estudo. É obrigatória a inclusão de declaração de que todos os procedimentos tenham sido aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por um outro comitê de ética em pesquisa indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde5.

c) Resultados: devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em seqüência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto. Usar gráficos em vez de tabelas com um número muito grande de dados.

d) Discussão: deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já descritos na literatura, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados e suas limitações, bem como a necessidade de pesquisas adicionais. As conclusões devem ser apresentadas no final da discussão, levando em consideração os objetivos do trabalho. Relacionar as conclusões aos objetivos iniciais do estudo, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares. Incluir recomendações, quando pertinentes.

O texto de **artigos de revisão** não obedece a um esquema rígido de seções. Sugere-se uma introdução breve, em que os autores explicam qual a importância da revisão para a prática pediátrica, à luz da literatura médica. Não é necessário descrever os métodos de seleção e extração dos dados, passando logo para a sua síntese, que, entretanto, deve apresentar todas as informações pertinentes em detalhe. A seção de conclusões deve correlacionar as idéias principais da revisão com as possíveis aplicações clínicas, limitando generalizações aos domínios da revisão.
O texto de **relatos de caso** deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo:

a) Introdução: apresenta de modo sucinto o que se sabe a respeito da doença em questão e quais são as práticas de abordagem diagnóstica e terapêutica, por meio de uma breve, porém atual, revisão da literatura.

b) Descrição do(s) caso(s): o caso é apresentado com detalhes suficientes para o leitor compreender toda a evolução e seus fatores condicionantes. Quando o artigo tratar do relato de mais de um caso, sugere-se agrupar as informações em uma tabela, por uma questão de clareza e aproveitamento do espaço. Evitar incluir mais de duas figuras.

c) Discussão: apresenta correlações do(s) caso(s) com outros descritos e a importância do relato para a comunidade pediátrica, bem como as perspectivas de aplicação prática das abordagens inovadoras.

Agradecimentos

Devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. Integrantes da lista de agradecimento devem dar sua autorização por escrito para a divulgação de seus nomes, uma vez que os leitores podem supor seu endosso às conclusões do estudo.

Referências bibliográficas

As referências bibliográficas devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas pelos algarismos arábicos respectivos sobrescritos. Para listar as referências, não utilize o recurso de notas de fim ou notas de rodapé do Word. As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver, de acordo com os exemplos listados a seguir:

1. Artigo padrão
Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002;347:284-7.

Se houver mais de 6 autores, cite os seis primeiros nomes seguidos de "et al".

2. Livro
Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

3. Capítulo de livro

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editores. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

4. Teses e dissertações
Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertação]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

5. Trabalho apresentado em congresso ou similar (publicado)
Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editores. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

6. Artigo de revista eletrônica
Zimmerman RK, Wolfe RM, Fox DE, Fox JR, Nowalk MP, Troy JA et al. Vaccine criticism on the World Wide Web. J Med Internet Res. 2005;7(2):e17. **http://www.jmir.org/2005/2/e17/**. Acesso: 17/12/2005.

7. Materiais da Internet
7.1 Artigo publicado na Internet
Wantland DJ, Portillo CJ, Holzemer WL, Slaughter R, McGhee EM. The effectiveness of web-based vs. non-web-based interventions: a meta-analysis of behavioral change outcomes. J Med Internet Res. 2004;6(4):e40. **http://www.jmir.org/2004/4/e40**. Acesso: 29/11/2004.

7.2 Site
Cancer-Pain.org [site na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01. **http://www.cancer-pain.org/**. Acesso: 9/07/2002.

7.3 Banco de dados na Internet
Who's certified [banco de dados na Internet]. Evanston (IL): The American Board of Medical Specialists. c2000. **http://www.abms.org/newsearch.asp**. Acesso: 8/03/2001.
Obs.: uma lista completa de exemplos de citações bibliográficas pode ser encontrada na Internet, em **http://www.icmje.org/** ou **http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp**. Artigos aceitos para publicação, mas ainda não publicados, podem ser citados desde que indicando a revista e que estão "no prelo". Observações não publicadas e comunicações pessoais não podem ser citadas como referências; se for imprescindível a inclusão de informações dessa natureza no artigo, elas devem ser seguidas pela observação "observação não publicada" ou "comunicação pessoal" entre parênteses no corpo do artigo. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados conforme recomenda o Index Medicus; uma lista com suas respectivas abreviaturas pode ser obtida através da publicação da NLM "List of Serials Indexed for Online Users", disponível no endereço **http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lsiou.html**. Para informações mais detalhadas, consulte os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas". Este documento está disponível em **http://www.icmje.org/** ou **http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp**.

Tabelas

Cada tabela deve ser apresentada em folha separada, numerada na ordem de aparecimento no texto, e conter um título sucinto, porém explicativo. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé e não no título, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *,†, ‡, §, ||,¶,**,††,‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, não usar espaços para separar colunas. Não usar espaço em qualquer lado do símbolo±.

Figuras (fotografias, desenhos, gráficos)

Todas as figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento no texto. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive acerca das abreviaturas utilizadas na tabela. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, assim como devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos. Fotos não devem permitir a identificação do paciente; tarjas cobrindo os olhos podem não constituir proteção adequada. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória a inclusão de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

As ilustrações são aceitas em cores para publicação no site. Contudo, todas as figuras serão vertidas para o preto-e-branco na versão impressa. Caso os autores julguem essencial que uma determinada imagem seja colorida mesmo na versão impressa, solicita-se um contato especial com os editores. Imagens geradas em computador, como gráficos, devem ser anexadas sob a forma de arquivos nos formatos .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi, para possibilitar uma impressão nítida; na versão eletrônica, a resolução será ajustada para 72 dpi. Gráficos devem ser apresentados somente em duas dimensões, em qualquer circunstância. Desenhos, fotografias ou quaisquer ilustrações que tenham sido digitalizadas por escaneamento podem não apresentar grau de resolução adequado para a versão impressa da revista; assim, é preferível que sejam enviadas em versão impressa original (qualidade profissional, a nanquim ou impressora com resolução gráfica superior a 300 dpi). Nesses casos, no verso de cada figura deve ser colada uma etiqueta com o seu número, o nome do primeiro autor e uma seta indicando o lado para cima.

Legendas das figuras

Devem ser apresentadas em página própria, devidamente identificadas com os respectivos números.

Referências:

1. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Updated February 2006. **http://www.icmje.org/**. Acesso: 28/03/2006.
2. Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para originais submetidos a revistas biomédicas. Atualização de fevereiro de 2005. **http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp**. Acesso: 28/03/2006.
3. Haynes RB, Mulrow CD, Huth EJ, Altman DJ, Gardner MJ. More informative abstracts revisited. Ann Intern Med. 1990;113:69-76.
4. BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. DeCS - Descritores em ciências da saúde. **http://decs.bvs.br**. Acesso: 28/03/2006.
5. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 196 de 10/10/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. DOU 1996 Out 16; no. 201, seção 1:21082-21085.

Lista de verificação

Recomenda-se que os autores utilizem a lista abaixo para certificarem-se de que todo o material requerido está sendo enviado. Não é necessário anexar a lista.

Declaração de que todos os autores viram e aprovaram a versão submetida, no corpo da mensagem do e-mail.

Página de rosto com todas as informações solicitadas (integrante do primeiro arquivo anexado).

Resumo na língua de submissão, com descritores (integrante do primeiro arquivo anexado).

Texto contendo introdução, métodos, resultados e discussão (integrante do primeiro arquivo anexado).

Texto contendo a informação sobre aprovação do trabalho por comitê de ética (no corpo do texto, na

seção de Métodos).

Referências bibliográficas no estilo Vancouver, numeradas por ordem de aparecimento (integrante do primeiro arquivo anexado).

Tabelas numeradas por ordem de aparecimento (integrante do segundo arquivo anexado).

Figuras numeradas por ordem de aparecimento (integrante do segundo arquivo anexado).

Legendas das figuras (integrante do segundo arquivo anexado).

Tabelas numeradas por ordem de aparecimento

Figuras numeradas por ordem de aparecimento

Legendas das figuras

Fechar

Copyright Sociedade Brasileira de Pediatria © 2001 - Todos os direitos reservados
Todos os serviços deste site são gratuitos. Essa política se tornou possível graças a uma generosa e irrestrita doação concedida pela Nestlé Nutrição Infantil.